

# ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN POBLACIONAL DE REPÚBLICA DOMINICANA



**MEPyD**  
MINISTERIO DE ECONOMÍA, PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO



**DIGECOOM**  
DIRECCIÓN GENERAL DE  
COOPERACIÓN MULTILATERAL  
Cooperación para la Equidad Social



Fondo de Población  
de las Naciones Unidas

ANÁLISIS DE LA  
**SITUACIÓN POBLACIONAL:**  
REPÚBLICA DOMINICANA 2017



# ANÁLISIS DE LA **SITUACIÓN POBLACIONAL:** REPÚBLICA DOMINICANA 2017

**@Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA),  
Santo Domingo, República Dominicana, Noviembre 2017**

**EQUIPO DE INVESTIGACIÓN:**

Gloria Ortega  
Fabricio Gómez  
Alan Ramírez  
Gemma Bardaji

**EDICIÓN FINAL:**

Carlos Brambilla

**DIAGRAMACION:**

Karen Cortes H.

ISBN: 978-9945-015-16-4



**MEPyD**  
MINISTERIO DE ECONOMÍA, PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO

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

Av. México Esq. Dr. Delgado, Distrito Nacional, Santo Domingo

Teléfonos: 809 688-7000 y 809-221-7155 | Fax: 829 688-9000

Web: <http://economia.gob.do/mepyd/> | Twitter: @MEPyDRD

Facebook: Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo – RD



**DIGECOOM**  
DIRECCIÓN GENERAL DE  
COOPERACIÓN MULTILATERAL  
Cooperación para la Equidad Social

**Dirección General de Cooperación Multilateral (DIGECOOM)**

Av. México Esq. Dr. Delgado, Distrito Nacional, Santo Domingo

Teléfono: 809-221-8618 | Fax: 809-221-8617

Web: <http://www.digecoom.gob.do/ONFED/>

Twitter: @Digecoom\_RD | Facebook: Digecoom RD



Fondo de Población  
de las Naciones Unidas

**Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)**

Av. Anacaona No. 9, Mirador Sur, Santo Domingo

Teléfono: 809-537-0909 | Fax: 809-537-2270

Web: <http://www.unfpa.org.do> | Twitter: @unfpa\_rd

Facebook: UNFPA República Dominicana

# CONTENIDO

ABREVIATURAS . . . . .	5	III.4.2. Retos y necesidades sobre VIH/Sida	40
PRESENTACIÓN . . . . .	7	<b>IV. JUVENTUD Y DESARROLLO . . . . .</b>	<b>43</b>
<b>I. CONTEXTO SOCIO-ECONÓMICO . . . . .</b>	<b>9</b>	IV.1. La población de jóvenes en la República Dominicana . . . . .	43
I.1. Indicadores económicos . . . . .	9	IV.2. Educación y trabajo . . . . .	44
I.2. Trabajo . . . . .	9	IV.3. Los y las jóvenes que ni trabajan ni estudian (NINI) . . . . .	46
I.3. Educación . . . . .	11	IV.4. La primera unión de la población adolescente y joven . . . . .	47
I.4. Niveles de bienestar, pobreza y desigualdad . . . . .	12	IV.5. Embarazo adolescente . . . . .	48
I.5. Retos y necesidades en materia de reducción de la pobreza y la desigualdad	13	IV.5.1. Situación actual . . . . .	48
<b>II. EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE REPÚBLICA DOMINICANA EN LOS SIGLOS XX Y XXI . . . . .</b>	<b>15</b>	IV.6. Vínculo entre SSR, embarazo en adolescentes y reducción de la pobreza	51
II.1. Crecimiento de la población dominicana en el período 1950-2050 . . . . .	15	IV.7. Educación Sexual Integral (ESI) . . . . .	52
II.2. Estructura de población . . . . .	17	IV.8. Retos y necesidades para reducir el embarazo en adolescentes . . . . .	53
II.3. Bono demográfico . . . . .	18	<b>V. GÉNERO. . . . .</b>	<b>56</b>
II.4. Fecundidad . . . . .	21	V.1. Empoderamiento de la mujer, y los ODS	56
II.5. Mortalidad . . . . .	23	V.2. Violencia basada en género (VBG) . . . . .	57
II.6. Migración internacional . . . . .	24	V.3. Estrategias implementadas para la reducción de la violencia . . . . .	59
II.6.1. Inmigración internacional . . . . .	24	V.4. El Sistema Coordinado de Prevención y Atención a la Violencia Contra la Mujer, Intrafamiliar y Delitos Sexuales . . . . .	60
II.6.2. Emigración Internacional . . . . .	25	V.5. Bono de género . . . . .	60
II.7. Urbanización . . . . .	26	V.6. Retos y necesidades para reducir las desigualdades de género . . . . .	61
II.8. Implicaciones sociales y económicas de los cambios demográficos . . . . .	27	<b>VI. ADULTOS/AS MAYORES . . . . .</b>	<b>63</b>
<b>III. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA . . . . .</b>	<b>30</b>	VI.1. Aspectos demográficos . . . . .	63
III.1. Contexto general . . . . .	30	VI.2. Pobreza y desigualdad entre adultos mayores . . . . .	65
III.2. Planificación familiar y métodos anticonceptivos . . . . .	30	VI.3. Protección social en adultos/as mayores	65
III.2.1. Uso de métodos anticonceptivos . . . . .	30	VI.4. Retos y necesidades por la dignidad de los adultos mayores . . . . .	66
III.2.2. Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos . . . . .	32	<b>VII. EL SISTEMA NACIONAL DE ESTADÍSTICAS . . . . .</b>	<b>69</b>
III.2.3. Retos y necesidades sobre la oferta de métodos anticonceptivos	33	VII.1. La importancia de un sistema estadístico nacional robusto, confiable y unificado . . . . .	69
III.3. Mortalidad materna, neonatal . . . . .	35	VII.2. El sistema estadístico nacional y las metas del desarrollo sostenible. . . . .	69
III.3.1. Mortalidad materna . . . . .	35	VII.3. Recomendaciones sobre el sistema estadístico nacional . . . . .	72
III.3.2. Epidemia de cesáreas y la mortalidad materna . . . . .	36	<b>CONCLUSIONES . . . . .</b>	<b>72</b>
III.3.3. Mortalidad neonatal . . . . .	38	<b>REFERENCIAS . . . . .</b>	<b>75</b>
III.3.4. Retos y necesidades sobre mortalidad materna y neonatal . . . . .	39		
III.4. La epidemia de VIH/Sida en la República Dominicana . . . . .	40		
III.4.1. Situación actual . . . . .	40		

# ÍNDICE DE GRÁFICOS Y CUADROS

**GRÁFICO I.1.** República Dominicana: Tasas oficiales de pobreza monetaria, nacional y por zona de residencia (datos semestrales, de marzo y septiembre, 2000-2016) **13**

---

**GRÁFICO I.2.** República Dominicana: Tasas oficiales de indigencia monetaria por zona de residencia, 2000-2016 **14**

---

**CUADRO II.1.** República Dominicana: Estimaciones y proyecciones de la población total por sexo, índice de masculinidad y tasa de crecimiento anual, 1950-2050 **15**

---

**GRÁFICO II.1.** República Dominicana: Población (en miles) y tasa anual de crecimiento demográfico, 1950-2050 **16**

---

**GRÁFICO II.2.** República Dominicana: proporción de niños (0-14 años), de personas en edades laborales (15-64 años) y de personas mayores (65 y más años), 2000-2030 **17**

---

**GRÁFICO II.3.** República Dominicana: Estructura de la población por sexo, según grupo de edades, 2017-2030 **19**

---

**GRÁFICO II.4.** República Dominicana: Relación de apoyo e índice de envejecimiento, 1950-2050 **20**

---

**GRÁFICO II.5.** República Dominicana: Bono demográfico de 1950-2050 **20**

---

**GRÁFICO II.6.** República Dominicana: Nacimientos (en miles) y TGF por quinquenio, 1950-2050 **22**

---

**GRÁFICO II.7.** República Dominicana: Tasas específicas de fecundidad por grupos quinquenales de edad, 1950-2035 **23**

---

**GRÁFICO II.8.** República Dominicana: Esperanza de vida al nacer para el total de población y para hombres y mujeres, 2000-2030 **24**

---

**GRÁFICO II.9.** República Dominicana: Población haitiana residente en el país, por sexo, según grupos de edades, 2012 **25**

---

**GRÁFICO II.10.** República Dominicana: Población total, urbana y rural, en cifras absolutas y relativas, 1920-2010 **26**

---

**GRÁFICO III.1.** América Latina: Tasa de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre mujeres en edad reproductiva, en algunos países seleccionados, 2000-2015 **31**

---

**GRÁFICO III.2.** Necesidades insatisfechas de planificación familiar en algunos países seleccionados de América Latina (última cifra disponible) **32**

---

**GRÁFICO III.3.** República Dominicana: Distribución porcentual de las muertes maternas según grupos de edades, 2015 **35**

---

**GRÁFICO III.4.** República Dominicana: Proporción de muertes maternas por toxemia y por aborto, según año, 1998-2013 **36**

---

**CUADRO IV.1.** Distribución porcentual de la población por año del censo, según grupos de edades, 1935-2010 **43**

---

**GRÁFICO IV.1.** República Dominicana: Tasa neta de matriculación en educación media en la población de 14-17 años, 2000-2014 **44**

---

**GRÁFICO IV.2.** República Dominicana: Tasa neta de matriculación de la población de 18 a 24 años en la educación superior, según año, 2000-2014 **45**

---

**GRÁFICO IV.3.** República Dominicana: Porcentaje de NNA de 6-17 años que trabajan y porcentaje que estudia, según edades simples, 2014 **46**

---

**GRÁFICO IV.4.** República Dominicana: Tasa de fecundidad adolescente, 1991-2013 **47**

---

**GRÁFICO IV.5.** República Dominicana: Porcentaje de mujeres adolescentes de 15 a 19 años alguna vez embarazadas, según zona de residencia, 2007 y 2013 **49**

---

**GRÁFICO IV.6.** República Dominicana: Demanda insatisfecha de métodos e insumos anticonceptivos en adolescentes y jóvenes, 2007 y 2013 **50**

---

**GRÁFICO VI.1.** República Dominicana: Población adulta mayor y esperanza de vida según sexo, 2010 **63**

---

**CUADRO VI.1.** República Dominicana: Distribución de la población adulta mayor por zona de residencia, 2010 **63**

---

**GRÁFICO VI.2.** República Dominicana: Porcentaje de adultos/as mayores, según tipo de hogar por sexo, 2010 **64**

---

**GRÁFICO VI.3.** República Dominicana: Tasa de pobreza e indigencia en adultos mayores y en el resto de la población, 2000-2014 **66**

---

**CUADRO VII.1.** Instituciones Responsables de Elaborar las Estadísticas en Latinoamérica **71**

---

# ABREVIATURAS

<b>ALC</b>	América Latina y El Caribe
<b>BID</b>	Banco Interamericano para el Desarrollo
<b>BM</b>	Banco Mundial
<b>CEAS</b>	Centros Especializados de Atención en Salud
<b>CEPAL</b>	Comisión Económica para América Latina y El Caribe
<b>CIPD</b>	Conferencia Internacional de Población y Desarrollo
<b>COMISCA</b>	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y el Caribe
<b>CONANI</b>	Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia
<b>CONAPE</b>	Consejo Nacional de Población Envejeciente
<b>CONAVIHSIDA</b>	Consejo Nacional para el VIH y el Sida
<b>CPN</b>	Centros de Primer Nivel
<b>DAIA</b>	Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos
<b>DDHH</b>	Derechos Humanos
<b>DIGECITSS</b>	Dirección General para el Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/Sida
<b>DIGEPEP</b>	Dirección General de Programas Especiales de la Presidencia
<b>DIGEPI</b>	Dirección General de Epidemiología
<b>DIU</b>	Dispositivos Intrauterinos
<b>ESI</b>	Educación Sexual Integral
<b>END</b>	Estrategia Nacional de Desarrollo
<b>ENDESA</b>	Encuesta Demográfica y de Salud
<b>ENHOGAR</b>	Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples
<b>ENI</b>	Encuesta Nacional de Inmigrantes
<b>GASO</b>	Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales
<b>GBTH</b>	Población Gay, Bisexual, Transexual y otros Hombres que tienen sexo con hombres
<b>IDH</b>	Informe de Desarrollo Humano
<b>INSALUD</b>	Instituto Nacional de la Salud
<b>INTEC</b>	Instituto Tecnológico de Santo Domingo
<b>ITS</b>	Infecciones de Transmisión Sexual
<b>MAC</b>	Métodos Anticonceptivos
<b>MEPyD</b>	Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo
<b>MESCEVI</b>	Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará
<b>MINERD</b>	Ministerio de Educación
<b>MM</b>	Mortalidad Materna
<b>MMUJER</b>	Ministerio de la Mujer
<b>MSP</b>	Ministerio de Salud Pública
<b>NINI</b>	Ni trabajan ni estudian
<b>NNA</b>	Niños, niñas y adolescentes
<b>NNUU</b>	Naciones Unidas
<b>NV</b>	Nacidos Vivos



<b>OBMM</b>	Observatorio de Mortalidad Materna
<b>OCDE</b>	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
<b>ODM</b>	Objetivos de Desarrollo del Milenio
<b>ODS</b>	Objetivos de Desarrollo Sostenible
<b>OEA</b>	Organización de Estados Americanos
<b>OIT</b>	Organización Internacional del Trabajo
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONE</b>	Oficina Nacional de Estadística
<b>ONG</b>	Organizaciones No Gubernamentales
<b>ONUSIDA</b>	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>OSC</b>	Organizaciones de la Sociedad Civil
<b>PEA</b>	Población Económicamente Activa
<b>PEAS</b>	Programa de Educación Afectivo Sexual
<b>PET</b>	Población en Edad de Trabajar
<b>PF</b>	Planificación Familiar
<b>PIB</b>	Producto Interno Bruto
<b>PLANEG</b>	Plan Nacional de Igualdad y Equidad de Género
<b>PNUD</b>	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
<b>PROMESE</b>	Programa de Medicamentos Esenciales
<b>RN</b>	Recién Nacido
<b>SEN</b>	Sistema Estadístico Nacional
<b>SENASA</b>	Seguro Nacional de Salud
<b>SIDA</b>	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
<b>SINAVE</b>	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
<b>SNS</b>	Servicio Nacional de Salud
<b>SRS</b>	Servicios regionales de Salud
<b>SSR</b>	Salud Sexual y Salud Reproductiva
<b>SUGEMI</b>	Sistema Único de Gestión de Medicamentos e Insumos
<b>TGF</b>	Tasa Global de Fecundidad
<b>TGP</b>	Tasa Global de Participación
<b>TIC</b>	Tecnologías de la Información y Comunicación
<b>RMM</b>	Razón de Mortalidad Materna
<b>TRSX</b>	Trabajadores/as Sexuales
<b>UAAES</b>	Unidad Asesora de Análisis Económico y Social del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo
<b>UNAP</b>	Unidad de Atención Primaria
<b>UNFPA</b>	Fondo de Población de las Naciones Unidas
<b>UNICEF</b>	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
<b>VBG</b>	Violencia Basada en Género
<b>VIH</b>	Virus de Inmunodeficiencia Humana

# PRESENTACIÓN

Los Análisis de Situación Poblacional (ASP) son instrumentos de diagnóstico y de orientación para el desarrollo de políticas públicas en temas relacionados con las dinámicas demográficas y su relación con el desarrollo sostenible.

Integrar el análisis poblacional en los planes y políticas de desarrollo nacionales representa un desafío y a la vez un compromiso entre el gobierno de la República Dominicana y el Fondo de Población de Naciones Unidas, que se ha traducido en un proceso amplio de colaboración y construcción de consensos, a través de una investigación que profundiza en los análisis de las tendencias y los retos sociodemográficos.

El análisis se enmarca en el trabajo de formulación del nuevo ciclo de cooperación del Gobierno de la República Dominicana y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

En ese sentido, el Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPYD), a través de la Dirección General de Cooperación con Organismos Multilaterales (DIGECOM), junto con el UNFPA, coordinó la elaboración del presente documento de ASP. El estudio identifica algunos de los principales desafíos que enfrenta el país poniendo en evidencia la importancia de la dinámica de población y sus relaciones con procesos sociales, económicos, políticos y culturales, así como el impacto en el desarrollo, asegurando la perspectiva de derechos y de igualdad.

El documento cuenta con siete capítulos, el contexto socioeconómico, evolución de la población dominicana, salud sexual y reproductiva, juventud y desarrollo, género y adultos/as mayores, por último, aspectos sobre el sistema nacional de estadísticas. Cada uno de estos capítulos incluye retos y necesidades respectivamente y finalmente, se concluye con los hallazgos más relevantes asociados a los temas abordados.

Cabe señalar que el presente documento fue sometido a una serie de consultas a través

de la conformación de un consejo consultivo, con representantes de instituciones de gobierno, organizaciones de la sociedad civil, organismos internacionales y con investigadores/as destacados/as del país en los temas claves del informe. De este proceso resultaron comentarios, observaciones y sugerencias que enriquecieron el análisis y los resultados. Luego, se contó con la edición final del documento, en un ejercicio para fortalecer el proceso de revisión del texto final.

El Gobierno de la República Dominicana y la oficina del Fondo de Población de las Naciones Unidas en el país manifiestan su reconocimiento por la participación, aportes y esfuerzo de autoridades y profesionales del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo/DIGECOOM, así como del equipo técnico de la oficina de UNFPA en República Dominicana y expertos externos.

Asimismo, manifiestan su reconocimiento por el trabajo de investigación desarrollado por el equipo conformado por Gloria Ortega, Fabricio Gómez, Alan Ramírez y Gemma Bardají. También agradecemos el apoyo brindado por diversas instituciones y organizaciones nacionales para facilitar el acceso a fuentes de información, así como la disponibilidad para la realización de entrevistas y recomendaciones.

Esperamos que este esfuerzo contribuya sustantivamente al fortalecimiento del análisis de población y su incorporación en la planificación y en las intervenciones estratégicas de respuestas a los cambios proyectados en el país.

También agradecen los valiosos aportes y sugerencias de: Flor Rojas, Directora Instituto Nacional de Migración, José Mordan, Director de Salud de la Familia del Ministerio de Salud Pública, Manuel Mejía, Asesor del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo, Juan Ramón Díaz y Melina Zaiz, Integrantes del Panel Consultivo de Jóvenes del UNFPA, Sergia Galván, Integrante del Foro Feminista, Wilfredo Lozano e Isaac Terrero, Investigadores.



# I. CONTEXTO SOCIO-ECONÓMICO

## I.1. Indicadores económicos

República Dominicana se destaca como una de las economías más dinámicas de las Américas, incrementó su Producto Interno Bruto Total (PIB) de US\$33,416.5 millones en el año 2000 (US\$ constantes 2010) a US\$68,989 millones en 2015, de acuerdo con información del Banco Mundial<sup>1</sup>. En promedio, la tasa de crecimiento del PIB real anual ha sido de 5.04 por ciento entre los años 2000 y 2013. El país sigue siendo la economía con mayor crecimiento en la región. En 2014 y 2015 la tasa de crecimiento del PIB real fue de 7.04 por ciento y en 2016 se calcula en 6.6 por ciento. El crecimiento reciente ha sido impulsado por la construcción, la manufactura y el turismo. Por el lado de la demanda, el consumo privado ha sido recientemente fuerte, como resultado de la baja inflación (menos del 1.7 por ciento en promedio en 2016), la creación de empleos, así como un alto nivel de remesas. De acuerdo con información del Banco Central de la República Dominicana<sup>2</sup> la tasa de inflación anualizada hasta abril de 2017 es de 3.5.

De acuerdo con el reporte *Doing Business* 2017 del Banco Mundial (World Bank, 2017), la República Dominicana sigue estando entre las 15 economías principales en el índice de facilidad de hacer negocios en América Latina, en el cual ocupa el lugar 103 de 190 países evaluados.

En las últimas décadas (Godínez y Mattar, 2009), el país también ha transformado su base económica y ha diversificado sus exportaciones. Las mejoras en el clima empresarial han facilitado el comercio internacional y han impulsado el crecimiento de las exportaciones. Sin embargo, se necesitan más reformas para mantener la competitividad del país en la región y se requiere reducir la des-

igualdad social, cuyos niveles se han mantenido a pesar del alto crecimiento económico, aunque se registra un mejoramiento en años recientes.

La economía depende, en gran medida, de los Estados Unidos, que es el destino de alrededor de dos tercios de las exportaciones. Las remesas procedentes de los Estados Unidos ascienden a una décima parte del PIB, lo que equivale a casi la mitad de las exportaciones y a las tres cuartas partes de los ingresos por turismo. Haití es el segundo socio comercial del país. Durante mucho tiempo, las principales actividades económicas de República Dominicana fueron las exportaciones de azúcar, café y tabaco, pero en los últimos años el sector de servicios ha superado a la agricultura como el mayor empleador, debido al crecimiento en el turismo y en las zonas de libre comercio.

De acuerdo con un estudio del Banco Mundial (Banco Mundial, 2016), existen tres prioridades para impulsar el crecimiento sostenible: mayor inclusión productiva, a través de un mercado laboral con mejor capital humano y mayor participación de mujeres, un gasto público suficiente y efectivo y una mejora en el manejo de recursos naturales para sostener los altos niveles de crecimiento.

## I.2. Trabajo

Según la Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo<sup>3</sup> la Tasa Global de Participación (TGP)<sup>4</sup> en el año 2009, después de la crisis financiera mundial, era de 61.4 por ciento y se ha incrementa-

<sup>1</sup> Datos del Banco Mundial, consultados el 22/05/2017 en: <http://datos.bancomundial.org/pais/república-dominicana>

<sup>2</sup> Las estadísticas económicas del Banco Central pueden consultarse en <http://www.bancentral.gov.do/>

<sup>3</sup> Encuesta realizada periódicamente por el Banco Central de la República Dominicana. Puede consultarse en: <https://www.bancentral.gov.do/estadisticas-economicas/mercado-trabajo/>

<sup>4</sup> La TGP es el cociente entre la Población Económicamente Activa (PEA) y la Población en Edad de Trabajar (PET) y mide el nivel de actividad de la economía. La PEA es la población en edades laborales (15-65 años) que trabaja en actividades económicas al menos una hora a la semana de referencia, buscó trabajo activamente en las últimas cuatro semanas y la que está disponible para trabajar aunque no lo buscó activamente.



do de manera constante para alcanzar 64.2 por ciento en 2013 y finalmente 65.2 por ciento en 2016 (octubre). Entre los hombres la TGP era de 77.2 por ciento en 2009 y se incrementó hasta alcanzar 78.1 por ciento en 2014 y 77.9 por ciento en 2016. El avance en la participación ha sido más importante entre las mujeres, cuya TGP ascendió de 46.0 por ciento en 2009 a 51.7 por ciento en 2014 y 52.9 por ciento en 2016.

De acuerdo con la misma encuesta, se generaron 280,366 nuevos ocupados netos en el periodo de siete trimestres (21 meses) comprendido entre julio-septiembre de 2014 a abril-junio de 2016. Consistente con este ritmo de creación de puestos de trabajo y con la evolución de población económicamente activa, la tasa de desocupación abierta (tasa oficial) descendió de 8.8 por ciento a 7.4 por ciento, lo que representa un cambio significativo. Todos los nuevos indicadores de subutilización de la fuerza de trabajo muestran una tendencia a la baja, consistente con el crecimiento de la economía durante el período.

Se calcula que la tasa de desocupación ampliada<sup>5</sup> era de 15.7 por ciento en 2007 y se ha reducido durante la última década hasta alcanzar 13.3 por ciento en 2016, aunque se observó un aumento en el año 2013, cuando se registró una tasa de 15.0 por ciento. Entre los hombres, la tasa de desocupación ampliada alcanzó su punto más alto en el año 2011, cuando alcanzó 10.1 por ciento, pero ha descendido paulatinamente hasta llegar a 8.0 por ciento en 2016. En el caso de las mujeres, la tasa de desocupación es significativamente más alta: en 2007 aproximadamente una cuarta parte de las mujeres (25.5 por ciento) se encontraba en una situación de desocupación. Sin embargo, esta tasa ha descendido durante la última década hasta situarse en 20.9 por ciento en 2016.

**5** La Desocupación Abierta se refiere a la Población Económicamente Activa Abierta que, en el período de referencia (últimas cuatro semanas anteriores al levantamiento de la encuesta), hizo diligencias para conseguir un trabajo. La Desocupación Ampliada incluye, además de los desocupados abiertos, aquellos que, aunque no buscaron trabajo en el período de referencia, aceptarían y estarían disponibles para trabajar en caso de que les ofrecieran un empleo.

Es necesario notar, sin embargo, que en 2013 y 2014, esta tasa ascendió temporalmente a 23.1 por ciento. El hecho de que la participación laboral de las mujeres se incremente de una manera tan significativa durante un período relativamente corto de tiempo indica grandes cambios en la estructura económica y en la dinámica de empleo en el país, aunque es necesario tomar en cuenta el tipo y calidad del empleo. A pesar de los avances logrados, es necesario reconocer que existe una marcada desigualdad en el acceso a empleo, ocupaciones y trabajo entre hombres y mujeres. En este sentido, reducir las barreras para el acceso de las mujeres al mercado laboral, en particular en la zona rural, sigue siendo un reto para el país.

De acuerdo con la misma encuesta, en 2015 el 21.2 por ciento de la población ocupada se dedicaba a actividades comerciales; y un 26.6 por ciento a otros servicios. Como era de esperar, la estructura de la actividad económica muestra diferencias por sexo muy significativas. Por ejemplo, mientras que solo el 13.4 por ciento de los hombres declaró trabajar en otros servicios, 43 por ciento de las mujeres estuvo en esta categoría. Asimismo, únicamente 2.0 por ciento de las mujeres realizaba actividades agropecuarias en contraste con el 20.0 por ciento de los hombres. La construcción y el transporte también son actividades en las que las mujeres no participan de manera importante; en esta última categoría la proporción en hombres es cinco veces (10 por ciento) la de las mujeres (2 por ciento). En cambio, las mujeres se ocupan en el sector "Hoteles, bares y restaurantes" con mayor frecuencia que los hombres (9 por ciento versus 4 por ciento, respectivamente).

Entre 2008 y 2015, los sectores que mostraron un mayor crecimiento promedio anual en el empleo y el trabajo fueron los servicios varios (12.7 por ciento), en particular entre los hombres, donde el crecimiento fue de 15.1 por ciento. También el empleo en servicios de administración pública creció de manera relevante (7.7 por ciento promedio anual en total y 13.4 por ciento de crecimiento en empleo femenino). En contraste, el empleo manufacturero decreció de manera muy importante; de 47.5 por ciento a 29.0 por ciento.

En términos de la calidad del empleo, es notorio que la informalidad es prevalente en la República Dominicana: 54.4 por ciento de las personas económicamente activas trabajaba en el sector informal (57.4 por ciento de los hombres y 49.2 por ciento de las mujeres). Estas cifras suponen ligeros avances con respecto a 2008, cuando la informalidad era 57 por ciento (59.2 por ciento entre hombres y 53.5 por ciento entre mujeres)<sup>6</sup>.

También es importante destacar la creciente incorporación de jóvenes a la fuerza laboral, lo que es particularmente relevante para el futuro económico del país. Lo anterior no implica que se han ido cerrando las importantes desigualdades por sexo y de edad que existen en materia de desocupación (Guzmán, 2005; Guzmán, 2007). Tales niveles, sin embargo, son comparables con los de otros países de América Latina (Loayza, Servén y Sugawara, 2009).

### I.3. Educación

En el terreno educativo, el Pacto Nacional para la Reforma Educativa de abril de 2014, constituye el acuerdo de política educativa más importante jamás firmado del país. Ese convenio, suscrito por más de 200 actores de la sociedad, incluidos Gobierno, sector privado, sociedad civil, partidos políticos, sindicatos de docentes y trabajadores, iglesias y la academia, establece como ejes principales la reforma de la carrera docente, que incluye una revisión de programas de servicios y capacitación en servicio, el desarrollo de una cultura de evaluación, el fortalecimiento de la educación desde la primera infancia y la descentralización. Esta iniciativa fue concebida con una visión de largo plazo que la distingue de otros abordajes del tema de la educación en la región. Las acciones que se proponen en dicho pacto están alineadas con la Estrategia Nacional de Desarrollo (END) para el período 2010-2030.

La END 2010-2030 tiene entre sus propósitos, por una parte, universalizar la educación de la niñez desde el nivel inicial (entre 2 y 5 años), pasando por el nivel básico (de 6 a 13 años) y hasta completar el nivel medio (de 14 a 17 años). Adicionalmente, propone construir un sistema educativo nacional de calidad mediante la modernización institucional que incluya mejoras en su gestión administrativa y de rectoría, aseguramiento presupuestario, actualización docente y curricular y una mayor integración escuela-comunidad.

Dentro de los principales aportes recientes del Pacto Nacional para la Reforma Educativa (2014) se pueden mencionar: el aumento en las horas de docencia obligatoria, en la cobertura, así como importantes mejoras en la infraestructura, lo mismo que la incorporación de la educación sexual. Es importante notar que desde 2013, antes de la promulgación del pacto, el presupuesto del sector educativo se incrementó de un 2 por ciento del PIB a un 4 por ciento del PIB.

De acuerdo con el Compendio de Indicadores de la ONE (2017), 65.1 por ciento de los niños de entre 3 y 5 años asistía a un centro escolar en 2015. Por su parte, la tasa neta de cobertura de la educación básica alcanzaba en 2015 un 94.9 por ciento de los niños de 6 a 13 años, por lo que se esperaría que, en los próximos años, República Dominicana alcance una educación universal en dicho nivel. En el nivel medio, 59 por ciento de los jóvenes de 14 a 17 años asiste a la escuela. Con respecto a la educación superior, la misma fuente indica que 24.3 por ciento de los jóvenes de entre 18 y 24 años está registrado en alguna institución, pero esta proporción difiere notablemente por sexo. Entre las mujeres, la tasa de enrolamiento es de 30.9 por ciento en comparación con sólo 18.0 por ciento entre los hombres. Estas notables diferencias por sexo no solamente reflejan la estructura actual de oportunidades para hombres y mujeres, sino que también tienen importantes implicaciones hacia el futuro, por ejemplo, en el empleo femenino en el sector servicios. Si bien se han dado avances en el acceso a una educación superior, estos no se traducen en mejoras de las oportunidades de acceso al mercado laboral formal, como se menciona más adelante.

<sup>6</sup> Se pueden consultar las estadísticas disponibles en: <http://www.one.gov.do/Estadisticas/221/calidad-del-empleo-y-relaciones-laborales>



También es importante tomar en cuenta la calidad de la educación. De acuerdo con los resultados de la prueba PISA<sup>7</sup>, en promedio, República Dominicana obtuvo calificaciones inferiores a los 350 puntos (en una escala cuyo máximo histórico es 560 puntos) en todas las áreas evaluadas, que incluyeron, en 2015, ciencias, lectura y matemáticas, lo cual coloca al país entre los niveles más bajos de los 540,000 estudiantes de 15 años (muestra representativa de 29 millones de jóvenes de la misma edad) que realizaron la prueba ese año en 72 países participantes. Sobre la calidad de la educación un estudio realizado por la UNESCO en 2013 detectó la necesidad de reforzar, en el país, la formación docente, la adecuación curricular y la dotación de materiales escolares (UNESCO, 2013).

#### I.4. Niveles de bienestar, pobreza y desigualdad

De acuerdo con cálculos realizados por la Unidad Asesora de Análisis Económico y Social (UAAES), del MEPyD<sup>8</sup>, que calcula indicadores calibrados<sup>9</sup> (MEPyD, 2016), la fracción de población en situación de pobreza aumentó de 31.8 a 49.5 por ciento entre 2000 y 2004 después de la crisis financiera y económica de 2003. A partir de 2004 se inició un descenso lento, pero constante para alcanzar 41.2 por ciento en 2009, 34.8 por ciento

**7** PISA (Program for International Student Appraisal) es el Programa para la Evaluación Internacional de Alumnos realizado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2008). El objetivo del programa es evaluar la calidad, equidad y eficiencia de los sistemas educativos en el mundo y ayuda a identificar las características de los sistemas educativos de mayores rendimientos, lo que permite a gobiernos y sistemas educativos identificar políticas efectivas que pueden adoptar en sus contextos locales.

**8** La línea de pobreza se construyó a partir de la Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares de 2007 (ENIGH, 2007). Los ingresos de los hogares se estiman a partir de los ingresos laborales y no laborales, monetarios y en especie, que provee la Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo (ENFT) del Banco Central.

**9** Los indicadores calculados con los microdatos de la ENFT, a partir del año 2000 emplean el factor de expansión actualizado en 2017 por el Banco Central de la República Dominicana, por lo cual pueden presentar diferencias con los resultados difundidos anteriormente.

en 2014 y finalmente 28.9 por ciento en 2016. Este nivel de pobreza es más bajo que el nivel calculado para el año 2000 y representa un descenso de 1.5 puntos porcentuales con respecto al observado en 2015.

La proporción de personas en situación de pobreza es más elevada en la zona rural en comparación con la zona urbana (37.9 y 26.6 por ciento, respectivamente en 2016). El Gráfico I.1 muestra los niveles y tendencia de la pobreza monetaria calculados a partir de las encuestas de fuerza de trabajo.

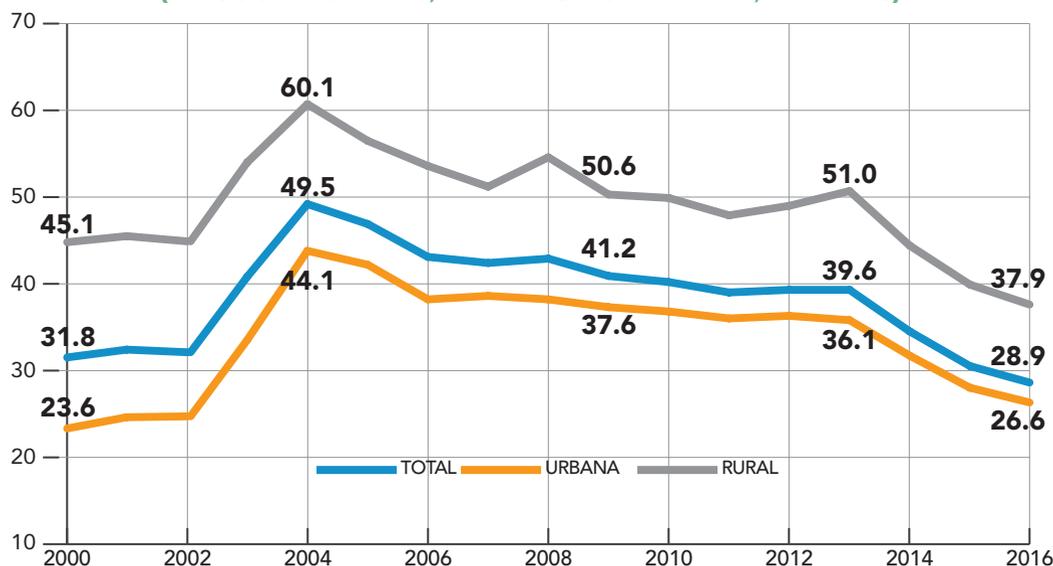
En términos absolutos, la anterior incidencia de pobreza se traduce en 2,911,172 personas en condiciones de pobreza, aunque esto representa una reducción de 295,595 personas con respecto al total de 3,206,767 que eran calificadas como pobres en 2015.

Con respecto a la indigencia monetaria<sup>10</sup>, la meta de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), era reducirla de 10.8 por ciento, correspondiente a 1992, a 5.4 por ciento para 2015. De acuerdo con los cálculos realizados por la UAAES del MEPyD, en el año 2000 la incidencia de indigencia monetaria era de 7.9 por ciento a nivel nacional (4.5 en áreas urbanas y 13.4 en áreas rurales). En 2004, esta proporción se incrementó a 11.8 en 2003, 15.4 en 2004 y 16.1 por ciento en 2005. A partir del 2005 se observa una tendencia decreciente, para alcanzar 11.2 por ciento al final de la primera década (2009) del siglo XXI (8.7 en áreas urbanas y 17.8 por ciento en áreas rurales). En 2015 esta incidencia llegó a 6.3 por ciento del total de la población dominicana (5.2 por ciento en áreas urbanas y 10.5 en áreas rurales).

Esta tendencia se puede observar en el gráfico I.2. Para 2016 la incidencia de indigencia moneta-

**10** Al mes de septiembre del año 2016 la Línea de Pobreza General (LPG), que representa el valor monetario mensual de una canasta de bienes y servicios considerados como indispensables, resultó en RD\$4,644.08 per-cápita del hogar y a nivel nacional (RD\$4,812.93 en la zona urbana y RD\$4,285.26 en la zona rural).

**GRÁFICO I.1.**  
**REPÚBLICA DOMINICANA: TASAS OFICIALES DE POBREZA MONETARIA,**  
**NACIONAL Y POR ZONA DE RESIDENCIA**  
**(DATOS SEMESTRALES, DE MARZO Y SEPTIEMBRE, 2000-2016)**



FUENTE: Elaborado por la UAAES, Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo, a partir del procesamiento de las bases de datos de las EFT del BCRD (MEPyD, 2016).

ria se calcula en 6.0 por ciento (5.2 por ciento en áreas urbanas y 8.8 en áreas rurales).

Los anteriores cálculos muestran que se han realizado grandes avances para eliminar la pobreza extrema, pero esta continúa siendo un reto para República Dominicana, lo mismo que para la mayor parte de los países en desarrollo.

A pesar de que el PIB per cápita se incrementó 1.5 veces entre el año 2000 y 2016, la desigualdad en la distribución del ingreso y la rigidez del mercado laboral, entre otros factores, han impedido que la reducción de la pobreza extrema sea más notoria.

El índice de Gini<sup>11</sup>, que mide el grado de desigualdad en la distribución del ingreso de las personas y de los hogares, muestra una tendencia a la baja cuando se analiza su comportamiento durante los últimos quince años. De acuerdo con los cálculos realizados por la UAAES del MEPyD (MEPyD,

<sup>11</sup> El coeficiente es un número que toma valores entre 0 y 1, que representan igualdad distributiva y total concentración respectivamente.

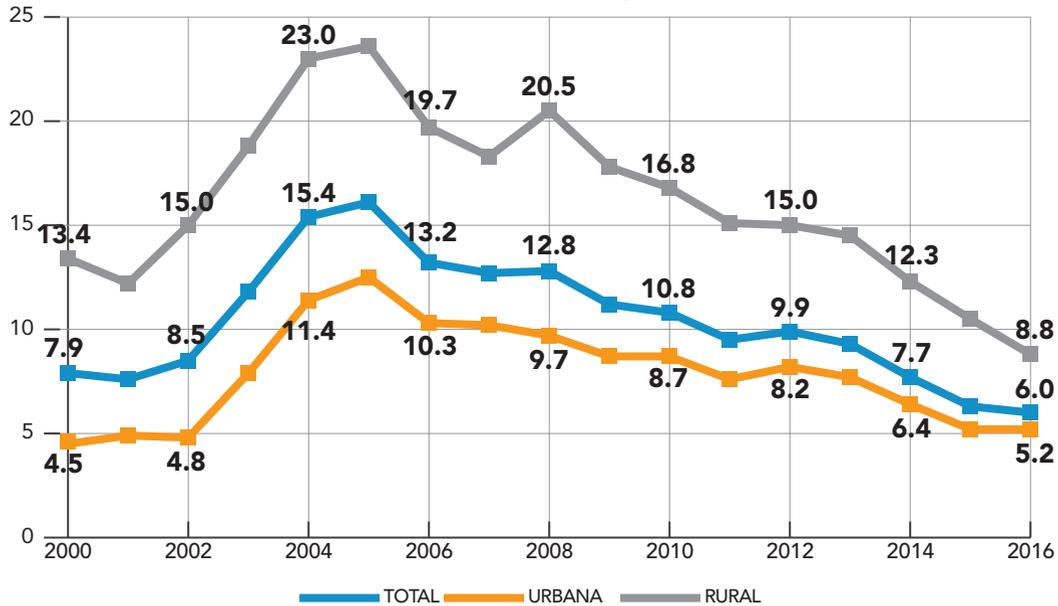
2016) índice de Gini para el año 2016 se calcula en 0.471, lo que representa un incremento de 0.013 puntos con respecto al 2015, cuando se registró un coeficiente de 0.458. Considerando la zona de residencia, las zonas urbanas muestran una mayor desigualdad ( $G = 0.473$ ) con respecto a la zona rural ( $G = 0.413$ ).

## 1.5. Retos y necesidades en materia de reducción de la pobreza y la desigualdad

En general, las estrategias de combate a la pobreza y desigualdad se asientan en cuatro pilares:

1. Importantes inversiones en educación y en salud, especialmente en adolescentes y jóvenes, no sólo para ampliar o universalizar la cobertura, sino también para asegurar mejoras importantes en la calidad de la provisión de estos servicios.
2. Inversión en infraestructura y servicios básicos, que permitan ampliar el acceso de la población a mejores condiciones de vida.

**GRÁFICO I.2.**  
**REPÚBLICA DOMINICANA: TASAS OFICIALES DE INDIGENCIA MONETARIA**  
**POR ZONA DE RESIDENCIA, 2000-2016**



FUENTE: Elaborado por la UAAES, Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo, a partir del procesamiento de las bases de datos de las EFT del BCRD (MEPyD, 2016).

3. Modernización del estado en sus procesos e instituciones, especialmente en mejoras de los sistemas de información y registro de la población, así como agilización de trámites, permisos, acceso a sistemas de subsidios, pensiones, entre otras.
4. Fortalecimiento de los programas de transferencias directas, especialmente para las adolescentes (condicionadas/ no condicionadas).

Sobre las causas estructurales de la pobreza, se mencionan algunas recomendaciones internacionales:

1. Expandir las redes de protección social, con inclusión de mecanismos de protección al desempleo y el aumento de la cobertura del sistema de pensiones no contributivas para prevenir situaciones de pobreza en la tercera edad.
2. Generar programas amplios de desarrollo rural, que contengan componentes de transferencia de tecnología, microcrédito, capacitación y apoyo logístico para acceder a nuevos mercados, entre otras iniciativas (Dotel, 2013).
3. Implementar una política pública que permita responder en el corto y mediano plazo a la incorporación regulada de la población de trabajadores/as informales que no está cubierta por los mecanismos de protección social en funcionamiento.
4. Mejoramiento del gasto y mantener el aumento sostenido de la inversión en educación y salud que permitan mejorar el acceso y la calidad a estos servicios.
5. Aseguramiento de calidad de educación con mejoras en la calidad formativa de docentes.
6. Focalizar programas en jóvenes y mujeres con educación secundaria incompleta.
7. Mantener la inversión en la primera infancia como principal mecanismo de promoción social. Mejorar el acceso de las personas que viven en hogares pobres y de pobreza extrema, a las estancias infantiles y a los centros de atención integral, con el objeto de facilitar el trabajo de las madres y a la vez integrar al sistema escolar a los niños y a las niñas en situaciones de vulnerabilidad.

## II. EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE REPÚBLICA DOMINICANA EN LOS SIGLOS XX Y XXI

### II.1. Crecimiento de la población dominicana en el período 1950-2050

En 1950, la población de República Dominicana era de 2.364 millones de habitantes y creció a 8.397 millones en el año 2000. En 2017 se calcula una población de 10.169

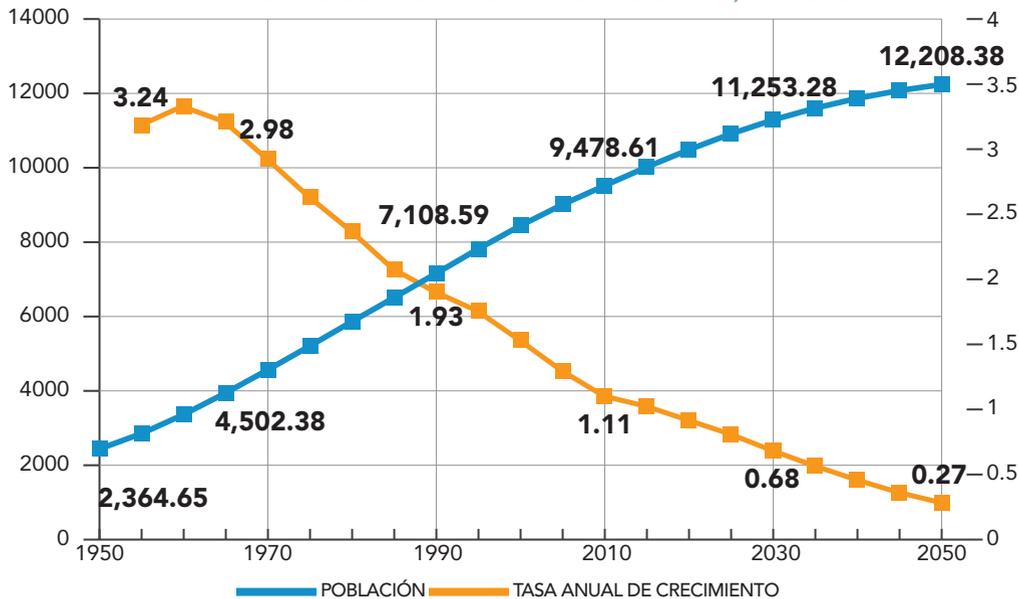
millones de personas y se espera que alcance 11.253 millones en 2030 y 12.208 millones en 2050. Conforme se expone en el cuadro II.1

**CUADRO II.1.**  
**REPÚBLICA DOMINICANA: ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE LA POBLACIÓN TOTAL POR SEXO, ÍNDICE DE MASCULINIDAD Y TASA DE CRECIMIENTO ANUAL, 1950-2050**

AÑO	POBLACIÓN TOTAL	SEXO		ÍNDICE DE MASCULINIDAD	TASA DE CRECIMIENTO MEDIO ANUAL POR QUINQUENIO
		HOMBRES	MUJERES		
1950	2,364,651	1,197,309	1,167,342	103	
1955	2,780,596	1,409,198	1,371,398	103	3.24
1960	3,293,800	1,667,734	1,626,066	103	3.39
1965	3,878,481	1,961,012	1,917,469	102	3.27
1970	4,502,376	2,274,133	2,228,243	102	2.98
1975	5,148,905	2,597,548	2,551,357	102	2.68
1980	5,807,913	2,927,635	2,880,278	102	2.41
1985	6,454,736	3,251,489	3,203,247	102	2.11
1990	7,108,593	3,577,459	3,531,134	101	1.93
1995	7,770,617	3,905,744	3,864,873	101	1.78
2000	8,397,802	4,215,984	4,181,818	101	1.55
2005	8,968,144	4,497,384	4,470,760	101	1.31
2010	9,478,612	4,747,103	4,731,509	100	1.11
2015	9,980,243	4,991,398	4,988,845	100	1.03
2020	10,448,499	5,217,831	5,230,668	100	0.92
2025	10,878,267	5,423,759	5,454,508	99	0.81
2030	11,253,284	5,600,973	5,652,311	99	0.68
2035	11,571,411	5,749,457	5,821,954	99	0.56
2040	11,835,070	5,870,989	5,964,081	98	0.45
2045	12,046,227	5,966,712	6,079,515	98	0.35
2050	12,208,376	6,038,631	6,169,745	98	0.27

FUENTE: Oficina Nacional de Estadística (ONE) (2015), Estimaciones y Proyecciones Nacionales de Población 1950-2100. Consultado en: <http://www.one.gov.do/Estadisticas/173/poblacion-estimada-y-proyectada>.

**GRÁFICO II.1.**  
**REPÚBLICA DOMINICANA: POBLACIÓN (EN MILES)**  
**Y TASA ANUAL DE CRECIMIENTO DEMOGRÁFICO, 1950-2050**



FUENTE: Oficina Nacional de Estadística (ONE) (2015), Estimaciones y Proyecciones Nacionales de Población 1950-2100. Consultado en: <http://www.one.gov.do/Estadisticas/173/poblacion-estimada-y-proyectada>.

Como se observa en el Cuadro II.1, se estima que la tasa de crecimiento demográfico se reducirá a 0.92 por ciento anual en el quinquenio 2015-2020, 0.68 por ciento en 2015-2030 y a 0.27 por ciento en 2045-2050. Esto quiere decir que, si no existen cambios abruptos en la dinámica demográfica (como, por ejemplo, catástrofes naturales o cambios importantes en los patrones de migración), el crecimiento de la población puede alcanzar un nivel estable<sup>12</sup> durante la primera mitad del siglo XXI (véase gráfico II.1)

El crecimiento de la población durante la segunda mitad del siglo XX se debió, entre otros factores, a los altos niveles de fecundidad que se registraron en el país hasta mediados de los años

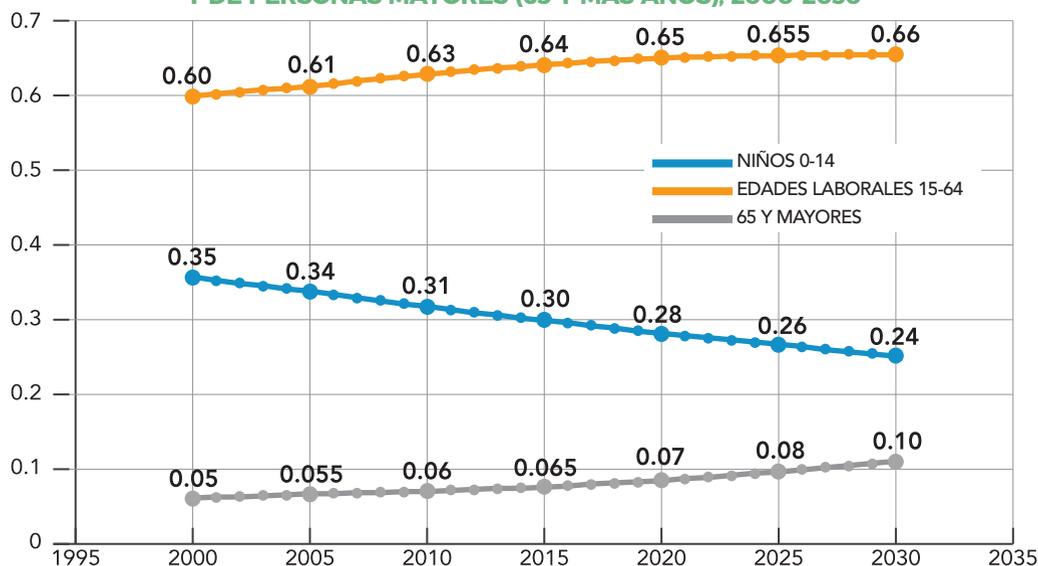
80 y al descenso de la mortalidad, que se verificó a partir de la década de 1950, con la consecuente ganancia de la esperanza de vida al nacer. Es importante señalar que este incremento del volumen poblacional estuvo acompañado, a su vez, de una progresiva disminución del ritmo de crecimiento relativo.

Se puede observar en la quinta columna del Cuadro II.1 que el índice de masculinidad, que es el resultado del cociente hombres/mujeres, el cual se interpreta como el número de hombres que existe en una población por cada 100 mujeres, era superior al cien por ciento. Por ejemplo, en 1950, había 103 hombres por cada 100 mujeres. Este índice muestra un número superior al 100 por ciento hasta la primera década del siglo XXI, pero se espera que descienda durante la segunda década y continúe decreciendo durante el resto del ciclo de proyección, lo cual indica que se espera que existan más mujeres que hombres en los próximos años.

El comportamiento del índice de masculinidad puede ser explicado por la migración; como lo muestra la Primera Encuesta Nacional de Inmi-

**12** Una población estable es una población con una estructura de edades que no varía en el tiempo; esto quiere decir que es una población en la cual la composición demográfica (por sexo y edades) no cambia con el paso de los años. A través del tiempo, una población estable se convierte en una población estacionaria; es decir que es una población en la cual la proporción de hombres y mujeres y por grupos de edad, no cambia. Como se ha mencionado, esto es un escenario libre de cambios demográficos como catástrofes o cambios en los patrones de inmigración-emigración.

**GRÁFICO II.2.**  
**REPÚBLICA DOMINICANA: PROPORCIÓN DE NIÑOS (0-14 AÑOS),**  
**DE PERSONAS EN EDADES LABORALES (15-64 AÑOS)**  
**Y DE PERSONAS MAYORES (65 Y MÁS AÑOS), 2000-2030**



FUENTE: Oficina Nacional de Estadística (ONE, 2015), Estimaciones y Proyecciones Nacionales de Población 1950-2100. Consultado en: <http://www.one.gov.do/Estadisticas/173/poblacion-estimada-y-proyectada>.

grantes (2012), la inmigración internacional era principalmente de carácter masculino<sup>13</sup>.

## II.2. Estructura de población

La población del país se encuentra en proceso de transición demográfica<sup>14</sup>, esto significa que la población infantil y joven tiene un peso relativo cada vez menor, mientras la población en edades avanzadas representa una proporción cada vez más importante.

De acuerdo con las proyecciones oficiales de República Dominicana<sup>15</sup>, al inicio del siglo XXI,

la proporción de niños de 0 a 14 años era de 35.1 por ciento, decrecía lentamente para alcanzar 31.5 por ciento en 2010, 29.3 por ciento en 2015 y 28.9 por ciento en 2017. De acuerdo con las proyecciones más recientes, se espera que esta proporción se reduzca hasta 27.5 por ciento en 2020 y, finalmente, alcance 24.4 por ciento en 2030<sup>16</sup> (ONE, 2015).

En el año 2000, la población en edades laborales (15 a 64 años), representaba el 60 por ciento del número total de habitantes. Esta proporción se incrementó a 63.0 por ciento en el año 2010 y para 2017 equivale al 64.7 por ciento de la población total. Se espera que, para 2020,

<sup>13</sup> Como se verá más adelante (sección II.6.1 Inmigración), del total de 524,632 de población extranjera en la República Dominicana, 64.4 por ciento era hombre (UE, UNFPA y ONE 2012).

<sup>14</sup> La transición demográfica es el cambio de una dinámica poblacional que se caracteriza por tasas de mortalidad y de fecundidad altas a otra de valores más bajos.

<sup>15</sup> Oficina Nacional de Estadística, República Dominicana. Estimaciones y proyecciones nacionales de población 1950-2100. Volumen I. República Dominicana: Oficina Nacional de Estadística (ONE, 2015).

<sup>16</sup> De acuerdo con el observatorio sobre Proyecciones Poblacionales del 2016 de la CEPAL, publicado en junio de 2017, se espera que la proporción de niños sea de 25 por ciento. Es común que los datos y proyecciones de las fuentes internacionales no coincidan con los datos oficiales debido a que cada institución utiliza distintos procedimientos estadísticos para realizar sus cálculos.

alcance 65.2 por ciento y finalmente 65.6 por ciento en 2030<sup>17</sup> (ONE, 2015).

Por su parte, la población de las personas mayores de 64 años era de menos del cinco por ciento al inicio del siglo XXI. Sin embargo, para 2010, 6.1 por ciento de la población estaba en este grupo de edades. Actualmente el 6.8 por ciento de la población es adulto mayor. Se espera que, en 2020, las personas de 65 años o más representen el 7.3 por ciento de la población y 10 por ciento en 2030. Las estimaciones indican que la aceleración del crecimiento de la población adulta mayor comenzó a partir de 2015, en contraste con una reducción en la relación de dependencia de la población menor de 15 años (véase el gráfico II.2).

En el Gráfico II.3 se pueden apreciar los cambios que se espera que tengan lugar en la estructura por edades y sexo de la población dominicana entre 2017 y 2030. Tal como indica el estrechamiento de la base de la pirámide de la población del país, se registrará una reducción notoria de la proporción de niños con respecto a otros grupos de edad. De manera correspondiente, la proporción de adultos, en particular personas mayores de 64 años, se incrementará de manera importante durante las próximas décadas. La siguiente sección analiza las implicaciones sociales y económicas de los anteriores cambios demográficos.

### II.3. Bono demográfico

El “bono demográfico” se refiere a un período durante el cual la relación entre la población en edad productiva (15 a 64 años) y la población en edades no laborales (niños de 0 a 14 años y adultos de 65 y más años) se reduce, debido a que existe proporcionalmente una población menor de dependientes. Una menor tasa de dependencia representa un bono demográfico en el sentido de que una mayor proporción de trabajadores implica una oportunidad para impulsar el creci-

miento económico, la acumulación de capital y el incremento en las tasas de ahorro.

Al igual que otros países de la región, la República Dominicana se encuentra actualmente en un proceso de transición demográfica, en el que se parte de una situación inicial de altas tasas de mortalidad y fecundidad para transitar hacia un escenario donde ambas tasas son significativamente más reducidas. Este proceso implica cambios muy importantes en la dinámica del crecimiento demográfico, en la composición por edades de la población y en las tendencias demográficas futuras.

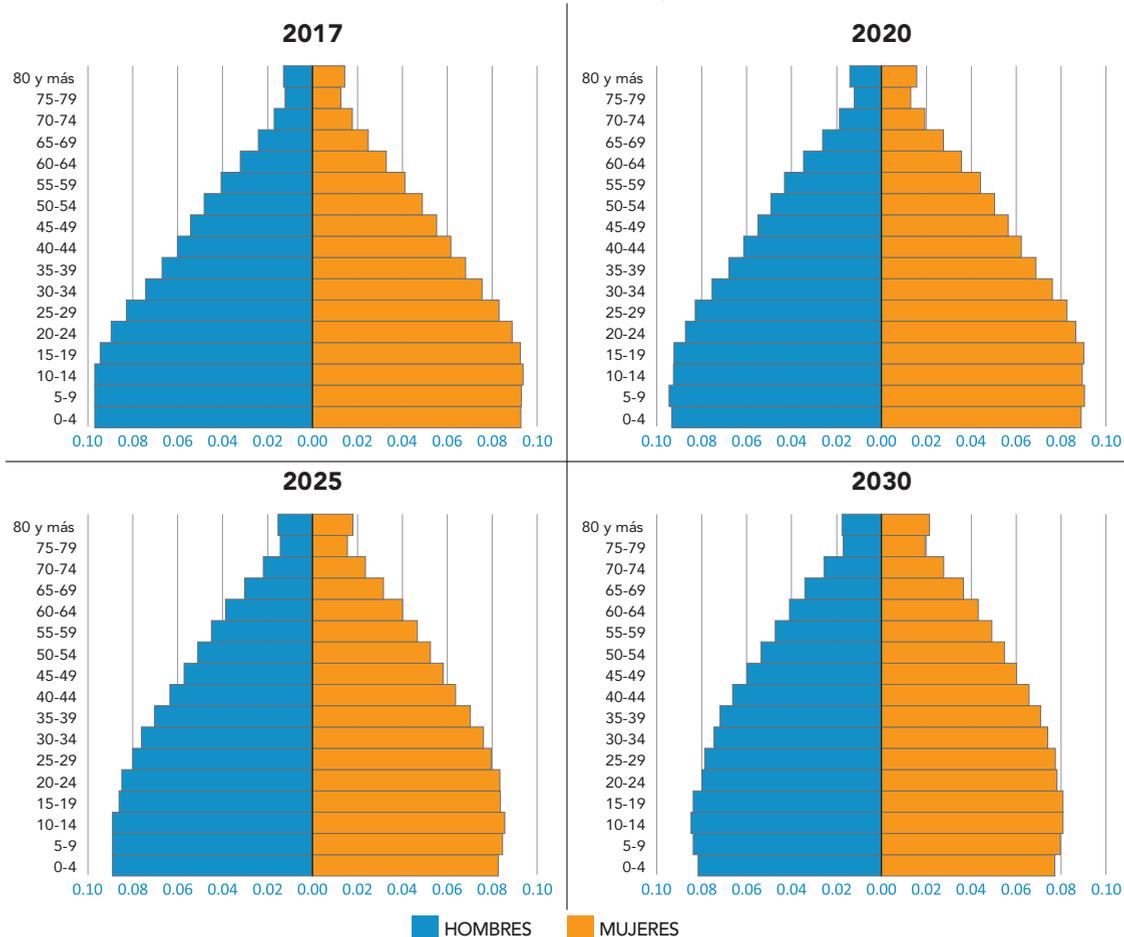
El tamaño, el crecimiento, la estructura por edad y por sexo y la distribución espacial de la población —es decir, las características y tendencias de la población total— tienen diversos efectos importantes para las políticas y las decisiones públicas. En particular, ejercen una influencia decisiva en la trayectoria de la fuerza laboral, puesto que determinan el tamaño de la población activa potencialmente disponible y algunos factores que afectan a la participación de las mujeres.

Asimismo, las tendencias de la población determinan la evolución de los grupos de edad destinatarios de los principales sectores sociales (educación, salud y salud sexual y reproductiva, seguridad social, vivienda, saneamiento y otros indicadores), así como sus perfiles por edad, sexo y distribución espacial, que son claves para estimar los requerimientos sectoriales y su ubicación geográfica. También, a través de una serie de mecanismos, estos factores tienen repercusiones en parámetros económicos totales básicos, como la inversión, el ahorro, el consumo y la productividad. Aunque estos efectos son complejos, la esencia de la teoría, al igual que las evidencias, sugieren que las rápidas tasas de crecimiento de la población y los patrones de altos niveles de dependencia tienden a socavar el desempeño económico de los países.

En el período comprendido entre los años 1950 y 2010, la edad mediana se incrementó desde 17.1 hasta 24.8 años. Se estima que ésta seguirá creciendo hasta alcanzar 29.4 años en el año

<sup>17</sup> Según el observatorio de proyecciones de la CEPAL, 2016, esta proporción es de 64.8

**GRÁFICO II.3**  
**REPÚBLICA DOMINICANA: ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN POR SEXO,**  
**SEGÚN GRUPO DE EDADES, 2017-2030**



FUENTE: Oficina Nacional de Estadística (ONE) (2015), Estimaciones y Proyecciones Nacionales de Población 1950-2100. Consultado en: <http://www.one.gov.do/Estadisticas/173/poblacion-estimada-y-proyectada>.

2025 y 37.5 años a mediados de este siglo. Al término de la proyección, en el 2100, la edad mediana de la población sería de 47.8 años, esto es, 21.5 años más envejecida que en el año 2015 (ONE, 2015b). Lo anterior también está relacionado con el comportamiento de la esperanza de vida al nacer que, en el último medio siglo, aumentó entre 25 y 30 años para alcanzar un promedio de 73.68 años en 2015: 70.62 años para los hombres y 76.88 años para las mujeres (ONE, 2015b)

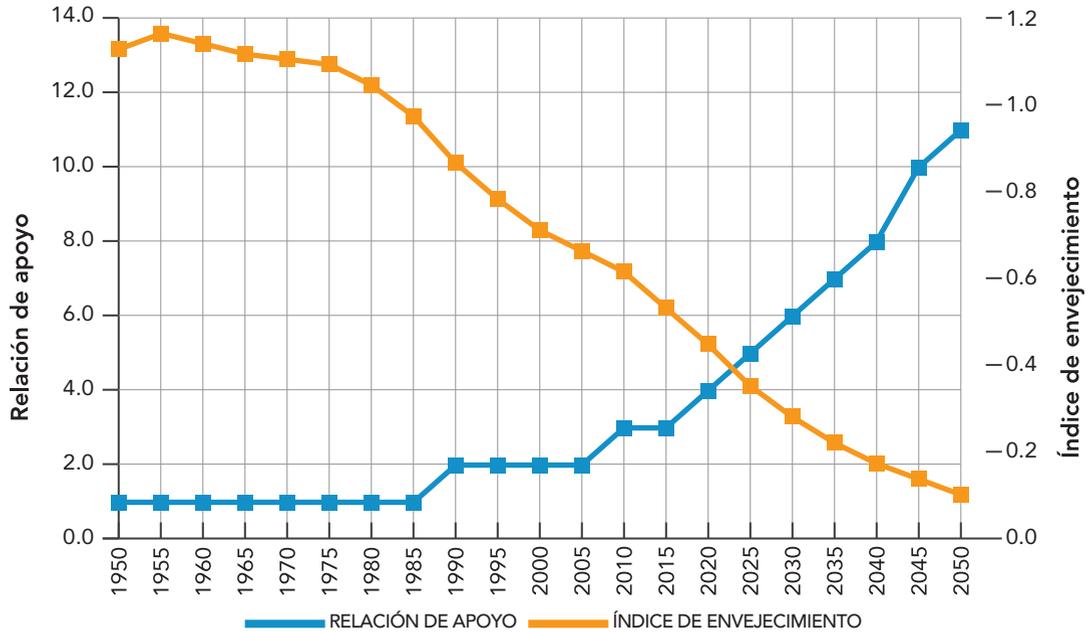
La población dominicana comienza a adentrarse en la tercera etapa de transición demográfica:

los adultos y las adultas mayores toman mayor peso en la pirámide poblacional y dentro de la población dependiente. El envejecimiento de la población dominicana, si bien también es el reflejo de mejorías en las condiciones de salud de los habitantes, representa un reto para la sociedad si se considera que habría menos personas jóvenes para mantener el cuidado para los adultos y las adultas mayores. El aumento del índice de envejecimiento<sup>18</sup> refleja un cam-

<sup>18</sup> Cociente entre personas de 60 años y más con respecto a las personas menores de 15 años, multiplicado por 100.

GRÁFICO II.4.

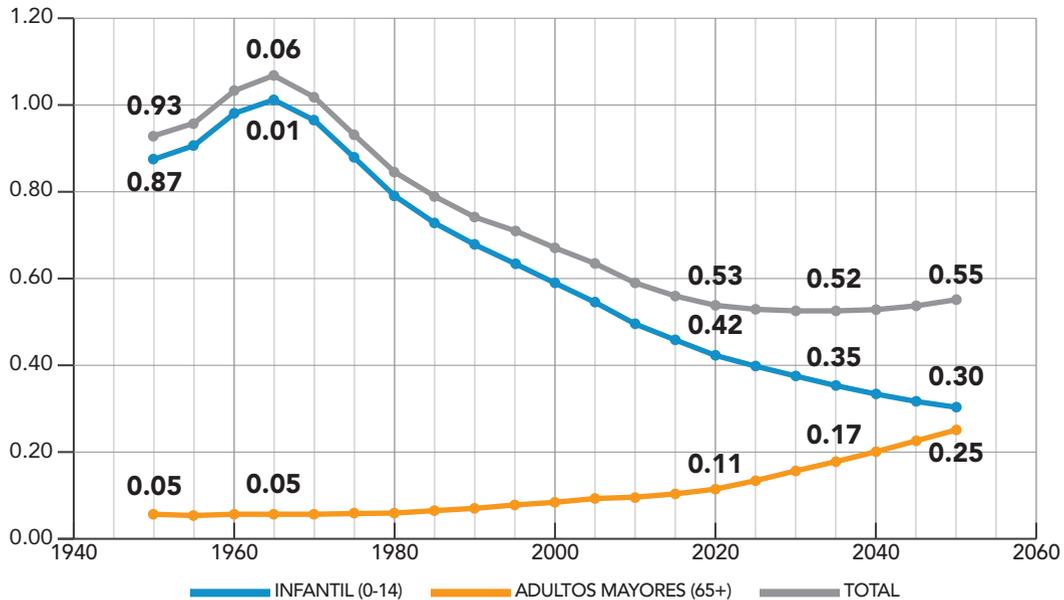
## REPÚBLICA DOMINICANA: RELACIÓN DE APOYO E ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO, 1950-2050



FUENTE: Suero y Matos (2016). Envejecimiento demográfico: desafío para la Seguridad Social en la República Dominicana. República Dominicana: Oficina Nacional de Estadística (ONE).

GRÁFICO II.5.

## REPÚBLICA DOMINICANA: BONO DEMOGRÁFICO DE 1950-2050 (TASA DE DEPENDENCIA)



FUENTE: Cálculos propios basados en información de la Oficina Nacional de Estadística, República Dominicana. Estimaciones y proyecciones nacionales de población 1950-2100. Volumen I. República Dominicana: Oficina Nacional de Estadística (ONE, 2015).

bio importante en la población sujeta a cuidado, debido a que refleja una reducción de la población joven en conjunto con el incremento de la población en edad avanzada.

Por otro lado, la relación de apoyo<sup>19</sup> tenderá a disminuir de 6.4 en 2015 a 2.8 en 2050. Este indicador refleja una reducción continua de la población en edad de trabajar y que potencialmente genera los recursos necesarios para cuidar de la población dependiente. El Gráfico II.4 muestra la relación de apoyo y el índice de envejecimiento en el país entre 1950 y 2050.

El Gráfico II.5 muestra que la tasa de dependencia alcanza su mayor nivel en la década de los años 60 del siglo XX cuando tiene un nivel promedio de un dependiente por cada persona en edades laborales.

A partir de 1970 se inicia un descenso en la tasa de dependencia total, principalmente debido al descenso de la fecundidad y a la decreciente proporción de niños menores de 15 años. Durante el último tercio del siglo XX y hasta la actualidad, la tasa de dependencia total (niños menores de 15 más personas mayores de 64 años dividido entre la población entre 15 y 64 años; es decir las edades laborales) continúa un descenso hasta alcanzar un nivel de 0.5 dependientes por trabajador. Sin embargo, a partir del año 2020, se espera que estas tasas de dependencia se establezcan e inclusive que inicien un ascenso para el año 2045. Lo anterior significa que actualmente, la República Dominicana tiene un bono demográfico.

La reestructuración etaria que ocurre actualmente en República Dominicana tiene importantes implicaciones en términos de oferta laboral, demanda por servicios de educación y salud y requerimientos de ampliación del sistema de seguridad social de largo plazo (Sánchez, 2014).

Es importante señalar que estos cambios demográficos no son exclusivos del país. La transición

demográfica y el bono demográfico consecuente han ocurrido tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. La diferencia, sin embargo, es que este proceso de cambio demográfico se dio en países actualmente desarrollados a lo largo de períodos de 100 y 150 años. En cambio, en los países en vías de desarrollo estos cambios ocurren en un período de 30 ó 40 años (Saab et. al., 2012). La velocidad del cambio demográfico tiene importantes consecuencias para las políticas públicas, como se discute en las siguientes secciones.

## II.4. Fecundidad

Hasta 1950 la República Dominicana se caracterizaba por altas tasas de fecundidad y presentaba niveles cercanos al máximo biológico, es decir, entre 7 y 8 hijos por mujer. Se calcula que anualmente se registraban aproximadamente 699 mil nacimientos en el quinquenio de 1950 a 1955. En el proceso de descenso de la fecundidad, el número de nacimientos continuó ascendiendo para alcanzar un poco más de un millón de nacimientos por quinquenio entre 2010 y 2015. Sin embargo, se espera que este número de nacimientos descienda a 977 mil para el quinquenio 2015-2020 y a 910 mil para el quinquenio 2025-2030. Las implicaciones demográficas, económicas y sociales de este descenso en el número de nacimientos deben ser calculadas con el objetivo de diseñar políticas públicas que respondan oportunamente a los rápidos cambios demográficos que ocurren en el país.

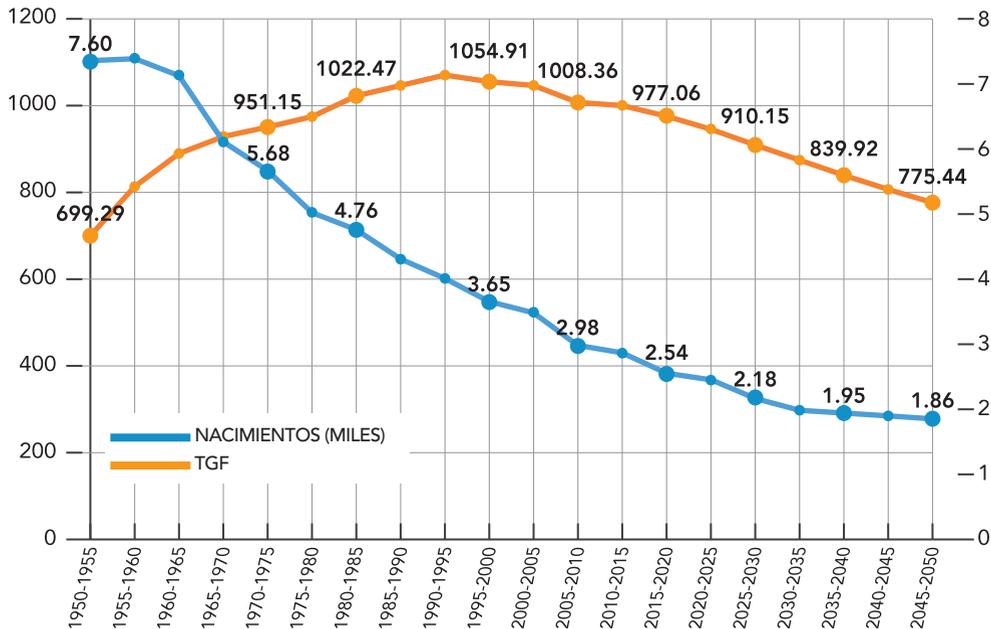
Hacia la segunda mitad de los años 60, la Tasa Global de Fecundidad (TGF)<sup>20</sup> era del orden de 7.1 hijos por mujer, pero experimentó un importante

<sup>20</sup> Según la definición de la CEPAL, la TGF es el número de hijos que en promedio tendría una mujer de una cohorte hipotética de mujeres que durante su vida fértil tuvieron sus hijos de acuerdo con las tasas de fecundidad por edad del período en estudio y no estuvieran expuestas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta el término del período fértil. Claramente, la medida es parcial considerando el número de niñas menores de 15 años que tienen hijos y mujeres mayores de 49 años que igualmente pueden aportar a la fecundidad.

<sup>19</sup> Razón entre las personas 15-59 /+60 años.

GRÁFICO II.6

## REPÚBLICA DOMINICANA: NACIMIENTOS (EN MILES) Y TGF POR QUINQUENIO, 1950-2050



FUENTE: ONE, 2015. *Tasas específicas de fecundidad por quinquenio, según grupo de edad de la madre, 1950-2050*  
 Consultado en: <http://www.one.gov.do/Estadisticas/175/indicadores-demograficos-basicos>.

declive en las siguientes décadas, y cayó prácticamente 65 por ciento durante un período de 40 años. A inicios de los años 70 la fecundidad entró en una fase de descenso acelerado y la TGF alcanzó los 5.8 hijos por mujer, para situarse en 2.4 en el año 2010<sup>21</sup>. En la actualidad, la fecundidad dominicana está en un nivel intermedio dentro de la región. (Rodríguez Gómez et al. 2015).

Se espera que, en la década entre 2015 y 2025, República Dominicana alcance una TGF cercana a 2.1 hijos por mujer (ONE, 2015) que es considerado un nivel de reemplazo, debido a que es el número de hijos que se requiere para reemplazar a los progenitores.

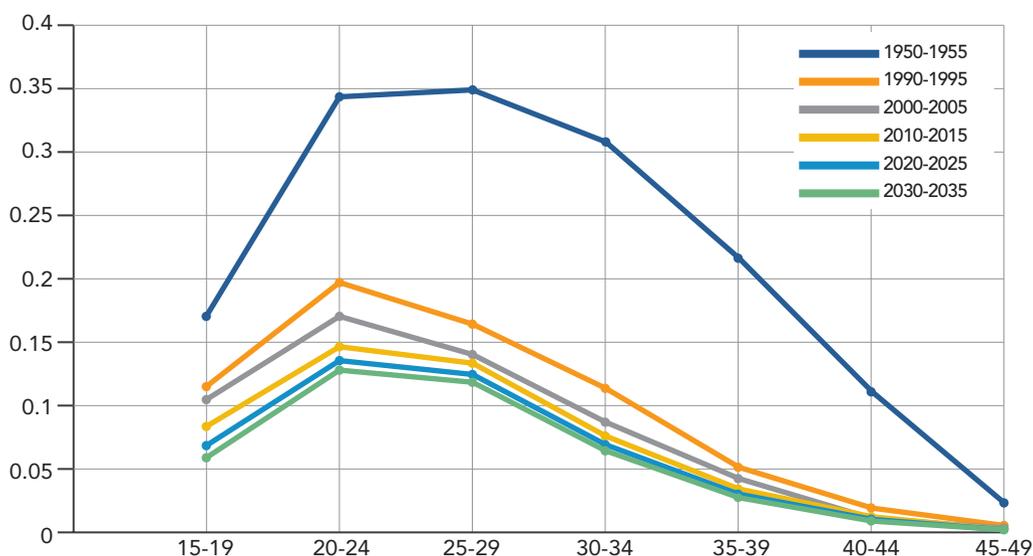
Sin embargo, persisten diferencias en la fecundidad entre niveles socioeconómicos. En el año 2013, las mujeres del quintil de riqueza superior y las más educadas tienen algo menos de 2 hijos en promedio; en cambio, aquellas de

los quintiles más bajos y de muy baja educación tienen un promedio ligeramente superior a los 3 hijos (ENHOGAR, 2015).

En el gráfico II.7 se muestran las tasas específicas de fecundidad para diferentes quinquenios. Entre 1950 y 1955, aproximadamente 17 por cada mil mujeres jóvenes de entre 15 y 19 años habían tenido cuando menos un hijo; cuarenta años más tarde esta fracción había disminuido a 11 por ciento y a 8 por ciento en el quinquenio 2010-2015. Se espera que esta tendencia persista hasta alcanzar 6 por ciento en 2030, lo cual dependerá de que se mantenga el esfuerzo que se realizó desde 1970 para hacer accesibles métodos anticonceptivos para hombres y mujeres, en general, y para la población joven más vulnerable, en particular. Garantizar el adecuado acceso a la anticoncepción resulta de vital importancia en el contexto actual, debido a que el embarazo adolescente permanece en niveles elevados de acuerdo con el nivel de desarrollo del país. Aunque no es exclusivo de América Latina, este repunte del embarazo entre las adolescentes es particularmente notorio en esta región. Las causas de

<sup>21</sup> MEPYD; ONE. "Análisis de consistencia de los datos del IX Censo Nacional de Población y Vivienda". "Año del Fortalecimiento del Estado Social y Democrático de Derecho".

**GRÁFICO II.7.**  
**REPÚBLICA DOMINICANA: TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD**  
**POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD, 1950-2035**



FUENTE: ONE, 2015. *Tasas específicas de fecundidad por quinquenio, según grupo de edad de la madre, 1950-2050.*  
 Consultado en: <http://www.one.gov.do/Estadisticas/175/indicadores-demograficos-basicos>.

este incremento no han sido suficientemente estudiadas, pero es claro que, en caso de mantenerse las tendencias recientes, los escenarios demográficos de muchos países podrían cambiar de manera significativa.

Además del importante cambio en la estructura por edad de la fecundidad desde 1950 hasta la fecha, también es notoria la reducción de la proporción de mujeres que tienen hijos después de los 40 años. A diferencia de otros países de América Latina y del mundo desarrollado, en la República Dominicana el embarazo después de los 40 años es prácticamente inexistente y su ocurrencia ha tendido a reducirse a través del tiempo. También entre las mujeres de 35 a 39 años se redujo notablemente la proporción de quienes tuvieron hijos entre mediados del siglo XX y las primeras décadas del XXI. En 1950, 22 por cada mil de estas mujeres tenían un hijo anualmente; en el año 2000, esta fracción se había reducido a 4 por mil y se estima que será de 3 por mil en el quinquenio 2030-2035. Se requiere mayor investigación para determinar qué factores afectan la decisión de las mujeres mayores de 35 años para no tener hijos. Una de

las explicaciones posibles es que, alcanzada la edad de 35 años, las mujeres dominicanas ya han tenido el número de hijos que desean.

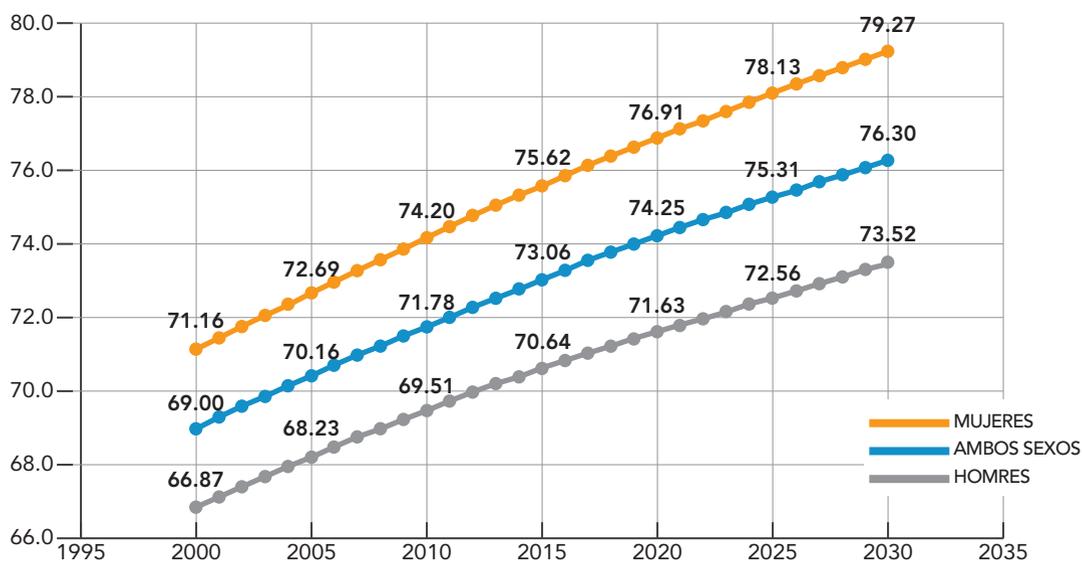
## II.5. Mortalidad

En la actualidad, 18 de los 20 países de América Latina tienen una esperanza de vida al nacer de más de 70 años y, de ellos, en 8 este indicador supera los 75 años.

En período 2000-2005, la esperanza de vida al nacer para la población de la República Dominicana era de 69 años (67.43 para los hombres y 71.78 para las mujeres). Esta cifra se incrementó a 71.0 años en el período 2005-2010 (68.77 para los hombres y 73.30 para las mujeres) (ONE, 2015b). Durante el período 2015-2020 la esperanza de vida al nacer es de 73.57 años (71.07 para los hombres y 76.17 para las mujeres)<sup>22</sup>.

<sup>22</sup> Nótese que estos datos se refieren a la proyección hecha para 2017 y pueden diferir de otros debido al período de referencia.

**GRÁFICO II.8.**  
**REPÚBLICA DOMINICANA: ESPERANZA DE VIDA AL NACER**  
**PARA EL TOTAL DE POBLACIÓN Y PARA HOMBRES Y MUJERES, 2000-2030**



FUENTE: Oficina Nacional de Estadística, República Dominicana. Estimaciones y proyecciones nacionales de población 1950-2100. Volumen I. República Dominicana: Oficina Nacional de Estadística (ONE, 2015).

Se espera que este indicador se incremente para alcanzar 74.25 años en 2020 (71.63 años para los hombres y 76.91 para las mujeres) y a 76.30 años para 2030 (73.52 para los hombres y 79.27 para las mujeres) (véase el gráfico II.8).

Si bien el nivel nacional de mortalidad se encuentra en niveles relativamente bajos, existen diferencias regionales que es necesario considerar con prioridad. En términos generales, se espera que la mortalidad se mantendrá en los niveles observados durante el primer tercio del siglo XXI, el proceso de envejecimiento estructural provocará un volumen creciente de defunciones en todo el período. Para dimensionar las tendencias de la mortalidad vale mencionar que, mientras que en el quinquenio 1950-1955 se registraron 264 mil defunciones durante el período (con un alto porcentaje de muertes infantiles), se espera que para el quinquenio 2045-2050 el número de muertes durante el período sea de aproximadamente medio millón.

Los patrones de la mortalidad por sexo también han experimentado cambios. En el período 1970-1975 la mortalidad entre los hombres era ligeramente superior a la de las mujeres.

Sin embargo, en períodos más recientes (1990-1995 y 2010-2015) se hace notoria la diferencia en las tasas de mortalidad por sexo en la población de entre 15 y 40 años (ONE, 2014). Esto se debe, parcialmente, a que la principal característica de la mortalidad masculina entre los 15 y los 44 años es la fuerte presencia de las llamadas "causas externas", que incluyen muertes por violencia y traumatismos. Entre ellas, las más importantes son los accidentes de tránsito, los suicidios y los homicidios, que representan 90.6 por ciento de los casos de muertes accidentales y violentas en hombres (MEPyD-ONE, 2015).

## II.6. Migración internacional

### II.6.1. Inmigración internacional

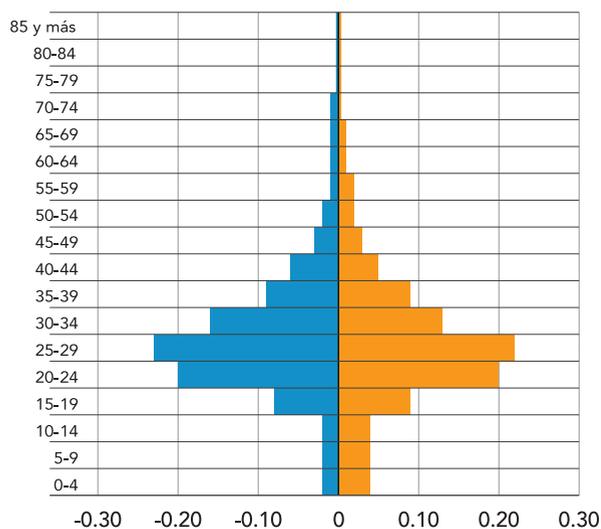
Históricamente, la dinámica demográfica del país ha sido afectada tanto por emigración de dominicanos, como por la afluencia de extranjeros que escogen a la República Dominicana como país de residencia (véase al respecto Riveros, 2014).

En 2012, la Encuesta Nacional de Inmigrantes (ENI) registró un volumen de 524,632 extranjeros que

vivían en la República Dominicana, lo que representaba 5.4 por ciento de la población del país. Del total de esta población inmigrante, 87.3 por ciento procedía de Haití. De acuerdo con la misma encuesta, 64.4 por ciento de la población extranjera estaba constituida por hombres y el 35.6 por ciento por mujeres. Si se incluye a los descendientes de los inmigrantes, que son aproximadamente 244,151 personas, la población de extranjeros se eleva a 768,783 y su importancia relativa se incrementa a 7.9 por ciento de la población del país.

En cuanto a las características demográficas de la población inmigrante, Lozano (2013) observa lo siguiente: "Se trata de una inmigración con un perfil esencialmente joven, pues los datos indican que un 77 por ciento de los inmigrantes eran jóvenes (35.1 por ciento), de entre 10 y 19 años, o adultos-jóvenes (42.1 por ciento) entre 20 y 29 años" (Lozano, 2013: 25).

**GRÁFICO II.9.**  
**REPÚBLICA DOMINICANA: POBLACIÓN**  
**HAITIANA RESIDENTE EN EL PAÍS, POR SEXO,**  
**SEGÚN GRUPOS DE EDADES, 2012**



FUENTE: Oficina Nacional de Estadística (ONE) 2013, Encuesta Nacional de Inmigrantes (ENI-2012). República Dominicana: Oficina Nacional de Estadística.

La distribución por sexo muestra que en la inmigración predominan los hombres, que representan 58 por ciento. "El predominio masculino se repre-

sa sobre todo en la inmigración haitiana, donde el 65 por ciento eran hombres" (Lozano, 2013: 26).

Los hombres están concentrados en los siguientes rangos de edades: de 20 a 24 años, 19.0 por ciento; de 25 a 29 años, 21.1 por ciento; y de 30 a 34 años, 15.1 por ciento. En tanto que las mujeres están concentradas en los rangos de edades siguientes: de 20 a 24 años, el 17.7 por ciento; de 25 a 29 años, 28.0 por ciento; y de 30 a 34 años, 13.0 por ciento. En el gráfico II.9 se muestra la pirámide poblacional de la población haitiana residente en la República Dominicana.

El análisis de la condición de la población inmigrante, así como de las tendencias y proyecciones de la inmigración, muestra la necesidad de atender dos aspectos concernientes a este grupo de la población. Por un lado, brindarles atención integral y protección, independientemente de su condición migratoria, en especial a quienes se encuentran en condición de vulnerabilidad, con apego al respeto de sus derechos. Además, se requiere establecer políticas de regularización migratoria en concordancia con los convenios y acuerdos internacionales, que contribuyan a evitar toda forma de criminalización de la migración, garantizando el acceso a servicios sociales básicos de educación y salud, incluida la salud sexual y reproductiva (SSR).

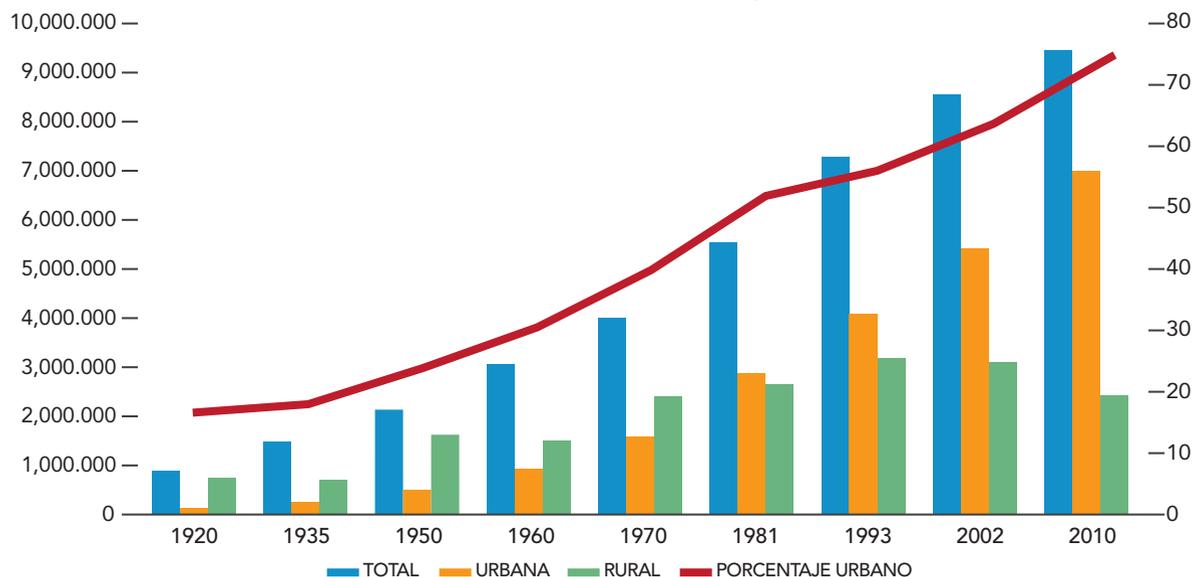
### II.6.2. Emigración Internacional

De acuerdo con la Organización Internacional para las Migraciones (2006), se define como un país de emigración a aquel cuyo fenómeno migratorio involucra a más de 10 por ciento de la población nacional. En la República Dominicana, las cifras de la emigración son mayores que los números de la inmigración. Llama la atención que, a pesar de esta evidencia, el tema haitiano ha acaparado todo el debate nacional con respecto a las dinámicas migratorias.

Es difícil determinar el número exacto de emigrantes dominicanos dada la incidencia de la migración irregular que caracteriza el fenómeno. No obstante, respecto a la emigración regular contabilizada en los principales destinos se

GRÁFICO II.10.

## REPÚBLICA DOMINICANA: POBLACIÓN TOTAL, URBANA Y RURAL, EN CIFRAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS, 1920-2010



FUENTE: ONE, 2012. IX Censo Nacional de Población y la Vivienda 2010. Informe General.

estima que 1,663,489 dominicanos y dominicanas residían fuera de su país; lo cual significa un 15.7 por ciento de la población nacional.

Estados Unidos es el primer destino elegido por la población emigrante dominicana en busca de mejores condiciones de vida. La mayoría de los emigrantes se encuentra en edad productiva, por lo que se le hace más fácil insertarse rápidamente en el mercado laboral y formar parte de la fuerza productiva del país de destino, ya sea de manera formal o informal.

La mayor parte de la población emigrante a los EE.UU. es de sexo masculino en todos los grupos etarios.

España es el destino con la segunda mayor cantidad de inmigrantes de la República Dominicana, después de Estados Unidos. Es difícil saber a ciencia cierta el volumen de población dominicana residente en ese país europeo, debido a que en muchos casos no gozan de permisos de residencia y se encuentran de forma irregular en el país. Las cifras oficiales dan cuenta de que, hacia finales del 2014, había 77,696 personas de origen dominicano viviendo en España.

## II.7. Urbanización

Hacia 1920 población urbana constituía apenas el 16.6 por ciento de la población total; en 1981 más de la mitad de la población (52 por ciento) y hacia el año 2002, las zonas urbanas del país concentraban el 63.6 por ciento de la población nacional. En 2010 tres de cada cuatro dominicanos (74.4 por ciento) residían en ciudades.

El incremento de la población urbana puede deberse a fenómenos tan complejos como dinámicos, entre los que pueden citarse los cambios en los patrones migratorios, el crecimiento natural o las nuevas tendencias socioeconómicas (Massa, 2009a). Desde el punto de vista demográfico, los patrones de migración interna y el crecimiento de las ciudades están altamente correlacionados. Sin embargo, se requiere mayor investigación e información para determinar cómo ha sido esta relación en el pasado reciente en la República Dominicana.

La creación de nuevas divisiones político-administrativas ha sido uno de los factores que afectaron la importancia relativa de la población urbana nacional. Entre los años 2002 y 2010, 161 secciones, que por definición correspondían a contextos rurales, pasaron a ser distritos municipales. Esta

reclasificación de los espacios geográficos conllevó a que una parte de la población residente en dichas secciones, que era rural en el año 2002, se considerara urbana en el 2010 (ONE, 2007).

Por tanto, la actual definición de lo rural excluye territorios con características rurales, pero que por ser clasificados como cabeceras de municipios son definidos como urbanos, mientras que territorios con características urbanas son nombrados como rurales por no ser cabeceras de municipios o distritos municipales.

Esta relación población-espacio territorial permite una aproximación al análisis de los cambios estructurales de las condiciones demográficas, de la utilización y explotación del espacio y de las características y desarrollo del sistema social en términos de condiciones habitacionales, medios de transporte, infraestructura urbana y seguridad ciudadana.

En el interior de las ciudades, la segmentación socioespacial también es un tema por considerar, debido a que los grupos de altos ingresos se han aislado en barrios autosuficientes, denominados por algunos autores como "zonas rururbanas"<sup>23</sup>, en tanto que los grupos pobres se han ubicado en sitios alejados o en áreas de alto riesgo y vulnerabilidad con viviendas precarias, informales y sin equipamiento. En otros contextos estas "zonas rururbanas" son denominadas como zonas periurbanas.

La END 2030 contiene objetivos y líneas de acción orientadas a la definición e implementación de políticas públicas de desarrollo rural territorial. En su objetivo 2.4.2 establece: **"Reducir la disparidad urbano-rural e interregional en el acceso a servicios y oportunidades económicas, mediante la promoción de un desarrollo territorial ordenado e inclusivo"**.

<sup>23</sup> Las zonas rururbanas corresponden a construcciones cerradas en áreas rurales con habitantes urbanos y condición acomodada, que ofrecen abundancia de espacio, seguridad, exclusividad y paisaje sin perder los servicios de la ciudad. (Arizaga, 2000; Barros, 1999).

Se requiere fortalecer a los gobiernos locales y trabajar coordinadamente con los distintos niveles de gobierno. Así mismo, es necesario transferir gradualmente a los municipios las competencias, recursos y funciones tributarias para mejorar la oportunidad y calidad de los bienes y servicios públicos prestados a los munícipes, en función de las potencialidades y limitaciones que presenta el territorio municipal, sobre la base de mecanismos y procedimientos legales que respeten los principios de subsidiariedad y transparencia y aseguren que su potestad tributaria no colida con impuestos nacionales.

## II.8. Implicaciones sociales y económicas de los cambios demográficos

La dinámica poblacional y el desarrollo socioeconómico están interrelacionados a través de los recursos humanos, que son el eje fundamental de todo proceso de desarrollo. Las decisiones tomadas en materia de políticas públicas serán relevantes para el bienestar de las actuales y futuras generaciones, debido a la posibilidad de tener y criar hijos en condiciones más adecuadas (Saab et al., 2008).

Actualmente, la población dominicana se encuentra en pleno proceso de transición demográfica, caracterizado por la reducción de las tasas de fecundidad y de mortalidad, donde la población infantil y joven cada vez tiene un menor peso relativo, mientras la población en edades avanzadas empieza a crecer más rápidamente. La actual dinámica demográfica implica que, si bien se tienen menos hijos en promedio, una mayor cantidad de ellos llega a vivir todo su ciclo fértil y por lo tanto no se requieren tantos hijos por mujer.

El tamaño promedio del hogar dominicano es de 3.4 personas. Los que tienen jefatura femenina predominan entre los hogares cuyo tamaño es de 2 a 3 miembros o más de 10. En el resto de los tamaños de hogar predominan los de jefatura masculina.



Durante los últimos años (2017), se han reducido la pobreza y la pobreza extrema con mayor intensidad en la zona rural que en la urbana. Para 2012, el quintil de población más pobre captaba sólo 4 por ciento de los ingresos del país mientras que el quintil de población más rica captaba el 50.8 por ciento. Esta era prácticamente la misma participación en el ingreso total de ambos quintiles que en 2002.

En las clases más empobrecidas aún se mantienen patrones de altas tasas de fecundidad y altas tasas de mortalidad relativas. Las familias pobres concentran un mayor porcentaje de niños, niñas y adolescentes (NNA) en relación con el número total de miembros del hogar.

Se ha experimentado un aumento en el porcentaje de los hogares con jefatura femenina a un 33.3 por ciento, de los cuales 19.3 por ciento pertenece al grupo socioeconómico muy bajo, es decir, al quintil inferior de riqueza (ENHOGAR, 2015).

La limitada participación de los estratos más pobres en el sistema educativo y la precariedad de la inserción laboral impiden que los sistemas de educación y trabajo operen como transmisores de normas y valores que ordenan la vida cotidiana, estructuran las aspiraciones y definan las metas.

En el año 2015, el nivel de escolaridad promedio de la población mayor de 15 años es de 8.8 años, ligeramente mayor en mujeres (8.9 años) que en hombres (8.4 años)<sup>24</sup>. Esto equivale a tener el nivel medio incompleto, cuyo retorno a la educación es de tan sólo 21.1 por ciento, lo que limita las posibilidades de acceder al mercado de trabajo y obtener un empleo en el sector formal que garantice un buen salario y acceso a la seguridad social (Domínguez, García y Gómez, 2016).

Un factor que incide en la trayectoria de acumulación de activos de las personas es la pobreza del hogar. La disponibilidad de ingresos familia-

res determina la posibilidad de invertir tiempo y recursos en la formación de sus jóvenes y de acceder a redes sociales, contactos, información, mecanismos de intermediación y oportunidades laborales. Por lo tanto, los jóvenes que provienen de familias con mayores recursos tienen ventaja sobre los que pertenecen a hogares más pobres.

La importancia del proceso de formación de capital humano en la juventud es que corresponde a un período intensivo desde el punto de vista de adquisición de competencias y cumplimiento de prerrequisitos para lograr una inserción social competitiva.

Existe una alta correlación entre la deserción escolar y probabilidad de empeoramiento de las condiciones económicas futuras. La deserción escolar en los hombres se vincula al rol proveedor asignado culturalmente a los hombres, mientras que en las mujeres se relaciona con el embarazo adolescente y las labores en el hogar.

Los que abandonan el sistema educativo reducen sus posibilidades de optar por trabajos productivos y seguros que les permitan lograr ingresos adecuados y tener cobertura en seguridad social.

Respecto del mercado laboral, la brecha de género en la participación de la mujer viene determinada por la actual configuración de la división sexual del conjunto del trabajo, tanto el remunerado como el no remunerado, que se realiza fuera y dentro del hogar.

La tasa de desempleo más alta se encuentra entre la población de jóvenes de 15 a 24 años, y las mujeres resultan las más afectadas dentro de este segmento poblacional. Son las mujeres las que menos se incorporan a la actividad económica y, dado que el mercado laboral es la puerta de entrada a la protección social, ello restringe sus posibilidades de acceder directamente a la seguridad social. Por ello, frecuentemente las mujeres son aseguradas indirectas (dependientes), obtienen únicamente beneficios en materia de salud, pero quedan excluidas de la posibilidad de contar con una pensión por vejez o discapacidad.

<sup>24</sup> Oficina Nacional de Estadística, (2017). Estadísticas Sociales; Educación. Consultado en: <https://www.one.gob.do/Estadisticas/134/educacion>

Por otra parte, la menor incorporación de la PEA a la actividad económica, tanto de hombres como de mujeres, restringe el porcentaje de perceptores efectivos de ingreso en los hogares, en comparación con las personas dependientes e inactivas (Salvador, 2016; Sunkel, 2006).

El sistema de seguridad social vigente está basado en un modelo de familia biparental y patriarcal en el cual el hombre tiene el rol de jefe de familia y proveedor. Este tipo de modelo otorga a la mujer el rol tradicional de la gestión del hogar y el cuidado de las personas dependientes, labores por las que no recibe remuneración.

Estos son temas de vital importancia para el futuro de la sociedad de cara al incremento de la población adulta mayor. Más de la mitad de las personas adultas mayores (51 por ciento: 29 por ciento es mujer y 22 por ciento hombre) vive en hogares extendidos. Los bajos niveles de cobertura de la población adulta mayor en materia de pensiones y aseguramiento en salud parecen sustentar la tesis de que el núcleo familiar está actuando como un sistema de protección social alternativo.

Las bajas pensiones de las personas mayores de 64 años de hoy son resultado de un precario sistema de protección social preexistente: disperso, asimétrico y de muy baja cobertura. El monto promedio de las pensiones otorgadas no cubre el costo de la canasta básica de hogares del quintil más pobre.

Esta información muestra la vulnerabilidad a la que se expone la población adulta mayor que, en la actualidad, depende de transferencias adicionales, ya sea de familiares o de la administración pública mediante transferencias otorgadas por los programas de protección social vigentes, para poder cubrir sus necesidades de alimentación, salud y recreación. De esta forma, ceden su autonomía luego de años de independencia económica y social.

En el caso de las mujeres, debido a una mayor esperanza de vida, la situación se agrava. Como no pudieron incorporarse al mercado laboral, ante

la viudez o el abandono quedan desprotegidas debido a que solían ser económicamente dependientes de su pareja.

El sistema de protección social alternativo que constituye la familia podría entrar en crisis, debido a que la población pasiva será menor que la económicamente activa a partir del año 2045 cuando se cierre la ventana de oportunidades demográficas o bono demográfico.

En tal sentido, 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, de políticas activas y pasivas de empleo que impliquen la inserción femenina en el mercado laboral de forma sostenida, así como de mejoras importantes en los niveles de ingresos laborales.

En conclusión, se requiere la incorporación de la dinámica poblacional y análisis sociodemográfico en las políticas públicas y herramientas de planificación. El análisis poblacional puede contribuir a la modernización del Estado, y a diseñar políticas públicas para asegurar el acceso de los distintos grupos de población a oportunidades de progreso y de esta manera garantizar el pleno desarrollo de sus capacidades.



## III. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

### III.1. Contexto general

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud sexual y reproductiva se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La SSR "aborda los mecanismos de procreación y el funcionamiento del aparato reproductor en todas las etapas de la vida<sup>25</sup>. Implica la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos si y cuando se desee. Esta concepción de la salud reproductiva supone que las mujeres y los hombres pueden elegir métodos de control de la fecundidad seguros, eficaces, asequibles y aceptables, que las parejas puedan tener acceso a servicios de salud apropiados que permitan a las mujeres tener seguimiento durante su embarazo y que ofrezcan a las parejas la oportunidad de tener un hijo sano."<sup>26</sup>

En la República Dominicana se observa un perfil epidemiológico que muestra la persistencia de problemas en la salud sexual y la salud reproductiva, incluida la violencia en todas sus manifestaciones, que afectan principalmente a la población en situación de mayor vulnerabilidad, entre ellas, la de mujeres, NNA, personas adultas mayores, personas con algún nivel discapacidad, personas que padecen discriminación y estigma por razones de su orientación sexual e identidad de género, trabajadores/as sexuales y personas en situación de migración.

Esta problemática responde a un modelo de desarrollo que, a pesar de los esfuerzos que se llevan a cabo para implementar políticas públicas universales, mantiene altos niveles de pobreza, desigual-

dad de oportunidades para vivir y elegir una vida saludable, con garantías de protección social que no aseguran el acceso universal a servicios públicos de calidad.

Estas condicionantes, junto con las inequidades de género vinculadas a las condiciones socioeconómicas principalmente de las mujeres, han dado como resultado altas tasas de mortalidad materna, alta tasa de fecundidad en adolescentes, alto porcentaje de necesidades insatisfechas de planificación familiar en población adolescente y joven, por mencionar algunas, con persistencia de desigualdades sociales y económicas susceptibles de ser abordadas con una nueva arquitectura de la política pública.

### III.2. Planificación familiar y métodos anticonceptivos

#### III.2.1. Uso de métodos anticonceptivos

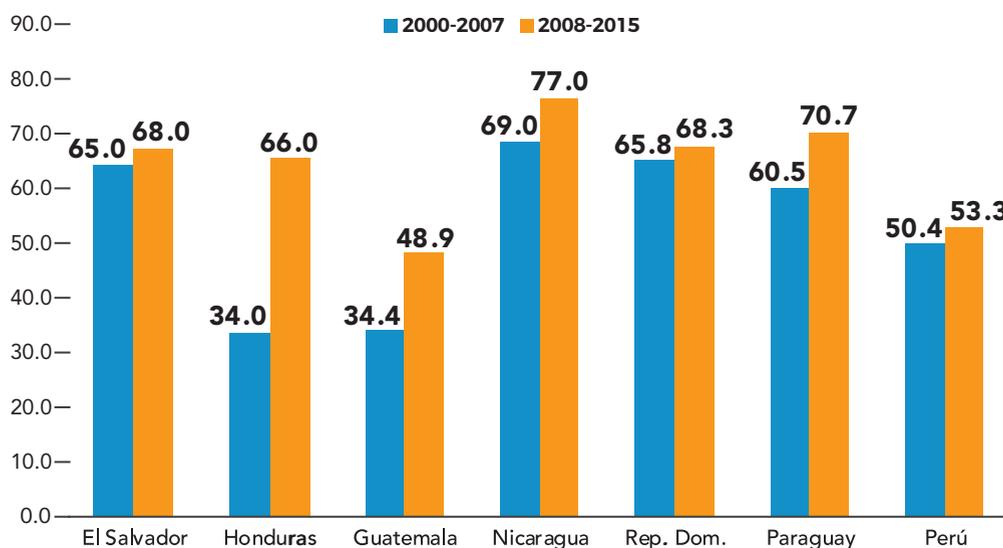
La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Esto se logra mediante el uso adecuado de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad. La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades.

A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos entre mujeres en edad reproductiva ha aumentado ligeramente, de 54.0 por ciento en 1990 a 57.4 por ciento en 2014, aunque esta cifra incluye a países con poco desarrollo de sus sistemas de planificación familiar, como son los países africanos y algunos países de Asia. A escala regional, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años que usa algún método anticonceptivo (MAC) ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2014. En América Latina y

<sup>25</sup> Es importante notar que, aunque la definición aceptada internacionalmente define un rango de edad, la salud sexual y reproductiva se extiende más allá de la menopausia, el climaterio y la andropausia y en realidad nos debe preocupar hasta la muerte.

<sup>26</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS). Consultado en: [http://www.who.int/topics/reproductive\\_health/es/](http://www.who.int/topics/reproductive_health/es/)

**GRÁFICO III.1.**  
**AMÉRICA LATINA: TASA DE PREVALENCIA DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ENTRE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA, EN ALGUNOS PAÍSES SELECCIONADOS, 2000-2015**



FUENTE: United Nations, 2017. "Millenium Development Goals Indicators: The official site for the MGD indicators". Consultado en: <https://mdgs.un.org/unsd/mdg/Data.aspx>.

el Caribe (ALC) la fracción de mujeres de entre 15 y 49 años que usa algún MAC pasó de 66.7 por ciento en 2008 a 67.0 por ciento en 2014. En la República Dominicana, la tasa de prevalencia de uso de MAC varió muy poco entre los períodos 2000-2007 y 2008-2015, al pasar de 66.0 a 68.3 por ciento.

No obstante, la diferencia en los niveles de prevalencia de acceso a MAC, según zona de residencia en el país, indica que el ámbito rural, donde vive el mayor porcentaje de personas pobres en la niñez y la adolescencia, no muestra mayor diferencia con respecto a la accesibilidad con una diferencia mínima, cercana al 2 por ciento, de acuerdo con cifras derivadas de la ENDESA 2013 (CESDEM-MSP, 2014).

Del porcentaje de personas que usan métodos anticonceptivos modernos (68 por ciento), el 40.7 por ciento utiliza la esterilización femenina, un 17.8 por ciento usa píldoras, 4.3 por ciento inyectables, 2.5 por ciento dispositivos intrauterinos (DIU), apenas 1.4 por ciento el condón masculino, otro 1.24 por ciento los implantes y 0.1 por ciento condones femeninos (CESDEM-MSP, 2014).

El uso de métodos anticonceptivos entre los hombres representa una proporción relativamente pequeña de las tasas de prevalencia mencionadas. Los métodos anticonceptivos masculinos se limitan al condón y la esterilización, que alcanza apenas un 0.2 por ciento (vasectomía).

Los métodos anticonceptivos disponibles en el país son los siguientes: píldoras, minipíldoras, condón masculino, inyectables, implantes subdérmicos, dispositivos intrauterinos y el condón femenino en menor escala. La principal fuente de suministros es la Dirección Materno Infantil y Adolescentes (DIMIA), que ofrece los métodos a través de los centros de atención primaria en salud.

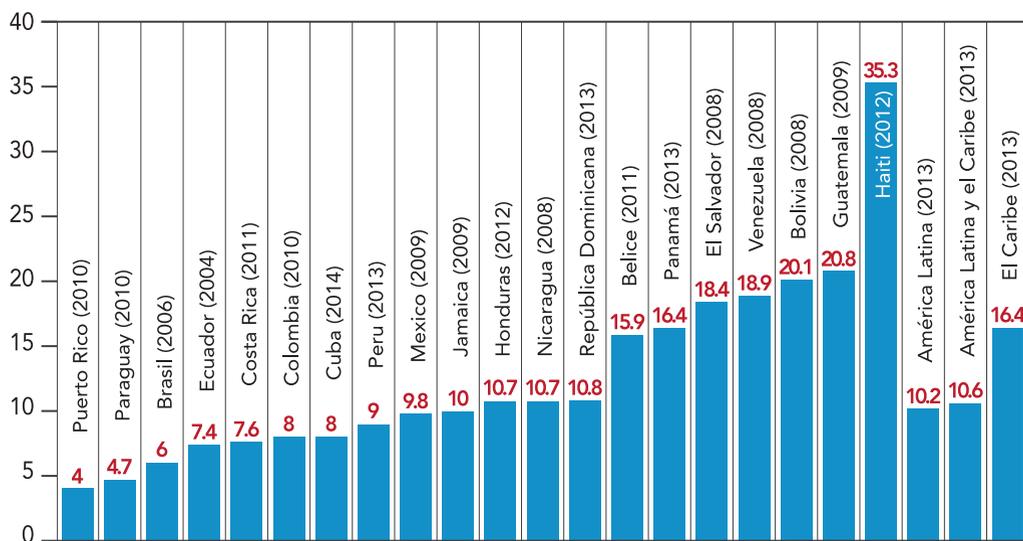
Recientemente, el Programa de Medicamentos Esenciales y Central de Apoyo Logístico (PROMESE/CAL), anunció la inclusión de métodos anticonceptivos (preservativos, píldoras e inyectables) en el catálogo de los productos que se venden a bajo costo a través de su red de Farmacias del Pueblo, lo que amplía así su acceso para la población.

### III.2.2 Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos<sup>27</sup>

En los países en desarrollo la necesidad insatisfecha de MAC sigue siendo elevada pues se calcula que unos 225 millones de mujeres desean posponer o espaciar los embarazos, pero no utilizan ningún método anticonceptivo. Entre otros, esta situación se debe a la incapacidad de los servicios de planificación familiar de asumir, en su totalidad, la cada vez más elevada demanda de dichos métodos. En África, 23 por ciento de las mujeres en edad fértil tiene una necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos. En Asia y LAC –regiones donde la prevalencia del uso de anticonceptivos es relativamente alta– las necesidades insatisfechas representan 11 por ciento (Departamento de Asuntos Económicos de las Naciones Unidas, 2013).

La información del banco de datos de Naciones Unidas sobre el cumplimiento de las metas del milenio muestra que en la República Dominicana la necesidad insatisfecha se encuentra en un nivel intermedio en el contexto de América Latina, se ubica entre países con un alto nivel de demanda insatisfecha en 2014, como Haití (35.3 por ciento) y otros como Colombia y Costa Rica, en donde esta proporción es cercana a 8 por ciento. En la República Dominicana, este porcentaje se calcula en 10.8 para 2013 (CESDEM-MSP, 2014) que es relativamente alto, aunque ha descendido desde el nivel observado en 1990, cuando se estimaba en 15.8 por ciento la demanda insatisfecha. Actualmente, el país se encuentra al nivel de Honduras (11 por ciento), pero por encima de Perú, cuya demanda insatisfecha es de 9 por ciento (véase gráfico III.2).

**GRÁFICO III.2.**  
**NECESIDADES INSATISFECHAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**  
**EN ALGUNOS PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA (ÚLTIMA CIFRA DISPONIBLE)**



FUENTE: Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. CEPAL. Consultado en: <https://oig.cepal.org/es/indicadores/demanda-insatisfecha-planificacion-familiar>.

**27** De acuerdo con el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), "la demanda insatisfecha expresa la cantidad de mujeres casadas o en unión que desean limitar o espaciar sus familias y no están usando método anticonceptivo alguno, con respecto al total de mujeres casadas o en unión". El dato se obtiene a partir de encuestas demográficas y de salud en cada país. Ver: [http://celade.eclac.cl/redatam/PRYESP/cairo/WebHelp/Metalatina/demanda\\_insatisfecha\\_de\\_planificacion\\_familiar.htm](http://celade.eclac.cl/redatam/PRYESP/cairo/WebHelp/Metalatina/demanda_insatisfecha_de_planificacion_familiar.htm)

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (CESDEM-MSP, 2014), la necesidad insatisfecha se incrementa con respecto al promedio nacional en la población de algunos grupos de edades. Por ejemplo, esta cifra aumenta a 27 por ciento con respecto al promedio nacional entre la población adolescente y para la población de 20 a 24 años en 24 por ciento, ambas más que duplicando la media nacional.

De acuerdo con datos ENDESA 2013 (CESDEM-MSP, 2014), seis de cada diez mujeres casadas o unidas no desean tener más hijos: dos de cada diez no desean tener más hijos en el futuro y casi 4 de cada diez están esterilizadas. El porcentaje de mujeres casadas o unidas que no desean tener más hijas e hijos se ha reducido en cuatro puntos porcentuales desde el 2007, debido entre otras causas a la disminución en la prevalencia de la esterilización.

Esta fuente cita también que el deseo de no tener más hijos aumenta rápidamente con la paridad: desde 2 por ciento entre las mujeres sin hijos vivos, hasta 64 por ciento entre las que tienen dos hijos. Nueve de cada diez mujeres con tres o más hijos sobrevivientes, no desean volver a embarazarse.

Alrededor de 48 por ciento de todos los embarazos no son planificados, especialmente entre adolescentes y mujeres jóvenes. La cobertura y la disponibilidad de métodos anticonceptivos en los centros de salud pública siguen siendo limitadas. La necesidad satisfecha de métodos modernos de planificación de la familia entre los adolescentes de 15 a 19 años es sólo de 5 por ciento y de 61 por ciento entre los jóvenes de 20 a 24 años.

De acuerdo con la encuesta antes citada, el número promedio ideal de hijos e hijas preferido por las mujeres en edad fértil fue ligeramente inferior a 3 hijos (2.8 hijos). Cerca de la mitad de las mujeres sin hijos o con un hijo, expresaron que su ideal reproductivo es dos hijos.

Los estudios sobre la planificación familiar en las adolescentes en la República Dominicana evidencian el incremento en el porcentaje que reporta que hubiesen querido retrasar el

momento de haber tenido un hijo. En contraste, ha decrecido la proporción de mujeres que deseaban tener un hijo al momento de quedar embarazadas.

Según la encuesta ENHOGAR, 2014, la mediana del período de insusceptibilidad post parto<sup>28</sup> sigue siendo baja en el país (3.3 meses). La amenorrea postparto es de apenas 1.9 meses, como consecuencia del corto periodo de lactancia materna, pues únicamente alcanza un 4.7 por ciento de los menores de seis meses recibe lactancia materna exclusiva (CESDEM-MSP, 2014).

Se requiere que en el país se utilicen todos los recursos disponibles para prevenir el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), los embarazos en adolescentes y los embarazos no deseados, razón por la que se justifica que el Programa de Medicamentos Esenciales (PROMESE), incorpore los métodos anticonceptivos a su oferta de productos e insumos, y así ampliar el acceso a esos métodos por la población dominicana.

El uso de métodos anticonceptivos y la planificación familiar han tenido un impacto demostrable en la salud pública, en particular en la reducción de la mortalidad materna, en la reducción de la mortalidad infantil y en la disminución del embarazo adolescente, que conlleva altos riesgos de mortalidad materna, lo mismo que altos costos económicos y sociales (Lizardo et al., 2013a).

### III.2.3. Retos y necesidades sobre la oferta de métodos anticonceptivos

1. Proteger los Fondos para la Adquisición de los Anticonceptivos. Si bien en años recientes el Gobierno dominicano ha financiado prácticamente la totalidad del abasto de métodos anticonceptivos para la población en edad fértil, aún se requiere un marco legal que proteja esta asignación presupuestaria en la Ley de Presupuesto.

<sup>28</sup> Es la protección contra el riesgo de embarazo en el periodo post parto, dada por la amenorrea y la abstinencia



2. Aumentar la cobertura de los Servicios de Atención Integral Adolescente. En la actualidad, el país cuenta con 109 puestos y centros de servicios de atención integral, distribuidos en las 9 regiones de salud del país, pero existe una brecha de cobertura a nivel territorial para suplir la demanda potencial en las provincias y municipios con mayor número de adolescentes, especialmente en Santo Domingo y Santiago, pues solo se ofrecen en los centros de atención especializada (hospitales). De acuerdo con la norma vigente, todos los establecimientos de salud deben ofrecer servicios de atención integral para adolescentes según su capacidad de resolución y nivel de complejidad, considerando las necesidades de este grupo de la población. Estos servicios deben estar identificados adecuadamente dentro de la instalación de salud. Si bien esto implica que la oferta debe ser suplida también desde las Unidades de Atención Primaria (UAP), no existen las condiciones para brindar estos servicios en un espacio cómodo, que proteja la privacidad, que ofrezca servicios de salud sexual y salud reproductiva con una atención integral, por personal competente y en horarios continuos de acuerdo con la demanda de la población adolescente. Los nuevos horarios de tanda extendida en las escuelas y liceos suponen dificultades para que los adolescentes y jóvenes visiten dichos espacios, por lo que es necesario implementar horarios que se ajusten a estas condiciones.
3. Contar con aliados con influencia política para vigilar la ejecución de las leyes y/o políticas favorables a la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA), que es una iniciativa que el país implementa desde hace más de 11 años con el objetivo de asegurar la calidad y oportunidad en el acceso y utilización efectiva de los insumos y métodos anticonceptivos.
4. Negociar precios/comprar conjuntamente. El país cuenta con una alianza estratégica con UNFPA que le ha permitido negociar precios preferenciales para asegurar la calidad de los métodos ofertados a la población dominicana. Así mismo, forma parte del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y el Caribe (COMISCA), que le permite negociar en condiciones favorables la compra de MAC y medicamentos vinculados a la salud sexual y salud reproductiva.
5. Transferir la distribución de los métodos anticonceptivos a los centros de salud a través del Sistema Único de Gestión de Medicamentos e Insumos (SUGEMI). Esta tarea se encuentra en pleno desarrollo, gracias a la implementación del SUGEMI en el marco de la separación de funciones del MSP, al otorgar las competencias requeridas al Servicio Nacional de Salud para su incorporación total a la Red proveedora de servicios de salud.
6. Fortalecer la Unidad que gerencia la Cadena de Suministros en todas sus funciones, incluyendo programas verticales. Este rol lo cumple el SUGEMI y una vez se consolide la articulación con PROMESE para la distribución de MAC, se podrá asegurar el transporte y el almacenamiento en el nivel local, según los requerimientos establecidos.
7. Implementar acciones que permitan la dispensación de MAC, particularmente preservativos, sin intermediar personal de salud, lo cual es importante para la expansión de la cobertura.
8. Mejorar capacidades y promover el uso de preservativos femeninos, con el fin de favorecer la autonomía de la mujer respecto a su SSR.
9. Fortalecer los servicios de SSR, particularmente los del primer nivel de atención a articulados con la comunidad, tomando la experiencia piloto Unidad Especial de Promoción de Anticonceptivos (UEPA), implementada en coordinación con el Ministerio de Salud Pública (MSP), Servicio Regional de Salud y bajo la coordinación del UNFPA.

### III.3. Mortalidad materna, neonatal

#### III.3.1. Mortalidad materna

Si bien las intervenciones realizadas en el país para reducir las muertes maternas e infantiles han sido múltiples, no han contribuido a su reducción de manera sostenida, aún no se han alcanzado las metas programadas. De acuerdo con la información aceptada por organismos oficiales en la República Dominicana, la Razón de Mortalidad Materna (RMM)<sup>29</sup> en el año 2013, era de 101.8 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos<sup>30</sup> (MSP-OPS-OMS, 2015:4).

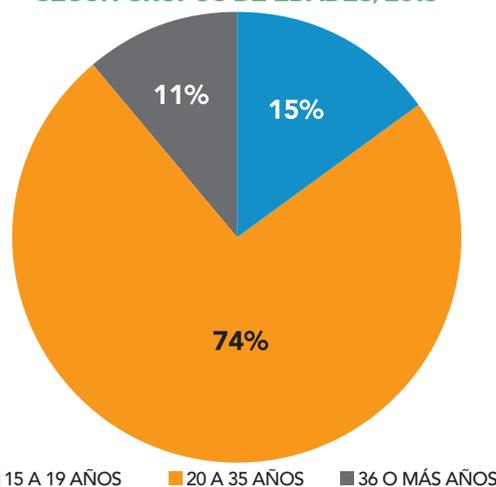
Según datos del Informe sobre el cumplimiento de los ODM, se esperaba reducir la razón de mortalidad materna mundial a menos de 70 por cada 100,000 nacidos vivos (MEPYD, 2015). Esto implicaría haber incrementado el ritmo de los avances y pasar de la mejora anual de 2.3 por ciento registrada entre 1990 y 2015 a 7.5 por ciento anual a partir de 2016 (WHO, 2015).

En 2015, el mayor porcentaje de muertes maternas se observó en el grupo de 20 a 35 años, donde se produjeron casi tres de cada cuatro muertes. Le siguieron el grupo de adolescentes de 15 a 19 años, con 15 por ciento de las muertes maternas, y las mayores de 36 años, con 11 por ciento (véase gráfico III.3).

**29** Según la CELADE-CEPAL, la RMM es el “número anual de mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo y el parto por cada 100,000 nacidos vivos”. Obtenido del Sitio Oficial de Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (<http://mdgs.un.org>). La Razón de Mortalidad Materna (RMM), se calcula a partir de la relación entre el número de muertes por causa materna y el número de nacidos vivos en el mismo período. Para su cálculo, se excluyen del numerador las muertes maternas tardías (ocurridas después de los 40 días del puerperio pero antes de un año de ocurrido el parto) y las muertes maternas con residencia fuera del país. Se utilizan para el denominador las estimaciones de nacidos vivos realizadas por la ONE y publicadas al 2014. Con estas estimaciones de nacimientos el Ministerio de Salud y diversas organizaciones reconstruyeron la serie de la RMM entre 2008 al 2016.

**30** Razón de muertes maternas por 100,000 nacidos vivos, según búsqueda intencionada y reclasificación de muertes (2013). La RMM de acuerdo con el sistema de vigilancia; es decir, sin búsqueda intencionada ni reclasificación de muertes fue de 94.8 muertes por 100,000 nacidos vivos.

**GRÁFICO III.3.**  
REPÚBLICA DOMINICANA: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUERTES MATERNAS SEGÚN GRUPOS DE EDADES, 2015

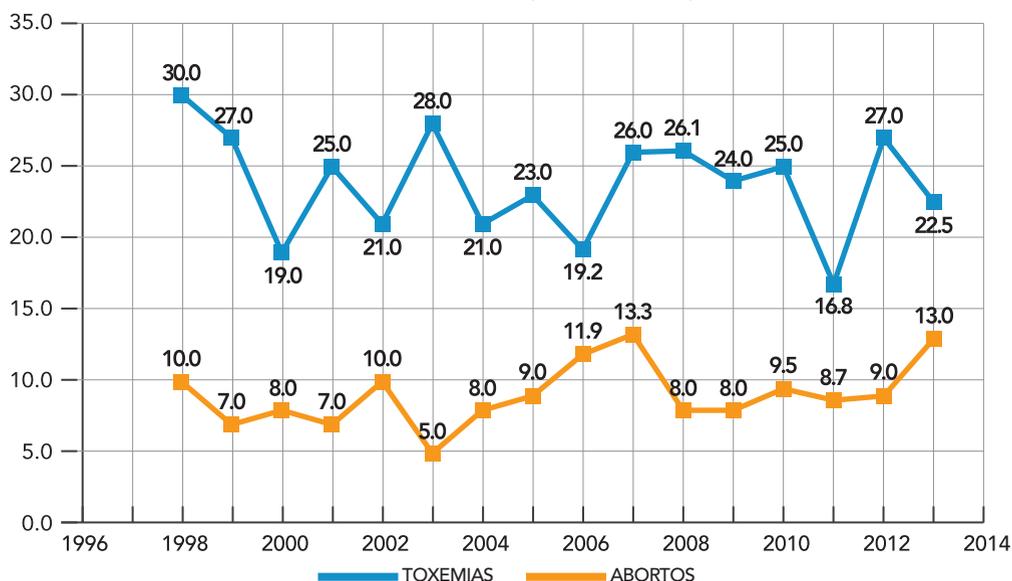


FUENTE: Elaboración propia con base en datos de DIMIA-MSP, 2016.

Aunque la atención materno-infantil sea predominantemente clínica y bajo atención médica especializada, ello no garantiza que la mortalidad materna se reduzca, por las razones que se describen a continuación.

La principal causa de muerte materna es el síndrome hipertensivo del embarazo, parto y puerperio o toxemia, responsable de una de cada cuatro defunciones maternas. La mortalidad por esta causa se ha mantenido elevada en los últimos 15 años. Siguen en frecuencia las hemorragias; las sepsis y otras infecciones puerperales y las complicaciones producidas por el embarazo terminado en aborto, que de acuerdo con datos del SINAVE, al 2013 (MSP-DIGEPI, Sistema de Vigilancia Epidemiológica, 2014) engloba 13 por ciento de las muertes maternas (Gráfico III.4).

**GRÁFICO III.4.**  
**REPÚBLICA DOMINICANA: PROPORCIÓN DE MUERTES MATERNAS**  
**POR TOXEMIA Y POR ABORTO, SEGÚN AÑO, 1998-2013 %**



FUENTE: Calculado por el Sistema de Indicadores Sociales de la República Dominicana (SISDOM, 2015) con datos del Registro del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna. Ver: <http://economia.gob.do/mepyd/despacho/unidad-asesora-de-analisis-economico-y-social/sisdom/sisdom-2015/>

### III.3.2. Epidemia de cesáreas y la mortalidad materna

De acuerdo con un análisis de la Revista Panamericana de Salud Pública (2007), durante la primera década del Siglo XXI, las tasas de cesáreas en los países de LAC fueron superiores a las de otros países en desarrollo, pero menores que las de los países desarrollados en conjunto. En promedio, la tasa de cesáreas fue de 2.2 por ciento, con los valores menores en Haití (1.7 por ciento) y Honduras (7.9 por ciento) y los mayores en México (39.1 por ciento), Brasil (36.7 por ciento), República Dominicana (31.3 por ciento) y Chile (30.7 por ciento). La tasa promedio en el mundo (incluidos 126 países) fue de 15 por ciento en 2007. Para la República Dominicana se calcula que en 2007 la proporción de cesáreas era de 40.2 por ciento y en 2014 era de 58.3 por ciento.

Dado este escenario, que la OMS ha calificado como "epidemia de cesáreas", el panorama para las mujeres en situación de embarazo se constituye en un riesgo adicional innecesario y no recomendado por las directrices de la OMS, que ubica la tasa de cesáreas en un 15 por ciento (Obser-

vatorio Colectiva Mujer y Salud, 2015). Dentro de las causas para realizar cesáreas se encuentran la diferente relación costo-beneficio entre las cesáreas y los partos que favorece a las primeras. Aun cuando se pague lo mismo por un parto que por una cesárea, el tiempo que consume el profesional hace que sea mucho más rentable una cesárea que un parto. Asimismo, las cesáreas programadas permiten a los profesionales médicos acomodar sus horarios para incrementar la productividad y evitar las "incomodidades" de los partos no programados. También la falta de fiscalización contribuye a la práctica frecuente de las cesáreas.

Un trabajo de parto puede durar hasta 24 horas. En ese mismo lapso un profesional médico podría programar varias cesáreas. Un nuevo rol de las mujeres, más activas profesionalmente, temerosas del dolor del parto, más resueltas y que han postergado la maternidad, es otro de los factores que influyen en el aumento. En los partos de bajo riesgo, que es la mayoría, en Europa, Sudamérica, Centroamérica y México la atención la presta casi exclusivamente la enfermera matrona o enfermera obstétrica, con

presencia de profesionales médicos de manera interdependiente e independiente, lo que le quita presión al proceso, asegura la continuidad de los cuidados pues los realizan con monitoreo riguroso mediante partograma y con actuación inmediata ante urgencias obstétricas.

Si bien las intervenciones realizadas en el país para reducir las muertes maternas e infantiles han sido múltiples, no han contribuido a su reducción sostenida, pues aún no se han alcanzado las metas programadas. La RMM se mantiene elevada a pesar de que el acceso a servicios brindados por personal especializado es casi universal, pues 99 por ciento de las mujeres recibió atención prenatal con, al menos, cuatro controles y atención del parto por un médico, un ginecobstetra o una enfermera, y 98.5 por ciento de los partos ocurrió en un centro de salud (ENDESA, 2013).

La mayor reducción de la RMM en los últimos cinco años tuvo lugar a partir de 2010, cuando las Estrategias de Cuidados Obstétricos de Emergencia (COEm) comenzaron a replicarse en los hospitales que concentraban el mayor porcentaje de muertes maternas. Contribuyó a esto la implementación de las estrategias del Proyecto Centros de Excelencia Materno Infantil, con financiamiento de la Agencia para el Desarrollo de los Estados Unidos (USAID). Es importante notar, sin embargo, que, aunque hubo un descenso en 2010, cuando se registraron 130 muertes maternas, se contabilizaron 108 muertes maternas en 2013.

Dentro de las áreas de oportunidad, también es necesario señalar que el fortalecimiento de la atención clínica (no solamente la hospitalaria) es fundamental; ello esto requiere dotar a clínicas de la infraestructura básica necesaria, lo mismo que de medicamentos, y destinar recursos a la capacitación de las enfermeras ginecobstetras. Estudios realizados en los últimos 30 años y que han sido recopilados y analizados por la Organización Mundial de la Salud, demuestran que las enfermeras obstetras pueden manejar la mayor parte del cuidado perinatal, lo mismo que las necesidades ginecológicas y de planificación familiar de mujeres de cualquier edad (WHO, 2015).

Finalmente, es necesario mencionar que, frecuentemente, las muertes maternas ocurren tanto en la atención comunitaria como en los hospitales debido a la carencia de medicamentos suficientes e infraestructura para brindar la atención necesaria en casos de riesgo. El hecho de que la mayor parte de las muertes maternas ocurra durante el período posparto indica que existen posibles fuentes infecciosas nosocomiales que pueden ser controladas con una atención en salud que asegure las medidas de bioseguridad, una infraestructura hospitalaria adecuada, medicamento suficiente, capacitación del personal médico y paramédico y, seguimiento de éstos a las puérperas.

La violencia institucional<sup>31</sup> es un factor importante en la ocurrencia de la mortalidad materna en el país, la cual es por causas evitables en un 80 por ciento de los casos, al ser una de las más altas de la región América Latina y el Caribe (ALC) como se ha revisado en este informe. A pesar de los compromisos internacionales y nacionales que la posicionan como una cuestión prioritaria en la agenda del sector salud, la violencia obstétrica no es atendida en la práctica, y persisten deficiencias en la calidad de la prestación de los servicios y de los cuidados.

El Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI), en su Segundo Informe Hemisférico publicado en abril del 2012, expresó su preocupación en relación con la provisión de servicios de salud sexual y salud reproductiva para mujeres víctimas de violencia, incluida la interrupción del embarazo. Este instrumento orienta la acción desde la perspectiva de los derechos humanos e insta a “adoptar disposiciones que penalicen la violencia obs-

<sup>31</sup> La violencia institucional se define como: “Los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia”. (CEDAW, 2010).

tétrica<sup>32</sup>, legalizar la interrupción del embarazo producido por violación o por motivos terapéuticos, sea para salvar la vida de la madre o evitarle un daño grave o permanente a su salud física y mental, e implementar dicho servicio en centros de salud, y establecer protocolos o guías de atención para garantizar el acceso de las mujeres a dicho procedimiento” (Organización de los Estados Americanos OEA, Comisión Interamericana de Mujeres. (2014: 5).

Se requiere conocer cuáles son las condiciones materiales, sociales y culturales que determinan las percepciones que tienen los prestadores de servicios (profesionales y técnicos) acerca de las mujeres en trabajo de parto, así como de la salud y de los derechos reproductivos, la maternidad y el proceso obstétrico. Asimismo, es necesario conocer cómo conciben los médicos y las enfermeras su trabajo en condiciones críticas, particularmente las relacionadas con las urgencias obstétricas, y cómo ello se vincula con su práctica profesional cotidiana.<sup>33</sup>

En la República Dominicana, las mujeres no disponen de servicios para la atención integral en salud ante la ocurrencia de una situación de violencia obstétrica. La violencia obstétrica contra las mujeres no es registrada en los ser-

**32** La violencia obstétrica se define como “la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, que traigan pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres” (Terán, Castellanos, Ramos y Blanco, 2013: 2)

**33** La ciudadanía se refiere a la capacidad de ejercer los derechos que garantiza a cada individuo el orden normativo vigente. En el caso de los prestadores de servicios de salud (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, trabajadoras sociales y otros), los derechos y las condiciones laborales constituyen un punto medular de su práctica. En el caso de las usuarias, la ciudadanía reproductiva es fundamental. La ciudadanía reproductiva se refiere a la capacidad de las mujeres de apropiarse, ejercer y defender sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva. Entre ellos se incluye su capacidad de reclamar una atención médica de calidad por parte de los servicios de salud, especialmente en los casos de embarazos de alto riesgo (Castro y Erviti, 2014: 37-42).

vicios de salud, ni diagnosticada y, por lo tanto, para fines estadísticos, no existe.

Se da entonces una ventana de oportunidad para cuantificar la magnitud del problema de la violencia obstétrica, tipificar el perfil y el entorno que facilita y permite la agresión con la consecuente vulneración de diversos derechos de las mujeres, para poder abordarla, sancionarla, evitarla y prevenirla en las redes proveedoras de servicios de salud del subsector público y privado en el país.

### III.3.3.Mortalidad neonatal

El componente neonatal de la mortalidad infantil no se ha modificado en 20 años, se mantiene en 21 muertes por cada mil nacidos vivos, según estimaciones de ENDESA, 2013. Del total de muertes infantiles, es decir muertes de menores de cinco años, el 80 por ciento ocurre durante los primeros 28 días de vida y el 67 por ciento ocurre durante los primeros siete días de vida, lo que se considera muerte neonatal. (Ministerio de Salud Pública (MSP), 2012).

Al desagregar por causas, la sepsis bacteriana del recién nacido y el síndrome de dificultad respiratoria o asfixia neonatal abarcan el 60 por ciento de las muertes neonatales. Ello indica que las elevadas tasas de la mortalidad en neonatos se relacionan con la inadecuada atención del parto y con la insuficiencia de los cuidados obstétricos y neonatales de emergencia.

La lactancia materna es un factor principal de sobrevivencia durante los primeros días y meses de vida del recién nacido. En 2014, los resultados de la ENHOGAR mostraban que solamente 5 por ciento de los niños recibía lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad (ENHOGAR, 2014), lo que implica un descenso de este indicador con respecto a lo reportado por la ENDESA 2013, cuando se ubicó en 7 por ciento. La lactancia materna y sus propiedades actúan como protector de la salud en recién nacidos e infantes, por lo que esta práctica, más frecuente en los quintiles más pobres y de mujeres

con menor nivel educativo, debe ser reforzada e incluida en los programas de educación en todos los niveles.

La evidencia científica evidencia que la implementación de los cuidados obstétricos de emergencia reduce la morbilidad y mortalidad neonatal

### III.3.4. Retos y necesidades sobre mortalidad materna y neonatal

Considerando los altos indicadores de cobertura de parto institucional y por personal calificado, se recomiendan las siguientes acciones:

1. Fortalecer el monitoreo y seguimiento riguroso de la implementación de todos los componentes de la estrategia COEm, a nivel hospitalario, incluido el seguimiento estricto al trabajo de parto utilizando el partograma (registro del trabajo de parto en su fase activa).
2. Vigilancia de la calidad del cuidado pre y postnatal, de tal manera que se identifiquen oportunamente las posibles complicaciones y se pongan en marcha respuestas oportunas tanto en el nivel clínico y hospitalario, como en el nivel comunitario. En particular, en la zona rural, es importante sensibilizar e informar a las familias y comunidades para obtener respuestas colectivas ante emergencias obstétricas y casos de riesgo.
3. Garantizar el cumplimiento de las normas de bioseguridad y calidad en el proceso de atención del parto y del manejo del neonato tanto en las salas de emergencia, de parto y de parto, así como en las de recuperación y puerperio. Es necesario fortalecer el cumplimiento de los requerimientos sanitarios y médicos establecidos en el país y aceptados internacionalmente.
4. Como en todos los servicios médicos, el monitoreo y supervisión son fundamentales. En este sentido, es importante la fiscalización desde el MSP a toda la red proveedora de servicios públicos de salud y del subsector privado, para hacer cumplir el estándar de cesáreas recomendado por la OMS, de manera que éstas no superen el 15 por ciento del total de partos.
5. Sobre los aspectos preventivos, es importante promover la lactancia materna con campañas de comunicación para la sensibilización y el reconocimiento de esta buena práctica para la salud de la mujer, del neonato y del lactante y del vínculo madre hijo/a.
6. Fortalecimiento del perfil profesional del personal médico y paramédico en lo que se refiere a atención materno-infantil, con objeto de actualizar la formación profesional y las competencias para el manejo del embarazo, parto y puerperio.
7. Actualización del marco legal dominicano incluyendo el Código Penal para que proteja los derechos y la vida de las niñas, adolescentes y mujeres, especialmente de las más pobres.
8. Concentrar los programas de focalización del hogar y a nivel territorial, para mejorar las condiciones de vida de los hogares con mayor concentración de NN, regularmente hogares pobres, en la zona rural y con jefatura de hogar femenina.
9. Ampliar la cobertura de los planes de DIGE-PEP. De manera especial la atención integral a la primera infancia puesto que constituye una de las inversiones públicas con mayores potencialidades en términos de rentabilidad económica y social, así como de equalización social, debido a sus efectos posteriores en diferentes ámbitos como el rendimiento escolar, la participación económica, ciudadana y social.



### III.4. La epidemia de VIH/Sida en la República Dominicana

#### III.4.1. Situación actual

En 2013, en la República Dominicana había 45,540 personas con VIH. De ellas, 23,390 eran mujeres, es decir, 51 por ciento; en 2015 esta proporción descendió a 47 por ciento.

El patrón de transmisión del VIH es por contacto sexual, con predominio heterosexual (76 por ciento) y homo-bisexual (7 por ciento).<sup>34</sup>

La epidemia muestra una tendencia a la estabilidad. Si bien la prevalencia en la población general se estima en 0.7 por ciento para mujeres y 0.9 para hombres, un estudio reciente realizado por la Dirección General para el Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/Sida –DIGECITSS– (Raj et al., 2009), determina que la República Dominicana experimenta una epidemia concentrada. Ello significa que la epidemia afecta de manera especial a algunas poblaciones, las cuales presentan niveles de prevalencia superiores a la población general. La incidencia del VIH y la mortalidad a causa del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) presentan una tendencia hacia la disminución.

El nivel más alto de prevalencia de la epidemia corresponde a las edades de 30 a 39 años en mujeres y de 25 a 29 años en hombres. El análisis de los datos sobre prevalencia de VIH presentados en los últimos años (2002, 2007 y 2013) muestra una tendencia a la estabilidad.

Entre 0 y 14 años la proporción de niños y niñas VIH+ es muy similar; no obstante, en algunos años la proporción de niños VIH+ superó a la de niñas. A partir de los 15 años, la prevalencia de la infección es mayor entre las mujeres. Esto es indicativo del peso que tienen los factores socioculturales, como el matrimonio infantil y las uniones tempranas, en la mayor vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH.

La escolaridad es otro factor relevante en la prevalencia del VIH en la población femenina. Según la ENDESA 2007, la prevalencia de VIH en mujeres sin instrucción escolar era más de cuatro veces superior a la de mujeres con nivel superior de educación formal (ENDESA 2007). Este hallazgo puede estar asociado con la educación sexual de las mujeres, que es deficiente entre las de menor escolaridad, tal como se puso en evidencia en la ENDESA 2013. Dicha encuesta reportó que 69 por ciento de las mujeres sin instrucción conocía el uso del condón como método de prevención del VIH, 16 puntos porcentuales por debajo del promedio de mujeres con estudios universitarios.

Los datos y las proyecciones sobre el comportamiento del VIH/Sida en el país, desagregados por sexo (2010-2017) y reportados en el 2014, muestran que la incidencia será ligeramente mayor en hombres que en mujeres. Este cambio en la tendencia de proporcionalidad hombre-mujer en nuevas infecciones, rompe con las tendencias hasta ahora comprobadas y proyectadas -incluidas las realizadas en el año 2013- que identificaban una feminización de la epidemia, situación que llama la atención y que podría estar vinculada, entre otros factores, al cambio en la metodología de medición, debido a que estos datos responden a la aplicación de mediciones de una epidemia concentrada y hasta ahora la metodología implementada correspondía a la calificación de epidemia generalizada.

#### III.4.2. Retos y necesidades sobre VIH/Sida

Los países se han comprometido con ponerle fin a la epidemia del VIH para el 2030. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) plantea una acción acelerada para lograr las metas paulatinamente, hasta alcanzar que el 90 por ciento de las personas que vive con VIH conozca su estatus serológico; 90 por ciento de las personas con VIH reciba terapia antirretroviral y de esas, 90 por ciento tengan carga viral indetectable, la llamada estrategia 90-90-90, con la que la República Dominicana como país miembro de las Naciones Unidas se ha comprometido para

<sup>34</sup> De acuerdo con los casos notificados por el formulario SIS-03, desde 1983 a 2012.

el 2020, así como eliminar nuevas infecciones y la discriminación relacionada con el VIH.

Para esto será necesario una ampliación y mejora de la calidad de los servicios, que logre la identificación, captación y atención oportuna, como también la adherencia de los pacientes a sus tratamientos, incluidas las embarazadas, para prevenir nuevas infecciones en niños.

La transmisión de VIH de madre a hijo sigue siendo un desafío importante, dado el compromiso del país con su eliminación, menos de 2 por ciento para el 2010.

Como en todos los países, la epidemia de VIH/Sida en la República Dominicana enfrenta diversos retos en cada una de las poblaciones afectadas y las necesidades de acción que son, por lo tanto, igualmente variadas, figuran a continuación:

1. Garantizar el acceso universal a servicios de salud preventivos, curativos y de rehabilitación a personas con VIH y sida, mediante la universalización del Seguro Familiar de Salud del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS).
2. Generar información permanente y sistemáticamente con datos confiables desagregados por sexo, territorio y situación socioeconómica que den cuenta de las diferencias que afectan a hombres y mujeres según condiciones de vida y zona de residencia y que requieren por tanto intervenciones también diferenciadas.
3. La planificación familiar disminuye el riesgo de que las mujeres infectadas por el VIH se embaracen sin desearlo, lo que da como resultado una disminución del número de recién nacidos seropositivos y que pueden quedar en situación de orfandad. Además, los condones masculinos y femeninos brindan una protección doble: contra el embarazo no deseado y contra las infecciones de transmisión sexual, en especial la causada por el VIH.
4. Como se ha mencionado, los grupos poblacionales con mayor prevalencia de VIH no coinciden en su totalidad con las poblaciones que aportan la mayor proporción de nuevas infecciones, situación que se explica

por el tamaño de las poblaciones con mayor incidencia. Es importante señalar que el 32 por ciento de las nuevas infecciones ocurren en heterosexuales que practican sexo de bajo riesgo (definido como personas que solo tuvieron relaciones sexuales con una sola pareja durante el último año).

5. Aunque no se tienen estudios que expliquen las razones de este fenómeno, expertos/as en la materia han sugerido algunas hipótesis, entre ellas que en este grupo se encuentran mujeres con pocas alternativas para exigir protección como el uso de condón con su pareja fija (mujeres en matrimonio infantil), o que pueden ser mujeres cuya pareja tiene prácticas bisexuales o con trabajadoras del sexo.
6. Mujeres en el rango de edad entre 40 y 49 años reportan un reducido porcentaje de uso de condón durante la última relación de alto riesgo, apenas 5.1 por ciento, muy por debajo de lo mostrado en los otros rangos de edad y de lo reportado por los hombres. Este dato sugiere que en las mujeres la principal motivación para el uso del preservativo es la anticoncepción y no la protección de ITS, incluido el VIH.
7. Esto reafirma la necesidad de educar a la población general y a las poblaciones vulnerables, de manera especial a las mujeres, para aprender a negociar el uso protector del preservativo masculino y femenino. Ciertamente esta es una información que amerita profundizar en su estudio y análisis, pues ello puede significar un valioso aporte de cara a mayor asertividad de las intervenciones de la respuesta nacional.

La necesidad más básica para contener y mitigar la epidemia de VIH en la República Dominicana es la prevención, como se muestra a continuación:

1. A la fecha, las intervenciones se han focalizado en la zona urbana con un enfoque hacia la población general, se han ejecutado limitadas acciones hacia los grupos más vulnerables.
2. Las mujeres víctimas de violencia y mujeres sin formación escolar no integran las poblaciones claves y en consecuencia tampoco han sido receptoras de intervenciones de preven-



ción específicas y adaptadas a sus necesidades y posibilidades.

3. Las intervenciones del Estado para prevención en poblaciones claves son limitadas, y resulta insuficiente la inversión en insumos (condones masculinos y femeninos, lubricantes, materiales educativos).
4. Los esfuerzos en materia de prevención para estos grupos los ofrece la sociedad civil; sin embargo, las OSC cuentan con escasos fondos del presupuesto nacional para sus actividades, que son financiadas en su gran mayoría por la cooperación internacional, que en un alto porcentaje ya ha dejado de apoyar con presupuesto a los países de ingresos medios.
5. Aunque la Estrategia Nacional de Condones se basa en la promoción del uso correcto y consistente del preservativo y la facilitación del acceso a este, no se están distribuyendo condones femeninos de manera generalizada en los servicios públicos., Por otro lado, no hay estudios suficientes que permitan calcular el nivel de aceptación que puede tener método en el grupo de mujeres, especialmente aquellas en situación de mayor vulnerabilidad (menor nivel educativo, migrantes y trabajadoras sexuales).
6. El trabajo de prevención con los usuarios de drogas se ve limitado, debido a que en el país no existe un marco regulatorio que contemple el uso de drogas como un problema de salud pública.
7. El Programa de Educación Afectivo Sexual (PEAS) ha sido la herramienta a través de la cual el Ministerio de Educación busca incorporar la educación integral en sexualidad en la educación básica y media del sector público. La cobertura de este programa está todavía muy por debajo de los requerimientos de la población titular de derechos NNA (aproximadamente un 30 por ciento a 32 por ciento).
8. El enfoque de género es débilmente abordado, con escasa asignación financiera a intervenciones para superar las vulnerabilidades específicas que afectan a las mujeres

por su condición de género. En ese orden, el hecho de que hasta el 2015 los Planes Estratégicos del VIH no incluyeran intervenciones para enfrentar el vínculo entre VBG y VIH, a las mujeres sin formación escolar, o a las mujeres de los bateyes (todas subpoblaciones de alta prevalencia de VIH), representa una expresión de dichos vacíos, los cuales se traducen en menores posibilidades de las mujeres para hacer frente a la epidemia. En el PEN 2015-2018 estas poblaciones han sido incorporadas por primera vez, resultado del trabajo de abogacía realizado por las representantes de organizaciones de la sociedad civil y agencias de cooperación internacional.

## IV. JUVENTUD Y DESARROLLO

### IV.1. La población de jóvenes en la República Dominicana

A partir de los años 80 del pasado siglo, la proporción de NNA empieza a reducirse de manera importante, en particular la de menores de 5 años, que en ese momento representaba aproximadamente el 14 por ciento de la población (véase cuadro IV.1). Debido a los cambios en la fecundidad, la mortalidad y la migración que se describie-

ron en el capítulo II, la proporción de adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años, que en 1950 era del 20 por ciento de la población, se mantuvo estable durante la segunda mitad del siglo XX y la primera década del XXI. Sin embargo, de acuerdo con las proyecciones oficiales, se espera que para el año 2050, la proporción de jóvenes en el mismo rango de edad represente 16.2 por ciento de la población total (Isa, Vargas y Santelises, 2013).

**CUADRO IV.1.**  
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN POR AÑO DEL CENSO,  
SEGÚN GRUPOS DE EDADES, 1935-2010

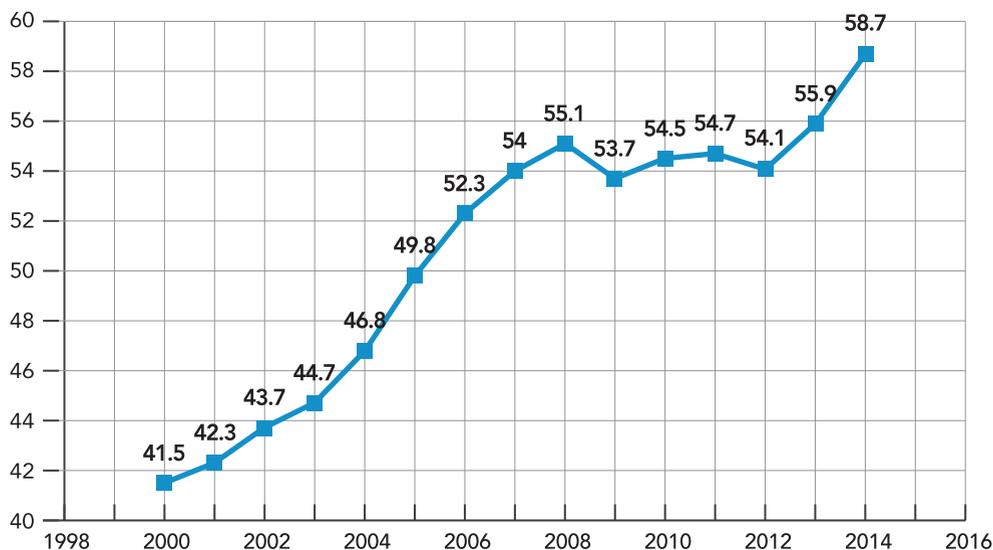
GRUPOS DE EDADES	PORCENTAJE							
	1935	1950	1960	1970	1981	1993	2002	2010
<b>Total</b>	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
<b>0-4</b>	16.6	17.6	18.4	16.9	13.9	13.0	11.4	9.5
<b>5-9</b>	16.5	13.9	16.0	16.4	13.3	11.5	11.4	9.9
<b>10-14</b>	13.3	13.0	12.9	14.3	13.1	11.5	11.2	10.3
<b>15-19</b>	10.3	10.6	9.4	11.2	12.4	10.7	9.8	10.4
<b>20-24</b>	9.0	10.0	8.4	8.2	9.9	10.6	9.2	9.3
<b>25-29</b>	7.9	7.3	7.0	6.1	7.7	8.9	8.0	8.1
<b>30-34</b>	5.8	5.6	6.1	5.2	6.1	7.4	7.5	7.5
<b>35-39</b>	5.4	5.4	5.0	5.2	4.9	5.8	6.9	6.7
<b>40-44</b>	4.1	4.3	4.1	4.3	4.2	4.7	5.6	6.1
<b>45-49</b>	2.9	3.1	3.2	3.0	3.4	3.6	4.4	5.3
<b>50-54</b>	2.4	2.8	2.9	2.7	3.2	3.2	3.9	4.3
<b>55-59</b>	1.3	1.7	1.7	1.6	2.1	2.3	2.7	3.4
<b>60-64</b>	1.7	1.8	2.0	1.8	1.9	2.3	2.4	2.8
<b>65-69</b>	0.8	0.9	0.9	1.0	1.3	1.5	1.8	2.0
<b>70-74</b>	0.8	0.8	0.9	1.0	1.0	1.2	1.6	1.7
<b>75 y más</b>	1.1	1.2	1.2	1.2	1.4	1.8	2.2	2.6

FUENTE: Oficina Nacional de Estadística (2015). Estimaciones y proyecciones de la población total. Volumen I. República Dominicana: Oficina Nacional de Estadística (ONE).



**GRÁFICO IV.1.**

**REPÚBLICA DOMINICANA: TASA NETA DE MATRICULACIÓN EN EDUCACIÓN MEDIA EN LA POBLACIÓN DE 14-17 AÑOS, 2000-2014**



FUENTE: Calculado por el Sistema de Indicadores Sociales de República Dominicana (SISDOM, 2015) a partir de las estadísticas institucionales del Ministerio de Educación. Departamento de Estadísticas Educativas, disponible en: <http://economia.gob.do/mepyd/despacho/unidad-asesora-de-analisis-economico-y-social/sisdom/>

## IV.2. Educación y trabajo

Como se puede observar en el gráfico IV.1, en el año lectivo 2012-2013, la cobertura de educación media fue 54 por ciento; ello significa que 416,000 adolescentes de entre 14 y 17 años estaban matriculados en las escuelas y colegios, mientras 353,000 estaban fuera del sistema educativo. En el año 2000, la matrícula escolar era de 41 por ciento y en la actualidad alcanza aproximadamente 60 por ciento de la población en este rango de edad (CONANI, 2013).

A pesar de los avances logrados durante siglo XXI, de acuerdo con estos resultados podría ser difícil alcanzar las metas propuestas en el marco del Plan Decenal de Educación 2008-2018. Además, la END también contiene metas de cobertura educativa para 2020 que consisten en alcanzar 64.3 por ciento para el nivel inicial; 97 por ciento en el básico; y 66.3 por ciento en el medio.

La tasa neta de matriculación en educación superior entre jóvenes de 18 a 24 años se incrementó en cinco puntos porcentuales desde el año 2000, hasta llegar al 24.2 por ciento en 2014. Como se

puede observar en el Gráfico IV.2, la proporción de mujeres de 18 a 24 años que está matriculada en educación superior es mayor que la de los hombres. Esta brecha se ha incrementado durante la primera década del siglo XXI.

En el año 2000, la diferencia en la matrícula era de 6.1 puntos porcentuales a favor de las mujeres, mientras que en 2014 esta brecha se amplió más de dos veces, hasta 12.9 por ciento. A pesar de que una mayor proporción de mujeres tiene educación superior, en comparación con los hombres, esto no necesariamente se refleja en mejores oportunidades laborales o de ingresos. Esto indica que es necesario estudiar y eliminar las barreras que impiden que las mujeres tengan acceso a mejores oportunidades.

Sobre la relación educación-trabajo, es importante recordar que, para los adolescentes y jóvenes, la educación y la vida laboral son parte de una misma trayectoria. Por tal razón, la acumulación de activos para lograr un buen desempeño en el mercado laboral es un proceso anterior a la incorporación al mundo del trabajo.

**GRÁFICO IV.2.**  
**REPÚBLICA DOMINICANA: TASA NETA DE MATRICULACIÓN DE LA POBLACIÓN DE 18 A 24 AÑOS EN LA EDUCACIÓN SUPERIOR, SEGÚN AÑO, 2000-2014**



FUENTE: Calculado por el Sistema de Indicadores Sociales de República Dominicana (SISDOM, 2015) a partir de las estadísticas institucionales del Ministerio de Educación. Departamento de Estadísticas Educativas, disponible en: <http://economia.gob.do/mepyd/despacho/unidad-asesora-de-analisis-economico-y-social/sisdom/>

La juventud es una etapa durante la cual se desarrollan competencias y habilidades que constituyen el capital humano<sup>35</sup> con el que cuentan las personas para lograr una inserción social y económica competitiva. Por lo tanto, la inversión en capital humano debe comenzar en edades muy tempranas y aplicar una vigilancia exhaustiva a las trayectorias educacionales.

A medida que aumenta la edad, también crece la proporción de NNA que trabajan (véase gráfico IV.3). En gran parte, esto responde al aumento de la productividad con la edad, de tal forma que el costo de oportunidad de mantener a los adolescentes en la escuela compite con el mercado de trabajo, especialmente en los hogares de menores ingresos.

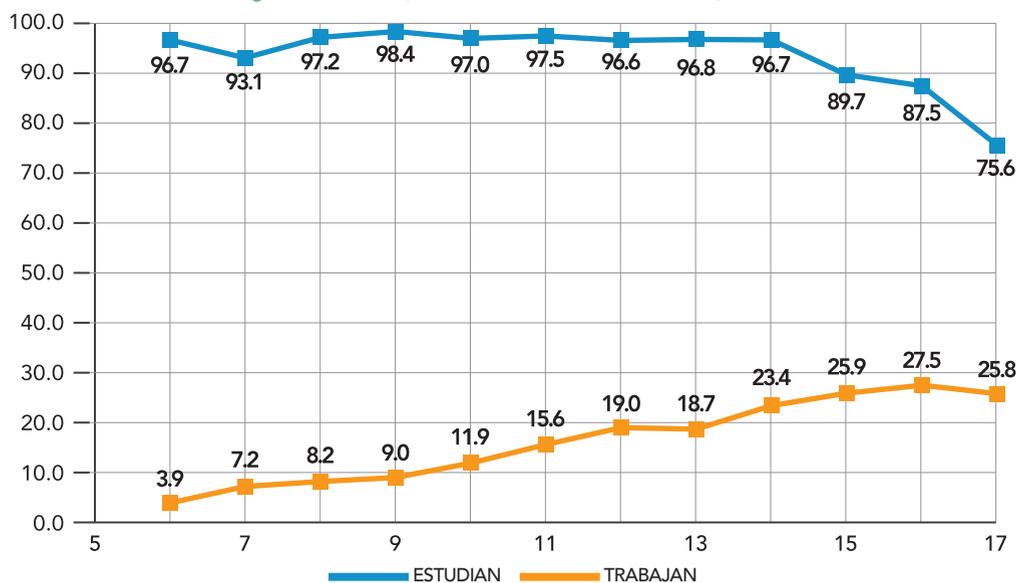
<sup>35</sup> El capital humano es el conjunto de habilidades, capacidades y conocimientos inherentes a los trabajadores adquirido por medio del estudio, la formación y la experiencia. Mincer (1974), Thurow (1978), Becker (1962), entre otros.

En promedio, es mayor la proporción de varones de entre 6 y 17 años que trabajan que la de niñas y adolescentes mujeres (17 *versus* 7 por ciento). Es decir, los de sexo masculino son más propensos a trabajar y menos propensos a mantenerse estudiando<sup>36</sup>. Investigaciones recientes (Vargas 2009; Guzmán y Cruz 2009) muestran que estas diferencias podrían deberse a factores económicos y sociales relacionados con las expectativas laborales y de ingresos, tanto de hombres como mujeres.

En términos territoriales, en la zona rural la proporción de NNA de 6-13 años que trabaja es mayor que en la urbana (16 y 9 por ciento, respectivamente). Sin embargo, dada la mayor concentración de población en la zona urbana, las cifras absolutas son mayores en estas áreas.

<sup>36</sup> El trabajo en la población de NNA se refiere a la actividad laboral que es física, mental, social o moralmente perjudicial o dañina para el niño e interfiere en su escolarización, al privarle de la oportunidad de ir a la escuela, obligarle a abandonar prematuramente las aulas o exigir que intente combinar la asistencia a la escuela con largas jornadas de trabajo pesado.

**GRÁFICO IV.3.**  
**REPÚBLICA DOMINICANA: PORCENTAJE DE NNA DE 6-17 AÑOS QUE TRABAJAN Y PORCENTAJE QUE ESTUDIA, SEGÚN EDADES SIMPLES, 2014**



FUENTE: UNICEF, 2014.

### IV.3. Los y las jóvenes que ni trabajan ni estudian (NINI)

La magnitud del "fenómeno NINI"<sup>37</sup> ha despertado el interés de organismos nacionales e internacionales, hasta llegar a considerarse como parte integral en el objetivo 8 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS): "Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos" (Véase Jara y Sório, 2013)

Asimismo, entre las metas de este ODS se encuentran:

1. Para 2020, reducir sustancialmente la proporción de jóvenes que no están empleados y no cursan estudios ni reciben capacitación
2. Para 2030, lograr el empleo pleno y productivo y garantizar un trabajo decente para todos los hombres y mujeres, incluidos los jóvenes

**37** El uso del concepto "NINI" es relativamente nuevo en la región latinoamericana. Surge en el Reino Unido a finales de 1980 como término alternativo para denominar así a las personas jóvenes que no estudian ni trabajan.

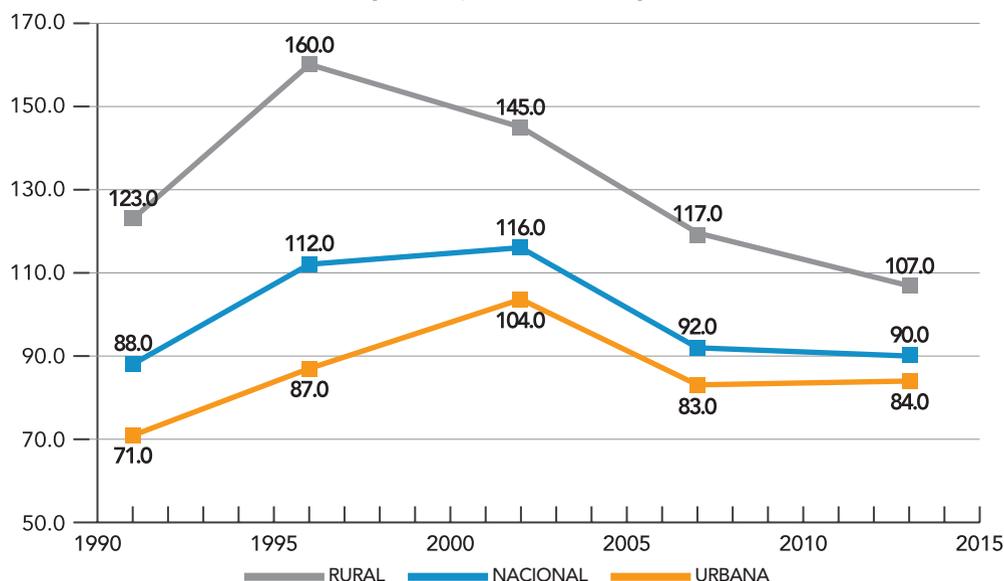
y las personas con discapacidad, y la igualdad de remuneración por trabajo de igual valor.

La tasa de desempleo de jóvenes de 15 a 24 años en ambos sexos es uno de los indicadores adicionales para medir el avance de la región de ALC en esta meta. Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), más del 60 por ciento de los jóvenes de ALC apenas alcanza la secundaria, incluidos aquellos que ya la han completado o la están cursando a edad tardía (Tong, 2010).

El desempleo juvenil es más del doble del desempleo en adultos, y dentro del grupo de los y las NINI, se ha identificado que las mujeres son mayoría. En la República Dominicana se observa una situación similar pues la tasa de desempleo más alta se encuentra entre los adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años, y son las mujeres más afectadas que los varones.

Desde el año 2000, el porcentaje de NINI se ha mantenido prácticamente sin variaciones en alrededor de 20 por ciento.

**GRÁFICO IV.4.**  
**REPÚBLICA DOMINICANA: TASA DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE, 1991-2013**  
**(CADA 1,000 MUJERES)**



FUENTE: Cálculos propios basados en ENDESA 2013 (CESDEM-MSP, 2014)

La Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo (ENFT) permite conocer las principales razones por las cuales existen jóvenes que ni estudian ni trabajan. Según la ENFT 2014, alrededor de un tercio de los y las NINI reveló que esperaba el inicio del próximo ciclo educativo. Esta cifra disminuyó a 22 por ciento en 2015. De acuerdo con la ENFT 2008-2015, los motivos principales para no asistir a la escuela, entre las personas desocupadas, eran estar a la espera el inicio del nuevo periodo escolar, razones familiares y no gustarle estudiar, cada uno con 22 por ciento.

#### IV.4. La primera unión de la población adolescente<sup>38</sup> y joven

Según datos de la ENHOGAR 2014, la tasa de fecundidad adolescente (15-19 años) en la República Dominicana es de 89 nacimientos anuales por cada 1,000 mujeres (ENHOGAR, 2014), una de las más altas entre los países de la región, aunque mantiene una tendencia sostenida hacia la reducción. Como se observa en el Gráfico IV.4, persisten tasas más elevadas en la zona rural (84

**38** La Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ), junto con entidades nacionales como los ministerios, institutos, entre otros, usan criterios etarios para identificar la adolescencia. El punto es que, a diferencia de la categoría o grupo poblacional "niños", que cuenta con una definición etaria internacional en la Convención sobre los Derechos del Niño (menores de 18 años), y de la categoría "jóvenes", que también posee definiciones oficiales de las Naciones Unidas (población de 15 a 24 años), aunque sin una convención o tratado global de respaldo, el grupo de adolescentes carece de instrumento formal alguno y su situación de invisibilidad es mucho mayor que el de los jóvenes, por cuanto estos últimos suelen disponer de organismos representativos a escala nacional. Adicionalmente, con seguridad la definición etaria de la adolescencia se superpondrá parcialmente con la de "niño/a" y de "joven" (Rodríguez, 2014).



en zona urbana y 107 en zona rural)<sup>39</sup>, donde vive la población más pobre y con menor Índice de Desarrollo Humano.

Es más probable que la maternidad adolescente ocurra entre los más pobres, a edades alrededor de los 17 años, y es más probable que sus efectos sean negativos y de mayor impacto en este grupo, debido a que estas jóvenes cuentan con menos recursos para lidiar con el nuevo reto y recuperarse de sus efectos. La maternidad temprana también puede conllevar efectos intergeneracionales importantes y/o consecuencias negativas para los otros miembros del hogar.

La edad de la primera unión constituye el determinante más importante de la exposición al riesgo del embarazo y tiene, por lo tanto, un efecto importante sobre la fecundidad (Bajracharya y Sajeda, 2010; Raj *et al.*, 2009). De acuerdo con la encuesta ENHOGAR 2014, el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que se casó o estuvo en unión por primera vez antes de los 15 años, era de 11.7 por ciento. Las mujeres de 15 a 19 años que estaban casadas o en unión en 2013 representaban un 20.5 por ciento del total de mujeres en el mismo rango de edad. Estas cifras colocan a la República Dominicana entre los primeros lugares en la región.<sup>40</sup>

Esta proporción de matrimonios precoces es de 2 por ciento para las que viven en la zona urbana y de 34 para las residentes en la rural. Entre las mujeres que no alcanzaron ningún nivel de instrucción, 63 por ciento se unió por primera vez antes de los 15, frente a 10.9 por ciento entre las que lograron asistir al nivel superior. Lo mismo ocurre en referencia al nivel de ingresos, debido a que en la medida en que éste se incrementa, se reduce la proporción de matrimonios precoces.

<sup>39</sup> Cuadro 5.1 Fecundidad actual. Cabe destacar que solo se mide en el grupo de 15 a 19 años, y queda invisibilizado el grupo de adolescentes de 10 a 14 años. ENDESA 2013.

<sup>40</sup> Cuba registra 40 por ciento de unión antes de los 18 años; Brasil, 36 por ciento y Honduras, 34 por ciento (UNICEF, 2014).

Según ENHOGAR 2014, en la República Dominicana, como en la mayoría de los países, el matrimonio infantil o uniones tempranas afecta principalmente a las niñas, y es habitual que sus parejas sean hombres de mayor edad. Entre las mujeres de 15 a 19 actualmente unidas o casadas, 23 por ciento tiene un marido que la supera en 10 años o más; entre las mujeres de 20 a 24 años esta proporción es 24. Esta situación favorece el embarazo en adolescentes, pues como ya se ha mencionado en este informe, cuentan con menos herramientas para la prevención del embarazo y la negociación de prácticas sexuales seguras con sus parejas (Paiewonsky, 2015).

En 2015 la comunidad internacional incluyó la eliminación del matrimonio infantil como meta 5.3 del objetivo 5 de los ODS, con el fin de propiciar la igualdad de género y de empoderar a las mujeres y niñas. Esta meta permite guiar las políticas públicas sectoriales para que, a través de alianzas entre gobierno y ONGs, se limite esta práctica que afecta la autonomía y empoderamiento de las niñas, adolescentes y jóvenes.

## IV.5. Embarazo adolescente

### IV.5.1. Situación actual

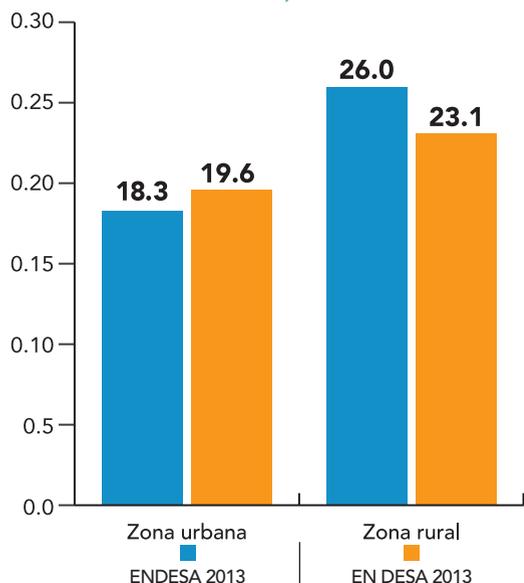
La incidencia del embarazo adolescente es más elevada en la zona rural, si bien la brecha en relación con la zona urbana se ha venido acortando durante la segunda década del presente siglo (véase gráfico IV.5).

De acuerdo con datos preliminares recogidos por la Dirección de Información y Estadísticas del MSP (UNFPA, 2016), en 2016, un total de 34,687 partos, cesáreas y abortos en el país correspondió a niñas y adolescentes de entre 10 y 19 años, es decir, 26 por ciento del total de eventos obstétricos.

Según análisis de las encuestas de salud de 2007 y 2013, el riesgo de una adolescente de quedar embarazada es seis veces superior en las mujeres de educación primaria respecto a las que reportan educación superior y cuatro veces superior cuando se relacionan las mujeres del quintil más pobre

con las del quintil más rico. Existe una correlación importante entre la incidencia del embarazo en adolescentes y el nivel de ingresos. Entre las adolescentes de las familias del quintil más pobre, 35 por ciento se había embarazado o ya era madre entre los 15 y los 19 años, en comparación con el 8.6 por ciento en el quintil más rico. Por otra parte, la mitad de las adolescentes que se había embarazado sólo había alcanzado algún grado del nivel de educación básica. Los porcentajes se reducen drásticamente a medida que aumenta el nivel de instrucción, que a ser un de 8.6 por ciento en el caso de las adolescentes con educación superior (CESDEM-MSP, 2014).

**GRÁFICO IV.5.**  
**REPÚBLICA DOMINICANA: PORCENTAJE DE MUJERES ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS ALGUNA VEZ EMBARAZADAS, SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA, 2007 Y 2013**



FUENTE: Encuesta Nacional de Salud (ENDESA) 2007; Encuesta Nacional de Salud (ENDESA) 2013. (CESDEM-MSP, 2008 y CESDEM-MSP, 2014)

El embarazo adolescente afecta fuertemente los proyectos de desarrollo y de vida de niñas, adolescentes y jóvenes, como también incrementa los riesgos de padecer problemas de salud. Es la principal razón para no asistir a la escuela entre las adolescentes.

Entre los determinantes del embarazo adolescente figura la pobreza, la falta de acceso a los servicios de SSR, incluidos los MAC, la deficiente educación sexual integral y los matrimonios o uniones precoces.

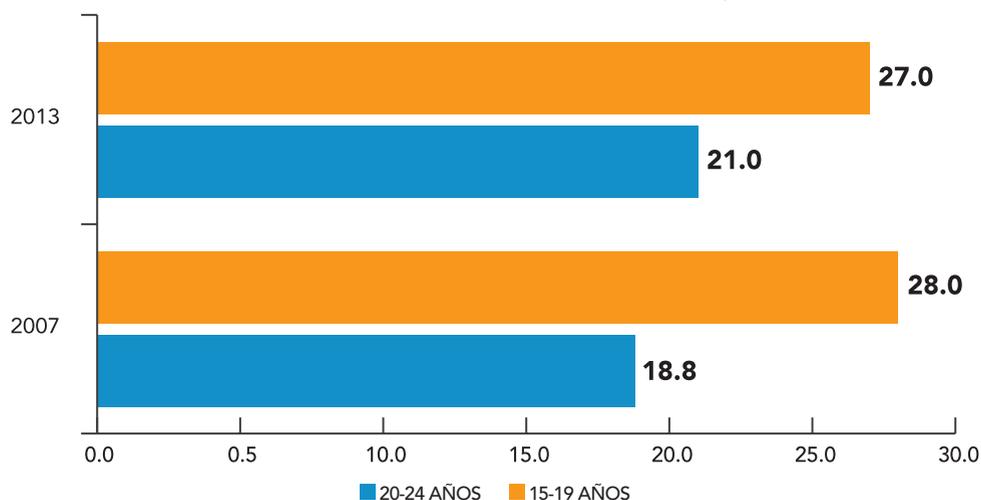
El mayor porcentaje de madres adolescentes embarazadas con el primer hijo o hija corresponde a la edad de 17 años, que coincide con la edad esperada de egreso educativo a nivel de secundario. Esto abre una ventana de oportunidades con respecto a la relevancia y pertinencia de entrega de contenidos de educación sexual integral para la toma de decisiones, según ciclo de vida, en los programas curriculares de enseñanza formal del Ministerio de Educación (MINERD), así como para incrementar y mejorar la calidad educativa de las jornadas extendidas. El costo de oportunidad de la maternidad es mayor para mujeres más educadas, mientras que una mala calidad de educación podría conducir a las adolescentes a creer que ésta no puede ayudar a cambiar su futuro, y ajustar consecuentemente sus aspiraciones y expectativas hacia objetivos a corto plazo (Banco Mundial, 2012).

La maternidad temprana tiene implicaciones no sólo en la salud de las mujeres de manera particular, sino también a nivel familiar, comunitario y en el sistema de salud, pues incrementa la deserción escolar (aun cuando las adolescentes tienden a regresar a la escuela para concluir sus estudios), repercute en un mayor número de hijos, aumenta el desempleo y contribuye a perpetuar el ciclo de la pobreza y la "feminización de la miseria", lo que constituye un problema de salud pública.

El costo estimado de la atención del embarazo y la maternidad en adolescentes, para un año, representa 33 veces la inversión estimada del Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes. Estos datos demuestran que la prevención es más costo-efectiva, además, que promueve la inclusión social y disminuye la mortalidad y morbilidad asociada a los embarazos en adolescentes (Lizardo, et al, 2013).

Apenas 68 por ciento de las mujeres de entre 15 y 49 años actualmente casadas o en unión usan

**GRÁFICO IV.6.**  
**REPÚBLICA DOMINICANA: DEMANDA INSATISFECHA DE MÉTODOS E INSUMOS**  
**ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES Y JÓVENES, 2007 Y 2013**



FUENTE: Encuesta Nacional de Salud (ENDESA) 2007; Encuesta Nacional de Salud (ENDESA) 2013. (CESDEM-MSP, 2008 y CESDEM-MSP, 2014)

(o sus parejas usan) algún método anticonceptivo moderno.

La planificación de la fecundidad en las adolescentes en la República Dominicana muestra el incremento en el porcentaje que reporta que hubiesen querido un hijo más tarde, así como el descenso de las que deseaban tenerlo al momento de quedar embarazadas. No obstante, entre aquellas que alguna vez han estado embarazadas (1991-2012), la tendencia es a no utilizar anticonceptivos, su empleo disminuye con el paso del tiempo, tanto en adolescentes como en no adolescentes.

Análisis de investigaciones apoyadas por UNFPA, señalan que las adolescentes que son madres son más proclives a no utilizar MAC que las que no lo son, por lo que es necesario trabajar de manera especial con las embarazadas adolescentes para evitar el segundo nacimiento, post evento obstétrico. Así mismo son más propensas a notificar que no estarían seguras de utilizarlos (Pérez Then y Nelson, 2015).

Otro hallazgo importante de estos estudios es la asociación entre la unión de adolescen-

tes antes de los 15 años y la probabilidad de quedar embarazada, a diferencia de la posibilidad de salir embarazada como resultado de una relación sexual. El matrimonio o uniones tempranas, más que la relación sexual, están asociados con la mayor posibilidad de que las adolescentes sean madres antes de cumplir los 15 años, por lo que es probable que quienes quedan embarazadas no sean las de mayor actividad sexual, sino aquellas con menos herramientas para la prevención del embarazo y la negociación de prácticas sexuales seguras con sus parejas, como es el caso de las uniones tempranas y matrimonios infantiles.

El país ocupa el primer lugar en matrimonios tempranos en la región, con 12 por ciento de las mujeres de 20 a 24 años casadas o unidas antes de los 15 años y 36 por ciento antes de los 18 años, con proporciones mucho más altas en el quintil más pobre, donde el 51.7 por ciento entre 15-19 años reportó estar o haber estado unida o casada. En uno de cada cuatro casos, los esposos o compañeros son, por lo menos, 10 años mayores. El país carece de suficientes investigaciones que permitan

caracterizar normas y percepciones culturales sobre la violencia contra las mujeres y las niñas y el matrimonio precoz.

En 2016, en comparación con el presupuesto en servicios de salud colectiva (incluida la planificación familiar) con recursos internos (1,235.8 millones de pesos), el gasto total directo estimado en la atención al embarazo y la maternidad de adolescentes fue 1.7 veces mayor. El gasto total directo estimado en los hospitales públicos para la atención del embarazo y la maternidad en adolescentes, correspondió a 96 por ciento del nivel presupuestado en todos los servicios de salud colectiva del MSP. Comparado con los recursos presupuestados para el programa nacional de promoción y control materno infantil, el gasto total en atención al embarazo y maternidad en adolescentes fue 21 veces mayor, mientras que el gasto total en hospitales públicos fue 12 veces mayor. Para el año 2013, el gasto total directo estimado en los servicios de atención al embarazo y la maternidad de adolescentes representó 5 por ciento del gasto público total en salud presupuestado en el país (Lizardo et. al, 2013).

República Dominicana, a través del Ministerio de Salud Pública, ha instrumentado políticas en salud orientadas a asegurar que todas las mujeres en edad reproductiva tengan acceso a uso de métodos modernos anticonceptivos y, de manera especial, la población adolescente. Sin embargo, el embarazo adolescente no solamente depende de la oferta de métodos anticonceptivos. Existen otros factores, como la pobreza y la falta de oportunidades para jóvenes, que están asociados con el embarazo temprano.

Las estrategias actuales han omitido el rol que pueden cumplir los niños, jóvenes, adultos y adultos mayores hombres para abordar y prevenir el embarazo adolescente, un tema pendiente en el ámbito de políticas públicas inclusivas en la República Dominicana. Aun cuando se desarrollan estrategias para la prevención del embarazo en adolescentes, es importante abordar esta problemática con planes de acción que incidan sobre las causas subyacen-

tes y estructurales, pues la evidencia muestra que *"ser pobre en una sociedad desigual limita la probabilidad percibida de éxito económico en el futuro de las adolescentes, a favor de la satisfacción a corto plazo que significa el quedar embarazada"* (Kearney y Levine, 2011: 3-4).

#### IV.6. Vínculo entre SSR, embarazo en adolescentes y reducción de la pobreza

Como se ha señalado en secciones previas (Sección II.2 Planificación familiar y métodos anticonceptivos y Sección IV.5 Embarazo adolescente), los embarazos en adolescentes constituyen un grave problema social y afectan el desarrollo de las madres y de sus hijas e hijas. Es un evento derivado frecuentemente de la falta de acceso o la ausencia de servicios de salud sexual y salud reproductiva para la población femenina comprendida entre los 10 y 19 años.

Existe una correlación significativa entre la incidencia del embarazo en adolescentes y el nivel de ingreso. Un 35 por ciento de las adolescentes de 15 a 19 años de las familias del quintil más pobre se habían embarazado o ya eran madres, en comparación con 9 por ciento en el quintil más rico.

El abordaje de la reducción de los embarazos en adolescentes debe ser de alta prioridad en la política pública. El Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes que ha incorporado intervenciones que mantengan a las adolescentes en la escuela, por ejemplo, se encuentra en fase de revisión y evaluación para ser relanzado.

Es necesario incluir políticas públicas orientadas a acompañar a las adolescentes que quedan embarazadas, con estrategias de prevención de un nuevo embarazo en la adolescencia y con incentivos para reinsertarse en el sistema educativo y transferencias condicionadas vinculadas al acceso a estancias infantiles en los territorios donde estén funcionando.



Los programas de SSR no deben considerarse sustitutivos de ningún otro tipo de política encaminada a estimular el crecimiento económico y el desarrollo humano en sentido general; en cambio, es preciso considerar que la planificación de la familia es un componente de estrategias más amplias de inversión en el capital humano, particularmente en las mujeres.

Uno de los objetivos fundamentales, aunque no el único, es asegurar a las parejas, hombres y mujeres, que puedan alcanzar las oportunidades para ejercer en plenitud su derecho a tener hijos e hijas por elección y a vivir una salud sexual plena.

Para avanzar en la consecución de las metas de desarrollo, es necesario asegurar la disponibilidad de insumos anticonceptivos, para la población en general, pero en particular para las y los adolescentes con vida sexual activa.

### IV.7. Educación Sexual Integral (ESI)

En la actualidad, el acceso de NNA a una adecuada preparación para la vida sexual está limitado por las condiciones desiguales en que crecen y se desarrollan. Este hecho les hace potencialmente vulnerables frente a la coerción, el abuso, la explotación, el embarazo no planificado y las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH. Sin embargo, el derecho a la ESI es parte de los derechos protegidos por diferentes acuerdos de DDHH y documentos de Naciones Unidas (NNUU, 2014), como la Convención sobre los Derechos del Niño, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Declaración Ministerial "Prevenir con Educación", firmada en la Ciudad de México en agosto de 2008, pactos y convenios que han sido refrendados por la República Dominicana (Camacho, 2014). Aun cuando no sean vinculantes las declaraciones de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) también señalan la ESI como parte de los derechos protegidos.

La ESI se refiere a una parte importante del proceso de enseñanza-aprendizaje en el período escolar que promueve competencias para la toma de decisiones conscientes y críticas en relación con el cuidado del propio cuerpo, las relaciones interpersonales y el ejercicio de la sexualidad, según las diferentes etapas de desarrollo de los y las estudiantes, en un trabajo articulado con las familias y la comunidad (MINERD-PAPSE, 2015). En la región solo Argentina y Colombia tienen una ley específica para la ESI. El marco jurídico normativo general en la República Dominicana no cuenta con una ley específica en educación sexual.

Aun cuando la ESI se encuentra consignada en diferentes instrumentos legales y es una política pública desde el MINERD a ser implementada en todos los niveles del sistema educativo y formación docente, una evaluación a nivel regional, que incluyó las características de los programas de ESI propiamente dichos, o de programas vinculados a la temática, y de acuerdo con indicadores de monitoreo y evaluación, concluyó que su cobertura es muy limitada a algunos niveles del sistema educativo (Camacho, 2014; FHI, 2003).

Si bien la Ley de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes reconoce el derecho de éstos/as a ser informados/as y a recibir educación sobre SSR, 68 por ciento del estudiantado no recibe educación sexual integral.

La educación sexual se ha venido implementando desde hace varias décadas en la República Dominicana de manera gradual y puntual, en principio a cargo de instituciones aliadas al MINERD y con énfasis en el nivel medio y, desde el año 2000, a través del Programa de Educación Afectivo Sexual (PEAS), referente importante para las políticas en educación sexual del MINERD.

Como parte de la estrategia para la incorporación de la ESI, en el marco del Proyecto de Fortalecimiento de la Estrategia de Educación Integral en Sexualidad del MINERD, se han realizado diversos estudios sobre conocimientos, actitudes y opiniones de padres, madres, tutores y alumnos sobre

sexualidad y prácticas preventivas. A partir de estos estudios se han rediseñado los programas curriculares con un enfoque de competencias tanto de docentes como de padres y madres de familia y estudiantes<sup>41</sup>.

La ESI desde las escuelas es un paso fundamental para propiciar en niños, niñas, adolescentes y jóvenes competencias que les permitan un desarrollo integral, saludable, libre de violencia, con prevención de embarazos a temprana edad, ITS, además de reducir el abandono escolar y la transmisión intergeneracional de la pobreza (MINERD-PAPSE, 2015).

Dentro de esta política pública, desde 2010 existe una Mesa Técnica (MT) sobre este tema, la cual es presidida por el Ministerio de Educación. De acuerdo con el documento marco de definición del PEAS, la MT es una instancia de coordinación intersectorial sobre educación sexual y VIH basada en habilidades para la vida<sup>42</sup>. No obstante, por el carácter integral del espacio de articulación es una instancia de consulta, socialización y concertación permanente, y de planificación conjunta, así como un espacio clave en la articulación de esfuerzos de tipo político, técnico y financiero para fortalecer la adopción de una política de educación afectivo sexual en el currículo dominicano (Alcántara, 2012; Alcántara, 2013).

<sup>41</sup> Un curso inicial de corta duración dirigido a todos los actores, que promueve actitudes y prácticas coherentes con los enfoques del currículo revisado y actualizado y que fue impartido a más de 900 profesionales; una Especialidad, en colaboración con el Instituto de formación docente Salomé Ureña (INFO-DOSU), Instituto Nacional de Formación y Capacitación del Magisterio (INAFOCAM) y la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD); y un curso virtual sobre el abordaje eficaz de la ESI en el aula y un Diplomado, iniciado en 2016.

<sup>42</sup> En 2005, acorde con proyectos implementados desde USAID/PEPFAR en el marco del proyecto de fortalecimiento de los servicios de prevención de VIH.

## IV.8. Retos y necesidades para reducir el embarazo en adolescentes

En primer lugar, para reducir y prevenir el embarazo adolescente y los costos sociales, económicos y personales que conlleva, es necesario mejorar el acceso a insumos y métodos de planificación familiar. Por un lado, ello contribuiría a evitar el primer embarazo y, por otro, al asegurar la oferta de anticoncepción post evento obstétrico en los centros de atención especializada de la Red Proveedoradora del SNS, se propiciaría espaciar un segundo embarazo.

La evidencia disponible (Banco Mundial, 2012) indica que son las uniones tempranas, más que las relaciones sexuales, el factor principal que determina que las adolescentes sean madres antes de cumplir los 15 años, por lo que mejorar las condiciones de vida de las adolescentes en situación de mayor vulnerabilidad, constituir estrategias que incluyan espacios seguros, como las experiencias de clubes desarrolladas por UNFPA, para empoderar a las niñas y las adolescentes sobre su ciudadanía y la construcción de proyectos de vida, así como crear las condiciones para desarrollar su pleno potencial a través de facilitarles el acceso a servicios de educación y salud, e incluir programas de transferencias específicas a este grupo poblacional, y con creación de capacidades que les permitan realizar un proyecto de vida diferente al de la maternidad a temprana edad, podrían ayudar a reducir esta situación. También, esto indica que el origen del embarazo adolescente está en las familias de menores ingresos. Para muchas niñas, una unión temprana es la única salida posible a un ambiente familiar hostil y degenerativo. Familias funcionales pueden abrir oportunidades a las niñas.

Otro factor por considerar es el marco legal contra los autores de violencia sexual, puesto que en la República Dominicana el embarazo adolescente y las relaciones de adolescentes con hombres adultos son, de alguna manera, aceptadas por las comunidades. En la actualidad esta es una práctica que, a menudo, implica violencia sexual, a pesar de lo cual goza de impunidad. No solamente se requiere de mecanismos para garantizar que

sean sancionados los actos ilícitos de acuerdo con la legislación vigente en este ámbito, también es necesario educar a la población en el reconocimiento social del perjuicio que la violencia sexual provoca en personas, familias, comunidades y sociedad en general. Para esto, es importante incluir a los medios de comunicación en la labor de educar a la ciudadanía, deconstruir estereotipos que cosifican a las mujeres y, por el contrario, promover su valorización en los ámbitos productivos no tradicionales.

El sistema educativo debe responder con responsabilidad para no abandonar a las adolescentes que son víctimas de violencia sexual, de violaciones, en muchas ocasiones acompañadas de violencia familiar.

En general, se requiere de un esfuerzo social, comunitario, para evitar el abuso y la violencia sexual en general, pero en particular contra las niñas en situación de vulnerabilidad, cuyas familias, en muchas ocasiones, las incentivan a sostener uniones tempranas o las abandonan.

En particular, es importante considerar acciones como:

1. Mejorar el acceso a insumos y métodos de PF que permitan prevenir tanto un primer embarazo como también a asegurar la oferta de anticoncepción post evento obstétrico, es decir, luego del parto, para evitar un segundo embarazo, en los centros de atención especializada de la Red Proveedora del SNS.
2. Implementar las medidas penales establecidas en el marco legal contra los autores de violencia sexual, debido a que en la República Dominicana el embarazo adolescente y las relaciones de adolescentes con hombres adultos son de alguna manera aceptadas por las comunidades.
3. Implementar medidas con un carácter más holístico, tales como la promoción de mecanismos de sanción social en contra de los adultos que se unan con adolescentes.
4. Asegurar que las disposiciones para asegurar que las madres adolescentes no sean objeto de discriminación en las escuelas, sean respetadas y puedan continuar su educación en el horario regular.
5. Incrementar los programas de jornada extendida, considerando la condición de mejora de la calidad educativa.
6. Más allá de la focalización territorial y sectorial, fortalecer la capacidad de agencia y la autonomía de las mujeres en su participación en el mundo laboral, participación efectiva en las decisiones sociales, promoción de relaciones personales y en la comunidad donde viven, con el fin de que puedan tomar decisiones efectivas y elegir sobre la vida que tienen motivo para valorar.
7. Promover el empoderamiento de las adolescentes con campañas masivas de comunicación, lo que unido a los programas sistemáticos de educación integral para la sexualidad a ser incluida en los currículos y que se reconoce responde a las necesidades y expectativas de los y las adolescentes, facilita un entorno que favorece la capacidad de agencia y el desarrollo de empoderamiento.
8. Para muchas niñas, una unión temprana es la única salida posible a un ambiente familiar hostil, por lo cual es imperativo trabajar con las familias.
9. El sistema educativo debe responder con responsabilidad para no abandonar a las adolescentes que son víctimas de violencia sexual, de violaciones que, además, en ocasiones también padecen violencia familiar.
10. Dar continuidad a la elaboración y/o divulgación de las guías de apoyo en aula para estudiantes, para la implementación de la ESI en los distintos niveles.
11. Dar continuidad y sostenibilidad a la formación docente en ESI.
12. Capacitar al personal educativo en el monitoreo y seguimiento a la ESI con base en un sistema de indicadores diseñado a partir de los estudios realizados y de la Línea basal, adaptado al Sistema de Acompañamiento y Supervisión (SAS) y a otros sistemas de monitoreo del MINERD.



13. Diseñar instrumentos que permitan valorar en aula las competencias adquiridas por el personal docente, de orientación y psicología. A partir de estos resultados, proponer programas de actualización y de educación permanente en ESI.
14. Incorporar la formación con Enfoque basado en Derechos Humanos, dirigido al personal docente que permita sensibilizar en relación con aspectos vinculados con la ESI y la violencia escolar en todas sus manifestaciones.
15. Regular la participación adolescente y juvenil en la formulación, monitoreo y evaluación de los servicios de SSR y ESI en escuelas y liceos. Esto implica ordenar quiénes, y cómo participarán, en qué instancias, bajo qué modalidad, y cuándo.
16. Articular las acciones desde los distritos educativos con los Centros de Atención Primaria (CAP) a nivel territorial, y vincular promoción de la SSR con prevención y ESI.
17. Implementar los esquemas de certificación de escuelas en el manejo de la violencia y de fortalecimiento de las referencias y contrarreferencias, de acuerdo con los instrumentos desarrollados, en el marco de la mesa técnica interinstitucional del Sistema Integral de Prevención y Atención a la Violencia contra la Mujer, Intrafamiliar y Delitos Sexuales.

## V. GÉNERO

### V.1. Empoderamiento de la mujer, y los ODS

En capítulos anteriores (sección IV.2. Educación y trabajo) se han descrito los importantes cambios que han ocurrido en las últimas dos décadas en el Índice de Paridad de Género (IPG) en lo que se refiere a educación. Cambios similares se observan en otros países de América Latina (Martínez Gómez, Miller y Saad, 2013).

Una mayor participación de las mujeres en el sistema educativo por un período relativamente largo debió haber contribuido a cerrar las brechas de ingreso entre hombres y mujeres, y a favorecer una participación más amplia y efectiva de las mujeres en la toma de decisiones a nivel político y empresarial. Sin embargo, las brechas todavía persisten en esos ámbitos y las mujeres con mayor nivel educativo se están quedando fuera del mercado laboral.

En los casos de mujeres de los quintiles más pobres, por bajo nivel de escolaridad acumulada, las disparidades salariales por igual trabajo tienen como consecuencia la segregación laboral y la participación de las mujeres en un conjunto de ocupaciones generalmente asociadas al cuidado, que continúan siendo obstáculos para el ejercicio pleno de sus derechos.

Esto se traduce en menores salarios y, debido a su sobrerrepresentación en el sector informal, a una cobertura más reducida del sistema de la seguridad social derivada de la condición laboral.

El sistema basado en un modelo de familia biparental y patriarcal, en el cual el hombre tiene el rol de jefe de familia y proveedor, la ubica en una situación de dependencia frente al acceso a la protección social y a la generación de ingresos propios, lo que propicia mayores niveles de pobreza y vulnerabilidad. En otros casos, en los hogares monoparentales con jefatura de mujeres, se produce una feminización de la pobreza, donde las madres solteras se colocan en el ojo de la inseguridad.

Por esta razón, frente a las crisis, las mujeres y especialmente las adolescentes, niñas y adultas mayores, se encuentran en una situación de desventaja desproporcionada y están menos preparadas y empoderadas para sobrevivir y recuperarse.

Por otro lado, los bajos niveles de participación en espacios de toma de decisiones a nivel público y privado, junto con la carga del trabajo de cuidados de la familia, generan un subsidio no calculado por parte de las mujeres al crecimiento económico del país.

Estas condicionantes restringen el empoderamiento de la mujer respecto al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, que redundan en altas tasas de mortalidad materna relativa, con resistencia a la baja, y embarazos en adolescentes parcialmente derivadas de uniones tempranas debido a reducidos niveles de acceso a educación integral en sexualidad, sin disponibilidad asegurada de métodos anticonceptivos.

En el contexto nacional actual existen múltiples factores que afectan la autonomía de las mujeres, lo cual limita sus posibilidades para tomar decisiones con respecto a la maternidad. Entre otros, la persistencia de altos niveles de violencia física, psicológica, sexual y económica, que son culturalmente aceptados como una situación que depende de la mujer y no como el resultado de un modelo de relaciones que ubica a la mujer en una situación de mayor vulnerabilidad frente al hombre y frente a la sociedad en general.

Aun cuando no han sido abordadas en este documento, las restricciones observadas a la participación política y a los puestos de poder no solo se limitan a los puestos de elección, sino que incluyen las posiciones ejecutivas en el Gobierno central y descentralizado y en los mecanismos de dirección de los partidos políticos, así como en los cargos directivos en organizaciones empresariales de gran poder financiero.

Estas desigualdades persisten en magnitud importante, a pesar de que el derecho a la igualdad entre hombres y mujeres tiene rango constitucional en el país desde 2010 y de que se supone que el Estado tiene el rol de tomar todas las medidas necesarias para que la igualdad sea real y efectiva.

Lograr la igualdad de género y empoderar a las mujeres y niñas consignado como el 5º de los ODS y reducir la desigualdad dentro y entre los países, como el 10º de los ODS, están vinculados con el segundo eje de la END. Este eje busca lograr “una sociedad con igualdad de derechos y oportunidades, en la que toda la población tiene garantizada educación, salud, vivienda digna y servicios básicos de calidad, y que promueve la reducción progresiva de la pobreza y la desigualdad social y territorial” (Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo MEPyD, 2012: 10).

En la República Dominicana el Índice de Desigualdad de Género es de 0.470, lo que la ubica en el puesto 107 de 159 países (2016). La mortalidad materna, los embarazos de adolescentes, los matrimonios precoces y la violencia de género, incluida la violencia sexual, que afectan a las mujeres, tanto en el ámbito doméstico como en el público, son indicios claros de estas persistentes desigualdades.

Para alcanzar estos objetivos, se requiere acceso a la salud y seguridad social integral, educación de calidad para todas las personas, e igualdad de derechos y oportunidades, que permitan construir una cultura de igualdad y equidad entre hombres y mujeres.

Una sociedad más democrática y menos desigual requiere de esfuerzos para trabajar en la ejecución de políticas públicas orientadas al logro de la autonomía física, económica y política de la mujer en la sociedad dominicana.

## V.2. Violencia basada en género (VBG)<sup>43</sup>

La VBG constituye un obstáculo para el desarrollo de las mujeres hacia una vida plena y con igualdad, que se manifiesta no solo en su autonomía física, sino que también tiene repercusiones importantes para la autonomía económica y la toma de decisiones. “Se refiere a la violencia dirigida contra una persona debido al género que él o ella tiene, así como de las expectativas sobre el rol que él o ella deba cumplir en una sociedad o cultura”.<sup>44</sup>

La VBG es la cuarta causa de muerte en mujeres en edad reproductiva. Es catalogada como un “problema prioritario” que representa un desafío creciente para el Sistema Nacional de Salud. Además de constituir una violación de los derechos humanos, la violencia contra las mujeres tiene graves consecuencias para su salud y para la de sus hijos e hijas, genera gran impacto en los sistemas de la salud y conlleva a altas tasas de mortalidad, morbilidad y discapacidad, y ocasiona años de vida potencial perdidos y graves efectos psíquicos y sociales (Hasbun, 2015).

Según datos de la ENDESA 2013 se incrementó la violencia con respecto al quinquenio anterior, especialmente ejercida por la pareja. En dicha encuesta, 35 por ciento de las mujeres de entre 15 a 49 años casadas o unidas, o que estuvieron en esa condición, reportó haber sufrido violencia por parte de su pareja. La violencia emocional es la más frecuente de todas (31 por ciento), seguida de la violencia física (19 por ciento).

La dimensión más visible en el país son los feminicidios, debido al elevado número de mujeres que muere cada año por su condición de género, principalmente en el ámbito familiar. La Procuraduría General de la República ha registrado 2,241 homicidios de mujeres y feminicidios entre 2005 y 2016, de los cuales 1,166 fueron feminicidios (52 por ciento).

<sup>43</sup> Brechas de género: entre el dicho y el hecho de la autonomía de las mujeres en la República Dominicana. INTEC. Santo Domingo, 7 de marzo, 2016.

<sup>44</sup> ENDESA 2013.



En todos los países de la región latinoamericana, excepto en la República Dominicana, se ha registrado la disminución de los feminicidios. En 2014, el país ocupaba el segundo lugar en feminicidios a escala regional, sólo superado por Perú (CEPAL, 2014).

Según información de la Procuraduría General de la República, de las mujeres que informaron haber vivido violencia sexual, 7 por ciento tuvo la primera experiencia de violencia sexual antes de los 10 años y 14 por ciento entre los 10 y 14 años, mientras 18 por ciento tuvo esta experiencia entre los 15 y los 19 años. Cuatro de cada diez niñas y adolescentes alguna vez casadas o unidas han sufrido violencia física, sexual o emocional por parte de su esposo o pareja.

Junto con el subregistro y la escasa denuncia de esos hechos, especialmente cuando la víctima es menor de edad, menos del 4 por ciento obtuvo sentencias. Este porcentaje es indicativo de las limitaciones del sistema de justicia para sancionar de manera efectiva los casos de violencia contra las mujeres, situación que alarma y sugiere la necesaria revisión de la intervención estatal en la prevención de esta intolerable violación del derecho a la vida de las mujeres.

La Procuraduría General de la República, a través de la Unidad de Atención a la Violencia de Género, Sexual e Intrafamiliar de la provincia Santo Domingo recibió 10,284 denuncias en los primeros cinco meses del 2016. Según las estadísticas de la institución, las denuncias se incrementaron en 20 por ciento con respecto al mismo periodo de 2015 (enero – mayo 2015), cuando se presentaron 8,340 casos.

El número de mujeres que denuncian actos de violencia en su contra ante la Justicia ha ido en aumento con los años. No obstante, sigue siendo el número de órdenes de protección emitidas con respecto a la magnitud de las denuncias, especialmente por violencia intrafamiliar, que son la causa de 9 de cada 10 denuncias (INTEC, 2016).

Otras formas de violencia son la trata de personas y la explotación sexual, que afectan de manera

particular a la República Dominicana por su tipificación de nación de origen, tránsito y destino de trata y tráfico de personas, calificación que le otorga un carácter tridimensional. La magnitud de este problema no es reconocida públicamente porque no se dispone de cifras precisas sobre su alcance.

Un estudio realizado con apoyo de UNFPA (Sánchez, 2012) calcula que miles de dominicanas han sido y siguen siendo objeto de este tipo de violencia, y considerando la feminización de las migraciones y el número de la diáspora dominicana en distintos países, que reporta estimaciones en más de 800,000 las mujeres que viven en el exterior, parte de las cuales han sido víctimas o están siendo víctimas de tráfico y trata de personas (Sánchez, 2012) se puede inferir que este tema requiere mayor evidencia sobre esta situación de vulneración de derechos hacia las mujeres.

Existe una vinculación directa entre la jefatura femenina de hogar, la pobreza y la vulnerabilidad del grupo familiar, la explotación doméstica al interior de la comunidad de origen, la desesperanza con respecto a un futuro mejor en su entorno, la creencia en promesas de trabajos bien remunerados en el extranjero, entre muchos otros factores, que limitan el acceso de las mujeres a las oportunidades sociales y vulneran su autonomía económica y social, y favorecen el interés de emigrar.

Se sabe que este problema no sólo aqueja a mujeres mayores de edad, sino también a NNA, ya sea dentro de la isla o fuera de ella, que inciden en la sinergia expulsión-atracción aumentada aun más por la crisis financiera y económica que se iniciara en 2008, que ha afectado principalmente a las mujeres (Sánchez, 2012).

De acuerdo con cifras disponibles, en 66 de 176 países las mujeres dominicanas han sido traficadas, tratadas o involucradas en el comercio sexual (UNFPA, 2013). En el país, de 101 víctimas de trata rescatadas en 2015, 96 eran mujeres y 82 eran menores de edad.<sup>45</sup>

<sup>45</sup> Procuraduría Especializada Contra el Tráfico Ilícito de Migrantes y Trata de Personas, 2015.

Además, la violencia económica y el acoso callejero que sufren las mujeres no están tipificados ni cuantificados en la esfera nacional. Aunque se tiene la percepción de que ambos tipos de violencia afectan a un amplio grupo de mujeres de diferentes estratos sociales, se sabe de las repercusiones que tiene la violencia patrimonial en otros tipos de violencia a nivel de la familia. Lo mismo el vínculo entre el acoso e inseguridad en las calles con el libre tránsito de las mujeres en espacios públicos, son problemas aún no estudiados en el país, ni entendidos como asuntos públicos que requieren intervención. Una tarea pendiente es desarrollar este tipo de investigaciones para crear evidencias que sustenten acciones para implementar políticas públicas que aborden este tipo de violencia invisible.<sup>46</sup>

### V.3. Estrategias implementadas para la reducción de la violencia<sup>47</sup>

Desde el año 2001 fue establecida, con carácter de obligatoriedad, la aplicación en todos los centros de salud, públicos y privados, las normas nacionales de atención enfocada a la prevención, detección, registro y adecuada asistencia médica de los casos de violencia contra las mujeres y en lo referente a la violencia intrafamiliar.

En el año 2010 fueron actualizados y puestos en ejecución la guía y protocolo para la atención integral a la violencia intrafamiliar y contra las mujeres. Su aplicación ha sido muy limitada en los servicios de salud. Las personas sobrevivientes de la violencia que acuden a los centros de salud en búsqueda de asistencia suelen tener necesidades que éstos no reconocen, no investigan y no saben cómo abordar; indicativo de que existe un

desconocimiento de las normas nacionales para la atención integral a la violencia intrafamiliar y contra las mujeres.

En este orden, se requiere la actualización del marco normativo específico para el abordaje de la violencia, en sus diferentes manifestaciones y acorde con las necesidades específicas de los diferentes grupos poblacionales considerados prioritarios. Además, urge la adecuación de las guías de actuación en los casos de violencia de género, contra las mujeres, niños, niñas, adolescentes y personas adultas mayores, según los diferentes niveles de atención en salud establecidos en el Modelo de Atención Integral.

La estrategia para el fortalecimiento de la respuesta del Sistema Nacional de Salud a la violencia, con énfasis en la violencia de género y contra niños, niñas, adolescentes, mujeres y personas adultas mayores 2016-2020, es un instrumento de políticas, cuya aplicación corresponde a toda la estructura organizativa del Sistema Nacional de Salud, la cual fue elaborada atendiendo a las funciones establecidas a raíz de los procesos de reforma del sector y la Ley General de Salud.

Las estrategias vigentes se refieren, en general a revisión, actualización y aplicación de normas y procedimientos existentes y en procesos de sensibilización para la aprobación del proyecto de ley sobre *Prevención, Atención, Sanción y Erradicación de la Violencia Contra las Mujeres*. También es importante desarrollar e implementar políticas públicas sobre educación, prevención y acción relacionadas con hombres y niños, desde la mirada de nuevas masculinidades. La escuela es un ámbito esencial para construir una cultura de resolución pacífica de los conflictos y las diferencias, la eliminación de estereotipos y mitos de género, esencialmente a partir de los estudios que demuestran la persistencia de altos niveles de violencia en el estudiantado, el profesorado y del bajo entendimiento sobre la violencia basada en género, sus diferentes causas y manifestaciones, además del alto porcentaje de estudiantes (77 por ciento) que justifican conductas violentas contra las mujeres.

<sup>46</sup> UNFPA apoyó al MM con el único estudio sobre acoso sexual en empresas privadas y sector público y encontró que afecta a mujeres en posiciones diferentes y que es un problema invisibilizado y difícil de probar.

<sup>47</sup> Estrategia para el fortalecimiento de la respuesta del Sistema Nacional de Salud a la violencia, con énfasis en la violencia de género y contra niños, niñas, adolescentes, mujeres y personas adultas mayores. MSP, 2015.



#### V.4. El Sistema Coordinado de Prevención y Atención a la Violencia Contra la Mujer, Intrafamiliar y Delitos Sexuales

En el país se cuenta con la Comisión Nacional de Prevención y Lucha contra la Violencia Intrafamiliar (CONAPLUVI), como mecanismo de respuesta articulada interinstitucional y concertada en materia de violencia contra las mujeres e intrafamiliar. Esta comisión busca la coordinación entre las instituciones implicadas en la prevención, intervención y atención de la violencia de género, la violencia intrafamiliar y los delitos sexuales, desde la óptica de que este trabajo conjunto requiere la aplicación de pautas comunes de actuación homogénea que permitan aunar esfuerzos en la prevención, protección y atención a las víctimas, a la vez que logren el reproche penal que la ley prevé para estas conductas.

Se han realizado esfuerzos por mejorar la coordinación interinstitucional, expresados en la participación permanente del MSP en la mesa técnica de coordinación, que han sido impulsados y acompañados desde 2013 por el UNFPA, a través de un espacio de articulación interinstitucional de las instancias responsables del sistema de prevención y atención integral a mujeres víctimas de violencia. Este esfuerzo generó la firma de la Declaración Común de Principio de Coordinación Interinstitucional del Sistema de Atención Integral a Víctimas de Violencia. La declaración fue firmada por los máximos representantes del MSP, el MMUJER, el MP y la Policía Nacional.

La Coordinación Interinstitucional del Sistema de Prevención y Atención Integral a Víctimas de Violencia es un instrumento de base para facilitar la operatividad y delimitación de los roles y funciones de cada institución en la ruta crítica de atención integral a víctimas de violencia y en el esquema de pautas comunes de actuación a la vez que se reconocen los sistemas de certificación y acreditación planteados de forma complementaria.

Se destaca la necesidad de trabajar la problemática de la violencia en todas sus formas desde

diferentes espacios: en las escuelas, en la comunidad, en la familia, que involucre tanto a hombres como a mujeres, y desde las entidades que deben ser garantes del derecho a vivir una vida sin violencia.

#### V. 5. Bono de género

Las transformaciones demográficas en el país han provocado cambios en la estructura etaria de la población. Estos cambios impactan y repercuten en el proceso de desarrollo y alteran el equilibrio entre grupos de la población en edades económicamente activas e inactivas, conocida como la relación o tasa de dependencia.

La identificación y cuantificación del período de bono demográfico abre una ventana de oportunidad para su aprovechamiento pues durante este período se genera un contexto propicio para el crecimiento económico, siempre que se tomen las medidas adecuadas en materia de salud, planificación familiar, empleo, políticas financieras y de mejoras en el capital humano.

Para que el bono demográfico se traduzca en ventajas reales para la sociedad es necesaria la adopción de una serie de medidas que promuevan un ambiente social y económico propicio para el logro de un desarrollo sostenido, incluidos servicios de salud con acceso a planificación familiar que permitan atender la demanda insatisfecha.

El bono de género, que se refiere al aumento de la producción económica per cápita generada conforme se avanza hacia la paridad entre mujeres y hombres en el mercado de trabajo (Pagés y Piras, 2010; Saab et al., 2013).

Esta se ve afectada indirectamente por la falta de universalización de políticas en materia de salud sexual y salud reproductiva que garanticen el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, en cuanto a la capacidad para decidir sobre la maternidad, espaciar el número de hijos e hijas, y realizar la paridad deseada que supone la superación de barreras discriminatorias existentes.

## V.6. Retos y necesidades para reducir las desigualdades de género

La organización social del cuidado ha tendido a recargar el peso en las mujeres. Actualmente, se observa una sobrecarga femenina en la provisión de éste, especialmente en su rol como cuidadoras de hijos e hijas, adicional al cuidado de las personas enfermas, en situación de discapacidad y adultos mayores, por mencionar algunas.

No hay equilibrio en la prestación de estos servicios entre los cuatro actores en juego en el mundo del cuidado: la familia, la comunidad, el Estado y el mercado.

Las políticas de cuidado aún ocupan un lugar secundario y cuando existen se conciben como beneficio para las mujeres y no como un derecho, lo que ha limitado que se asuma el cuidado como responsabilidad compartida.

Si a esto se agrega que no existe disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos para satisfacer la demanda insatisfecha de mujeres en edad fértil que les permita la libertad de elección con respecto a cuándo y cuántos hijos tener, se está enfrentando a un reto que tiene implicaciones directas en el bono de género y en el desarrollo del país.

A pesar de esto, existe un amplio margen para el aprovechamiento del bono de género que complementaría y fomentaría el bono demográfico. Esto dependerá de una distribución más equitativa de los roles productivo y reproductivo dentro de los hogares y del fin de la discriminación de género en el mercado laboral.

La definición e implementación de políticas públicas consideradas como objetivos en la END y en el PNPSP, establece objetivos para reducir las brechas de género y combatir la discriminación contra las mujeres. También el PLANEG II, con asignación de presupuesto para la transversalización de género a nivel ministerial y de algunas instituciones públicas, unido a la apertura de las oficinas de equidad de género, las identifica en su conjunto como una fortaleza para el aprovechamiento del bono de género.

El marco jurídico para la igualdad de género se ha robustecido, se han creado instituciones e instancias públicas en apoyo a ese objetivo y se han creado instrumentos para la reducción de las brechas de género y se han fortalecido algunos de los mecanismos existentes.

La movilidad interna actúa como una posibilidad para las mujeres de acceder a mejores oportunidades laborales. La evidencia indica que los servicios de planificación familiar y de salud materno-infantil mejoran la calidad de vida mediante la reducción de la pobreza.

La inversión a largo plazo en programas integrados de planificación familiar y salud materno-infantil contribuye a mejorar la seguridad financiera de familias, hogares y comunidades por medio de ingresos más altos, una mayor acumulación de bienes, ahorros y activos de los hogares.

De este análisis se reafirma la importancia de fortalecer la capacidad de gerencia y la autonomía de las mujeres en su participación en el mundo laboral, así como su participación efectiva en las decisiones sociales, en la promoción de relaciones personales y en la comunidad donde viven, con el fin de que puedan tomar decisiones efectivas y elegir sobre la vida que tienen motivo para valorar. Esto último implica intervenciones no tradicionales y se presenta como un desafío para el diseño de políticas incluyentes y efectivas, con la puesta en marcha de soluciones que vayan más allá de la focalización sectorial y territorial, y construyan puentes a lo largo del ciclo de vida de las personas.

La mejora de la coordinación interinstitucional, expresada en la participación permanente del MSP, MMUJER, MINERD, PGR, PN, PJ, en la mesa técnica de coordinación que ha sido impulsada y acompañada desde el 2013 por el UNFPA, como un espacio de articulación interinstitucional, permite facilitar la operatividad y delimitación de los roles y funciones de cada institución en la ruta crítica de atención integral a víctimas de violencia y en el esquema de pautas comunes de actuación, a la vez que se reconocen los sistemas de certificación y acreditación planteados de forma

complementaria. Desde este espacio se deben impulsar acciones tendentes al fortalecimiento de las estrategias de prevención y atención integral, entre ellas:

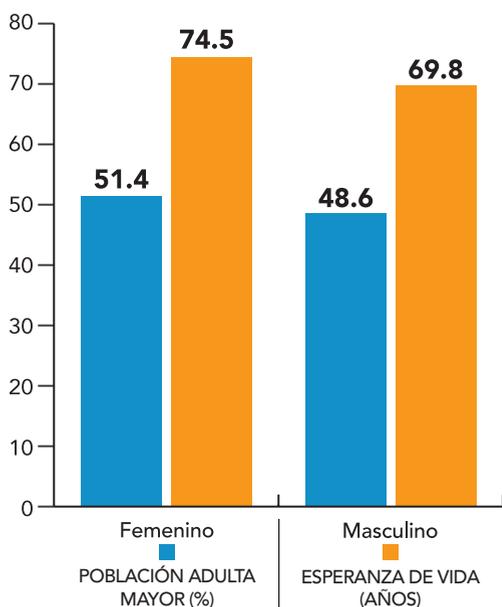
1. Institucionalizar la implementación de la Declaración Común de Principios de Coordinación Interinstitucional del Sistema de Atención Integral a Víctimas de Violencia, que incluye a los máximos representantes del Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de la Mujer, el Ministerio Público y la Policía Nacional.
2. Difusión masiva, a escala interinstitucional, del marco normativo (incluidos reglamentos técnicos, normas, protocolos y guías de atención) para la respuesta del sector salud a la violencia.
3. Poner en funcionamiento y monitorear el mecanismo institucional para la coordinación y el seguimiento de la respuesta del sector salud a la violencia en todas sus manifestaciones.
4. Revisar y actualizar las políticas y planes estratégicos institucionales para que incorporen el abordaje de la violencia con los enfoques y perspectivas aprobados.
5. Monitorear y realizar una veeduría social del incremento para el financiamiento e inversión pública en salud para el abordaje integral de la violencia.
6. Replicar experiencias de programas, modelos de intervención validados y buenas prácticas para prevención de la violencia en todas sus formas.
7. Diseñar y poner en ejecución un plan anual intersectorial con intervenciones dirigidas a la prevención de la violencia, basado en evidencias y buenas prácticas, que pudiera ser incorporado por los ministerios que implementan políticas públicas orientadas a la reducción, prevención y manejo de la violencia.
8. Fortalecer los sistemas de producción, procesamiento y análisis de información relativa a la violencia contra la mujer, intrafamiliar y delitos sexuales.
9. Poner en funcionamiento y monitorear el mecanismo institucional para la coordinación y el seguimiento de la respuesta del sector salud a la violencia en todas sus manifestaciones, incluso en casos de emergencias.
10. Implementar los programas de certificación y acreditación profesional elaborados con apoyo de UNFPA, para la detección y atención integral en los servicios de salud, en destacamentos policiales y en escuelas, con énfasis en prevención de VBG en población en situación de mayor vulnerabilidad.
11. Fortalecer la implementación del Modelo de Gestión de las Unidades de Atención Integral a víctimas de violencia contra la mujer, intrafamiliar y delitos sexuales de la Procuraduría General de la República.
12. Fortalecer el sistema de referencia y contra-referencia a través de la red de servicios del SNS y de las instancias intersectoriales con responsabilidad en la atención de casos de violencia (Ministerio Público, Policía Nacional, Ministerio de la Mujer, otros).
13. Fortalecer la vigilancia epidemiológica de la violencia, con tipificación por grupos etarios, sexo, género, unión y estado conyugal, causas, distribución territorial, entre otras.

## VI. ADULTOS/AS MAYORES

### VI.1. Aspectos demográficos

El Censo Nacional de Población y Vivienda 2010, reportó un total de 855,663 adultos mayores en todo el país, que representaban el 9 por ciento de la población. Del total de adultos mayores, 51.4 por ciento era del sexo femenino y el 48.6 por ciento del masculino, lo que puede ser explicado por la ventaja relativa en términos de esperanza de vida mostrada por las mujeres (74.5 años frente a 69.8 años de los hombres). Esta prevalencia y correlación es similar a la de la mayoría de los países de la región de ALC.

**GRÁFICO VI.1.**  
**REPÚBLICA DOMINICANA: POBLACIÓN ADULTA MAYOR Y ESPERANZA DE VIDA SEGÚN SEXO, 2010**



FUENTE: ONE, 2012. IX Censo Nacional de Población y la Vivienda 2010. Informe General. ONE, 2012. Censo 2010.

La mayoría de los adultos mayores vive en zonas urbanas (71.15 por ciento), mientras que en la zona rural vive un menor porcentaje (28.85 por ciento). La distribución de esta población

muestra una correlación directa con la densidad poblacional y el número de habitantes en las diferentes provincias. También es importante considerar la relación entre envejecimiento y migración (Massa, 2009).

**CUADRO VI.1.**  
**REPÚBLICA DOMINICANA: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR POR ZONA DE RESIDENCIA, 2010**

ZONA DE RESIDENCIA	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	POR CIENTO
Urbana	282,090	326,685	608,775	71.15
Rural	133,754	113,134	246,888	28.85
Total	415,844	439,819	855,663	100.00
Por ciento	48.60	51.40	100.00	

FUENTE: ONE 2012. Censo Nacional de Población y Vivienda 2010. Santo Domingo: Oficina Nacional de Estadística.

El Censo Nacional de Población y Vivienda 2010 pone de manifiesto que las personas adultas mayores conviven con familias, se destaca el hogar del tipo ampliado (51 por ciento del total), con mayor incidencia en las mujeres que en su contraparte (29. por ciento vs 22 por ciento)<sup>48</sup>. La familia nuclear es la segunda más frecuente (31.6 por ciento), sobre todo para los hombres (17.5 por ciento) que para las mujeres (14.0 por ciento).

Esto es importante porque, en muchas ocasiones, los adultos mayores son abandonados o permanecen solos cuando su cónyuge fallece. En el gráfico IV.2 se puede observar que 12 por ciento de los adultos mayores vive en "hogares unipersonales"; es decir, vive solo. Este patrón es más frecuente entre hombres que entre las mujeres.

<sup>48</sup> Hogar ampliado es aquel formado por un hogar nuclear, más otros parientes, o por un jefe con otros parientes; puede haber empleados domésticos y sus familiares.

Es correcto que, en muchas ocasiones, los padres y madres maltratan a sus hijos quienes, con justificada razón, disuelven la relación familiar. Esto, sin embargo, representa un desafío para las políticas públicas, dado que, historia familiar aparte, se trata de cientos de miles de adultos mayores que quedan desamparados.

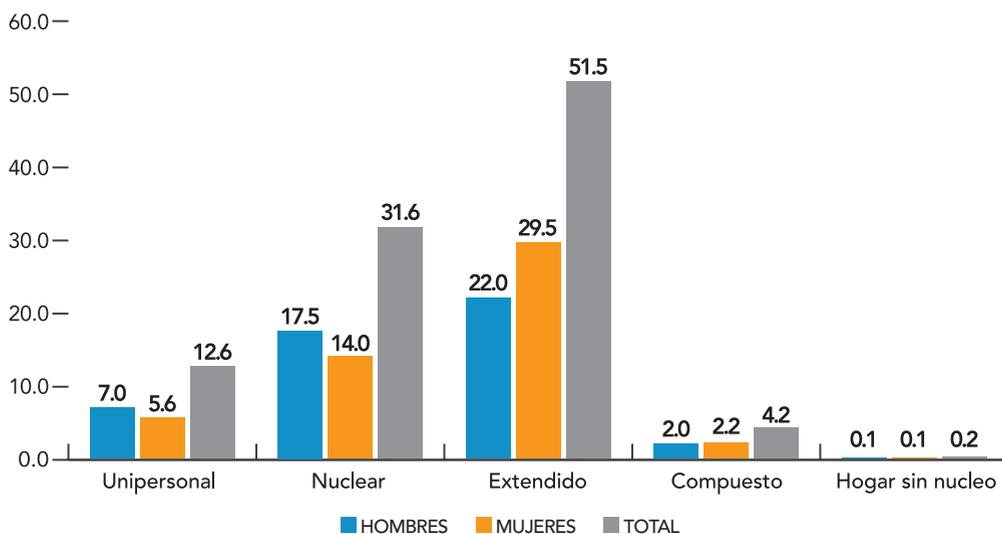
La explicación de estos datos involucra indicadores como la esperanza de vida al nacer, así como el grado de independencia económica atribuible al género y a la zona de residencia. Debido a que las mujeres tienen una esperanza de vida al nacer más prolongada que los hombres, es posible que mientras se mantenga el núcleo matrimonial (especialmente en una zona rural agrícola donde el hombre tiene mayor independencia económica), la pareja viva de manera independiente (ONE, 2016).

Al fallecer uno de los miembros de la pareja (principalmente el hombre), la contraparte pasará a formar parte del núcleo extendido, más aún si ésta padece de problemas de salud y discapacidad.

En este sentido, en la República Dominicana ocurre algo similar a lo que se observa en algunos países asiáticos como Japón, Corea del Sur y China, en donde existe una tradición en el sentido de que los hijos varones mayores deben cuidar de los padres cuando alcanzan edades mayores. En diversos países de América Latina, también existe una cultura de protección a los padres y madres de mayor edad, aunque este patrón se encuentra actualmente en etapa de transición debido de manera importante a la migración internacional y de largas distancias. De cualquier manera, la familia permanece como un sistema alternativo de protección social para los adultos mayores, principalmente aquellos que quedan desamparados. Desgraciadamente, aún bajo estas normas culturales, una fracción importante de los adultos mayores permanece desprotegida y abandonada.

Los bajos niveles de cobertura de la población adulta mayor en materia de pensiones y aseguramiento en salud, evidenciados en el capítulo de protección social, parecen sustentar la tesis de que el núcleo familiar está actuando como un

**GRÁFICO VI.2.**  
**REPÚBLICA DOMINICANA: PORCENTAJE DE ADULTOS/AS MAYORES, SEGÚN TIPO DE HOGAR POR SEXO, 2010**



FUENTE: ONE, 2012. Censo 2010.

sistema de protección social alternativo. Cabe recordar que las bajas pensiones de los adultos mayores de hoy son resultado de un precario sistema de protección social preexistente disperso, asimétrico y de baja cobertura<sup>49</sup>.

Este grupo etario ha tenido que ser auxiliado principalmente por sus familiares y, en menor medida, por transferencias otorgadas por los programas de protección social vigentes para poder cubrir sus necesidades de alimentación, salud y recreación.

## VI.2. Pobreza y desigualdad entre adultos mayores

Las estimaciones de pobreza hechas por la UAAES del MEPyD (MEPyD, 2016) indican que este grupo de la población no ha estado exento de los efectos de los ciclos económicos del país desde comienzos del siglo XXI. Durante la crisis macro-financiera que afectó a la República Dominicana en 2004, la incidencia de la pobreza entre los adultos mayores alcanzó 42.4 por ciento por ciento y la indigencia 10.47 por ciento, al colocarse levemente por encima de la incidencia en el promedio nacional (49.5 por ciento y 15.4 por ciento respectivamente). Después de alcanzar su nivel más alto en el período 2003-2005, los niveles de pobreza de adultos mayores empiezan a descender hasta alcanzar 33.6 por ciento en el año 2010 (7.4 por ciento de indigencia). En todos los casos, los niveles de pobreza e indigencia son menores entre la población mayor de 65 años y el promedio nacional.

De acuerdo con la misma fuente (MEPyD, 2016) en el 2014, del total de adultos mayores, el 25.8 por ciento vivía en la pobreza y el 4.7 por ciento en la indigencia. Al comparar estos datos

<sup>49</sup> El monto promedio de las pensiones otorgadas (RD\$10,841.34) no cubre el costo de la canasta básica de hogares del quintil más pobre, calculada por el Banco Central. Este resultado muestra la vulnerabilidad a la que se expone la población adulta mayor, por lo que tiene que depender de transferencias adicionales, ya sea de familiares o de la administración pública.

con los del resto de la población, los adultos mayores son, en promedio, menos pobres, pues el promedio nacional era de 34.8 por ciento en situación de pobreza y 7.7 por ciento en situación de indigencia.

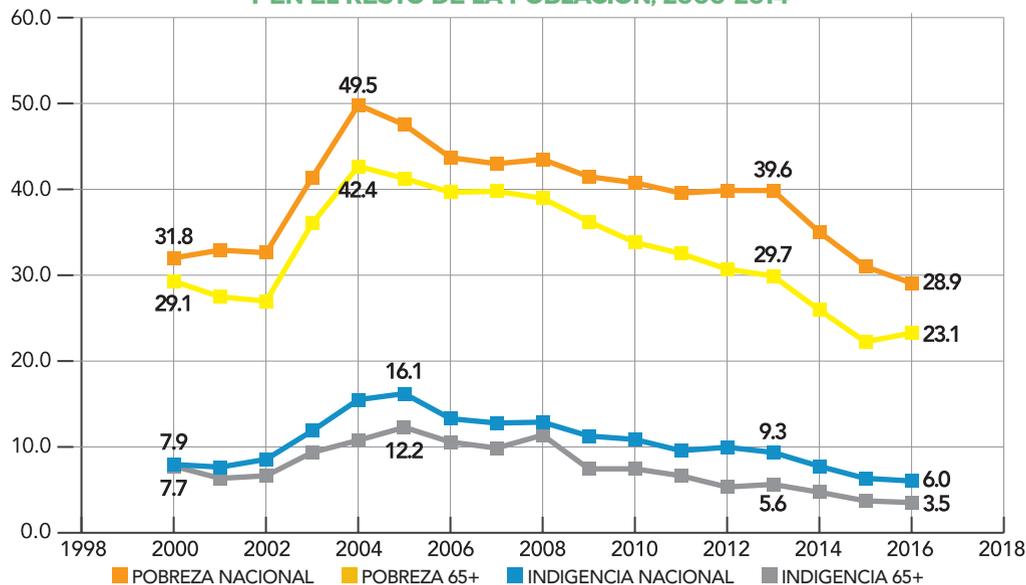
En 2016 la proporción de personas de 65 y más años en situación de pobreza fue de 23.1 por ciento, lo que representó un incremento de un punto porcentual con respecto al nivel observado en 2015, que fue de 22.1 por ciento. En cambio, la fracción de población en situación de indigencia se redujo ligeramente de 3.7 por ciento en 2015 a 3.5 por ciento en 2016. En todos los casos los niveles de pobreza e indigencia entre adultos mayores son menores que el promedio nacional. Esto está asociado parcialmente con la disposición de pensiones y ahorros, pero también con el hecho de que, con frecuencia, los adultos mayores tienen bienes, como propiedades, que pueden ser utilizados para venta o renta y, por lo tanto, representan una fuente de ingresos para personas y hogares. Otra posible razón de la diferencia en la proporción relativa de adultos mayores en situación de pobreza son los negocios y empresas familiares que, con alta frecuencia, son dirigidos por las personas de mayor edad.

## VI.3. Protección social en adultos/as mayores

El Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales (GCPS) apoya a las familias pobres beneficiarias del Programa Progresando con Solidaridad, que cuentan con adultos mayores que no reciben pensión ni se encuentran trabajando. Estos reciben transferencias en efectivo a través del Programa de Protección a Envejecientes en Pobreza Extrema (PROVEE).

El PROVEE otorga una ayuda mensual de RD\$400 por persona adicional en hogares con personas mayores de 65 años que disfrutan del

GRÁFICO VI.3.

**REPÚBLICA DOMINICANA: TASA DE POBREZA E INDIGENCIA EN ADULTOS MAYORES Y EN EL RESTO DE LA POBLACIÓN, 2000-2014**


FUENTE: Elaborado por la UAAES, Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo, a partir de procesamiento de las bases de datos de las EFT del BCRD (MEPyD, 2016).

subsidio Comer Es Primero para la compra de alimentos. Su objetivo es complementar el sustento alimenticio para adultos mayores en situación de pobreza, que no reciben pensión ni se encuentran trabajando, a fin de contribuir a que mantengan una buena nutrición.

Hasta 2014, este programa de asistencia social había abarcado un total de 114,795 adultos mayores. En total, RD\$2,566.8 millones han sido desembolsados para estos subsidios entre 2007-2014, lo que anualmente ha representado un monto equivalente a 0.02 por ciento del PIB.

#### VI.4. Retos y necesidades por la dignidad de los adultos mayores

El envejecimiento de la población dominicana representa un reto para la sociedad en varios sentidos. Por un lado, este grupo requiere de mayores atenciones y presenta un incremento en la demanda de servicios de salud (Huenchuan y Rodríguez-Piñero, 2010).

Por otro lado, el envejecimiento progresivo de la sociedad dominicana pone en peligro la sostenibilidad del sistema de pensiones, en su modalidad de reparto, el cual se sustenta en la producción laboral de la población más joven.

La edad de la vejez –al igual que el género– es una construcción social e histórica que posee el significado que el modelo cultural da a los procesos biológicos que la caracterizan. Se trata de una categoría social con un fundamento biológico, relacionada tanto con las percepciones subjetivas –lo mayor que la persona se siente– como con la edad imputada –los años que los demás le atribuyen al sujeto– (Arber y Ginn, 1995).

Desde este punto de vista, el concepto de vejez, al margen de la relación directa con la edad cronológica o natural de cada persona, está intrínsecamente determinado por el proceso de producción, ciertas tendencias del consumo y los ritmos vitales impuestos por cada sociedad.

La concepción predominante sobre las personas de edad y sus problemas, parte de la construcción de la vejez como una etapa de carencias económicas, físicas y sociales (Huenchuan, 2004; Huenchuan, 2009). De ahí que los instrumentos de política más comunes estén orientados a ofrecer paliativos para superar esas pérdidas o carencias, y muchas veces se enfocan sólo en aquellos individuos y sectores que dependen estrictamente del Estado para lograr niveles mínimos de subsistencia. Excepcionalmente, la acción pública está destinada a ofrecer los mayores estándares de vida posibles a las personas de edad por su sola condición de miembros de la sociedad y sus legítimas aspiraciones de ciudadanía.

El origen de esta situación reside en el hecho de que las instituciones aún no se han adaptado a la nueva composición por edades de la población, ni en términos estructurales ni ideológicos, y continúan funcionando sobre la base de un imaginario asentado en la juventud, en el que la vejez, indefectiblemente, está asociada con las pérdidas.

La situación es más compleja aun para las mujeres mayores, a quienes se suele interpretar a partir de los paradigmas ya establecidos, muchos de los cuales pasan por alto las relaciones de edad. Con ello se insiste en la distancia que separa a las mujeres mayores del arquetipo dominante, sea que este se refiera al varón en edad productiva o a las mujeres en edad reproductiva.

En este contexto, se podría asegurar que el principal problema de las personas mayores es la discriminación debido a su edad, la que tiene por consecuencia obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo.

Otro problema no menos importante es el de la violencia y/o maltrato hacia las personas adultas mayores. El 91 por ciento es objeto de violencia emocional (29 por ciento de los perpetradores son hijos o hijas de las víctimas), 32 por ciento de violencia física, 23 por ciento de negligencia, 14 por ciento de intento de agresión sexual y 11 por ciento de violencia sexual (CONAPE/ UNFPA/ CEAPA, 2013).

Existe poca información sobre la prevalencia de los problemas de salud asociados al climaterio y menopausia -en las mujeres-, la andropausia y la disfunción eréctil -en los hombres- y de sus implicaciones en la demanda de los servicios de salud.

La atención de estos trastornos en la etapa post reproductiva ha tenido poco desarrollo y la ausencia de normas y protocolos de atención contribuye a que el personal desconozca el manejo de los problemas en esta etapa de la vida. A la ausencia de servicios que promuevan la atención de la etapa post reproductiva, se suma la ausencia de insumos para la atención de los problemas de salud vinculados a la sexualidad en esa etapa de la existencia. Si bien existen acciones de promoción de estilos de vida saludables como parte de la salud de las personas en etapa post reproductiva, los programas se han centrado más en prevención de enfermedades como cáncer mamario, cérvico uterino y cáncer testicular, por sobre la promoción de una sexualidad plena y libre de riesgos.

No se produce información en salud respecto de cómo estos problemas afectan a la población masculina y femenina, lo cual limita la definición de estrategias y acciones en salud. Por otra parte, existen prejuicios en el personal de salud con respecto al período post reproductivo al no considerar la existencia de problemas en el ejercicio de la sexualidad en esta etapa de la vida.

Un abordaje pendiente es el que tiene que ver con el uso de métodos de barrera, como es el caso del condón masculino y femenino, para la salud sexual de personas adultas mayores. De manera especial, una estadística invisibilizada es la de las



ITS en hombres y mujeres adultas mayores en que los índices de transmisión de sífilis y gonorrea no están cuantificados.

Las principales recomendaciones para atender las necesidades presentes y futuras de la población de adultos y adultas mayores son las siguientes:

1. Para abordar de manera integral la problemática del maltrato, se recomienda realizar cambios estructurales que permitan el acceso de las víctimas a la información sobre sus derechos y a servicios de orientación adecuados a sus necesidades en función del género, condiciones de salud física y mental, y de su ubicación geográfica. Igualmente, los servicios de salud, de administración de justicia y otros

servicios sociales, incluidos los de apoyo a personas mayores, necesitan establecer estrategias específicas para incorporar acciones relacionadas con el tema del maltrato estructural e intrafamiliar.

2. Una efectiva coordinación intersectorial entre las instituciones que conforman el Consejo Nacional de la Persona Envejeciente y las que trabajan temas de violencia, género y derechos humanos es básica para el establecimiento de un sistema de referencia y contrarreferencia eficaz, y para un sistema de información y de vigilancia que ponga en evidencia la problemática del maltrato hacia las personas mayores y sus implicaciones sociales y de salud, entre otros.

## VII. EL SISTEMA NACIONAL DE ESTADÍSTICAS

### VII.1. La importancia de un sistema estadístico nacional robusto, confiable y unificado

La producción de estadísticas oficiales es una actividad que demanda responsabilidad y compromiso por parte de los organismos encargados. La credibilidad en las estadísticas y, por ende, en el organismo rector y demás miembros del sistema estadístico nacional, se convierte en un activo fundamental, en la medida en que permite el diseño, la formulación, el seguimiento y la evaluación de planes y programas gubernamentales.

Dicha credibilidad es un valor que se afianza con el tiempo, mediante la generación de estadísticas de calidad que cumplen con estándares, principios y normas relacionados con el proceso de producción y la actividad estadística en general.

Las estadísticas cuantifican insumos, productos, efectos directos y repercusiones. De este modo, generan cálculos fiables de los indicadores económicos y sociales esenciales, abarcando todos los aspectos del desarrollo, desde la cuantificación de la producción económica y la inflación de los precios hasta el bienestar de la población.

El fomento de la capacidad estadística es esencial para apoyar la formulación, el seguimiento y la evaluación de los planes nacionales de desarrollo, incluidas las estrategias de reducción de la pobreza, las estrategias sectoriales y los ODS.

Al respecto, CEPAL ha desarrollado un **Código de buenas prácticas de las estadísticas** en América Latina y el Caribe, que apunta a fortalecer el entorno institucional y los procesos y productos necesarios para obtener estadísticas de calidad (CEPAL, 2011) CELADE, 2013).

Las agencias estadísticas y la labor que realizan suelen ser minusvaloradas y menospreciadas en muchos países. La revolución de datos tiene que convertir el círculo vicioso de resultados inadecuados, debido a recursos inapropiados, en uno

virtuoso por el que el aumento de la demanda lleve a mejorar los resultados y, por tanto, a un aumento de los recursos y de la capacidad (OECD, 2015).

En el año **2004** el **Plan de Acción Estadística de Marrakech** subrayaba la necesidad de elaborar Estrategias Nacionales para el Desarrollo de las Estadísticas (ENDE) con el objetivo de ayudar a los países a construir un sistema estadístico oportuno y confiable con capacidad para producir datos estadísticos que permitan diseñar y evaluar las políticas y programas nacionales de desarrollo.

Si bien en distintos grados, el desarrollo de capacidades es un esfuerzo conjunto incluyendo que requiere la participación de todos los actores involucrados. El obstáculo más habitual y más relevante es la falta de recursos económicos, lo que dificulta la contratación y conservación de profesionales cualificados y la creación de infraestructuras adecuadas (Martín Guzmán y Beccaria, 2014).

### VII.2. El sistema estadístico nacional y las metas del desarrollo sostenible

Las estadísticas oficiales han llegado a ser una pieza clave en la agenda de las políticas públicas para el desarrollo. La END 2030, establecida mediante la Ley 1-12, es explícita en torno a la necesidad de información oportuna y confiable para su evaluación, y destaca el rol de la Oficina Nacional de Estadística (ONE) como coordinador del Sistema Estadístico Nacional (SEN).

**Artículo 46. Generación de información.** - *La Oficina Nacional de Estadística es la instancia encargada de coordinar la generación de las informaciones nacionales necesarias para realizar la labor de monitoreo y evaluación de la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030. Para tal fin, se deberá fortalecer el Sistema Estadístico Nacional y establecer*



*estándares nacionales únicos para la generación de información confiable, oportuna y de uso colectivo. (END Ley 1-12).*

Sin embargo, la relevancia de la información estadística no solamente se circunscribe al ámbito nacional, sino también al ámbito internacional, en el cumplimiento de los compromisos asumidos por el país, en especial la implementación de los ODS.

En este sentido, es importante destacar que la propuesta de los ODS se complementa con la Estrategia Nacional de Desarrollo. Tal y como refiere el *Informe de Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) 2015*, existe una amplia coherencia entre los objetivos de ambos instrumentos, lo que implica mayor facilidad para su articulación y puesta en marcha de la Agenda post 2015.

La meta debe ser, seguir ejecutando la END a la vez que se cumple con los ODS en el plazo establecido por ambas iniciativas: el 2030. Por esta razón, la compilación de las estadísticas necesarias para medir la evolución del conjunto de indicadores que se tiene previsto utilizar para el seguimiento y evaluación de los ODS, es uno de los retos importantes que enfrenta el país. Más de 40 por ciento de dichos indicadores requerirá la creación de una nueva fuente de datos o una profunda transformación de la existente (MEPyD, 2015).

Es evidente la urgente necesidad de mejorar la producción estadística. Las normas que regulan el funcionamiento del sector estadístico en el Estado dominicano, la forma de designación de sus autoridades, sus niveles de autonomía frente a la administración central, su rol ante el conjunto de entidades productoras de estadísticas permanece prácticamente sin modificaciones desde hace más de cincuenta años.

La Ley 5.096 sobre Estadísticas y Censos Nacionales data de 1959, complementada por algunos decretos en 1962 y 1968, no establece específicamente un Sistema Estadístico Nacional ni cuál debe ser el rol de la ONE en él.

Según la ley, la ONE funciona “bajo el control y dependencia” del ministerio que defina el presidente. Actualmente, la ONE es un organismo dependiente del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD). Su titular es designado mediante decreto del presidente de la República, quien puede removerlo en cualquier momento. La legislación no establece requisitos que deba cumplir la persona a ser designada como director.

Existe un acuerdo generalizado sobre la necesidad y la urgencia de que se apruebe una nueva normativa que favorezca la actividad estadística oficial en la República Dominicana. A nivel internacional, se han formulado recomendaciones y directrices orientadas a robustecer las oficinas nacionales de estadística en el marco de los sistemas estadísticos nacionales, con el fin de mejorar la calidad mediante la aplicación de principios fundamentales y buenas prácticas.

Con el objetivo de mejorar la calidad de la producción y la confianza en las oficinas nacionales de estadística en el marco de los sistemas estadísticos nacionales, y avanzar en el proceso de comparabilidad de las estadísticas regionales, compilar y adaptar directrices internacionales se elaboró el Código de Buenas Prácticas de las Estadísticas para América Latina y el Caribe, que apunta a fortalecer el entorno institucional y los procesos y productos necesarios para obtener estadísticas de calidad.

El nuevo marco normativo que se proponga debería apuntar, precisamente, a respaldar las buenas prácticas que se vienen desplegando tanto en la ONE como en el Sistema Estadístico Nacional (SEN) en los últimos años y debería, por tanto, elaborarse a la luz de los principios del Código Regional de Buenas Prácticas de las Estadísticas en América Latina y el Caribe.

Es importante señalar que, en el caso dominicano, además de la ONE, el Banco Central es un actor fundamental en la producción de estadísticas oficiales. Es el responsable de las cuentas nacionales, de la balanza de pagos, de las estadísticas de fuerza laboral, e incluso del sector turístico. Cons-

tituye, junto a la ONE, el principal responsable de la generación de estadísticas en el país.

Los ministerios sectoriales (Educación, Salud, Agricultura) lideran también la producción de datos en sus respectivas áreas. Es decir que la ONE es una entre varias instituciones con atribuciones y recursos para la producción de estadísticas oficiales en el país.

Por esta razón urge aprobar un mandato jurídico claro que defina un ente rector que ejerza la fun-

ción de coordinar y regular la investigación, la producción y la difusión de estadísticas de calidad mediante políticas, normas y estándares.

La experiencia regional nos muestra que, en numerosos países, como parte del desarrollo institucional, se ha ido dando un traspaso de competencias del Banco Central a los institutos nacionales de estadística. En el cuadro VII.1 se puede ver cómo está distribuida la producción estadística en los distintos países de la región.

**CUADRO VII.1**  
**INSTITUCIONES RESPONSABLES DE ELABORAR LAS ESTADÍSTICAS EN LATINOAMÉRICA**

<b>INSTITUCIONES QUE REALIZAN: CUENTAS NACIONALES (CN), ÍNDICE DE PRECIOS AL CONSUMIDOR (IPC), ESTADÍSTICAS DE EMPLEO (ENCUESTAS DE FUERZA DE TRABAJO - EFT) EN LAC</b>			
<b>PAÍS</b>	<b>ENCUESTA MERCADO LABORAL</b>	<b>IPC</b>	<b>CUENTAS NACIONALES</b>
Cuba	ONE	ONE	ONE
Perú	INEI	INEI	INEI
México	INEGI	INEGI	INEGI
Bolivia	INE	INE	INE
Panamá	INE	INE	INE
Argentina	MT	INDEC	INDEC
Brasil	IBGE	IBGE	IBGE
Colombia	DANE	DANE	DANE
Costa Rica	INEC	INEC	Banco Central
Chile	INE	INE	Banco Central
Ecuador	INE	INE	Banco Central
Guatemala	INE	INE	Banco Central
Uruguay	INE	INE	Banco Central
El Salvador	DIGESTYC	DIGESTYC	Banco Central
Nicaragua	INIDE	Banco Central	Banco Central
Honduras	INE	Banco Central	Banco Central
Venezuela	INE	Banco Central	Banco Central
Paraguay	DGEEC	Banco Central	Banco Central
<b>República Dominicana</b>	<b>Banco Central</b>	<b>Banco Central</b>	<b>Banco Central</b>

FUENTE: ONE, 2015.

La finalidad de una reforma de la institucionalidad estadística debería ser permitir la definición clara del SEN y su ente rector; la homogeneización de la producción estadística con metodologías comunes a escala nacional; la efectiva coordinación y articulación interinstitucional, con el fin de evitar la duplicación de esfuerzos; y por último, la obligatoriedad de una asignación presupuestaria que permita al SEN realizar las labores requeridas de forma eficiente y eficaz para las distintas instituciones del Gobierno.

### VII.3. Recomendaciones sobre el sistema estadístico nacional

En resumen, las principales recomendaciones sobre el sistema estadístico nacional son las siguientes.

1. Elaborar un nuevo marco normativo a la luz de los principios del Código Regional de Buenas Prácticas de las Estadísticas en América Latina y el Caribe, que respalde las buenas prácticas que se vienen desplegando tanto en la ONE como en el Sistema Estadístico Nacional (SEN) en los últimos años.
2. Por esta razón urge aprobar un mandato jurídico claro que defina un ente rector que ejerza la función de coordinar y regular la investigación, la producción y la difusión de estadísticas de calidad mediante políticas, normas y estándares.
3. Lograr la aprobación legislativa de los proyectos de reforma de la institucionalidad estadística.
4. Actualizar el marco institucional en materia de generación y análisis de estadísticas de acuerdo con las normas y estándares internacionales.

## CONCLUSIONES

El crecimiento y distribución de la población son el resultado de acciones y decisiones personales en determinados lugares a través del tiempo. Las condiciones de reproducción, mortalidad y movi-

lidad territorial, entre otros, determinan los cambios en la dinámica poblacional.

Las tendencias poblacionales se refieren principalmente a colectivos y sus características como: tamaño, crecimiento, estructura etaria, sexo y distribución geográfica. Estos aspectos constituyen la preocupación de los estados y especialistas en la materia respecto al diseño de políticas públicas y su relación con objetivos macroeconómicos. Es importante entender la manera en la que se articulan el crecimiento del producto interno bruto y la distribución de la población en el territorio.

Los principios y programas de acción formulados en la CIPD, El Cairo, 1994, son los que introducen temas relativos a la SSR, derechos humanos y desarrollo sostenible en un contexto más amplio de políticas macroeconómicas.

La dinámica poblacional y el desarrollo socioeconómico están interrelacionados a través de los recursos humanos, que son el eje fundamental de todo proceso de desarrollo. La cantidad y calidad de los recursos humanos disponibles en una sociedad son los responsables de formar y sostener a las nuevas generaciones por medio de tareas productivas tanto en lo público como en lo privado, al definir la senda por donde transitará el desarrollo económico, social y político.

En tal sentido, las estadísticas cuantifican insumos, productos, efectos directos y repercusiones y, de ese modo, generan evaluaciones fiables de los indicadores económicos y sociales esenciales, que abarcan todos los aspectos del desarrollo, desde la cuantificación de la producción económica y la inflación de los precios, hasta el bienestar de la población.

El fomento de la capacidad estadística de los países es esencial para apoyar la formulación, el seguimiento y la evaluación de los planes nacionales de desarrollo, incluidas las estrategias de reducción de la pobreza, las estrategias sectoriales y los ODS.

Las decisiones tomadas por los gobiernos serán relevantes para el bienestar de las actuales y futu-

ras generaciones, debido a la posibilidad de tener y criar hijos en condiciones más adecuadas.

Por otro lado, la inserción en el sistema educativo está relacionada no sólo con patrones reproductivos, sino también con la posibilidad de migrar y establecerse en territorios donde existan mejores niveles de acceso a la salud y seguridad para las familias.

El estado de salud y la ampliación de capacidades para las futuras generaciones están estrechamente interrelacionados. La salud es indispensable para la acumulación del capital humano desde las primeras etapas de la vida. Un mal estado de salud podría disminuir el desempeño de este proceso impidiendo acumular el capital humano necesario para acceder al mercado laboral.

La fecundidad también es relevante en el ámbito laboral. La maternidad a temprana edad dificulta la permanencia en el sistema educativo y afecta la trayectoria laboral de las mujeres. También, los sesgos de género afectan a las mujeres trabajadoras al hacer que estas sean víctimas de patrones culturales que las obligan a tener doble jornada laboral: en el trabajo y en la casa.

Otro factor que influye sobre el comportamiento de la población es el grado de participación de los miembros de la sociedad en las decisiones de los ámbitos público y privado que les atañen. Durante largo tiempo, el papel reproductivo y el trabajo doméstico asignado a las mujeres ha limitado su inserción en la vida pública. En este sentido, una mayor participación política podría ampliar sus capacidades y brindar mayor autonomía en términos individuales y sociales. Para lograr estas metas, se requieren mayores oportunidades e instrumentos reales para hacerlas posibles.

La migración es otro factor que influye sobre la trayectoria laboral de las personas. Los desplazamientos migratorios, históricamente, han estado motivados por el deseo de mejorar las condiciones de vida de las personas y la búsqueda de oportunidades laborales para sostener a sus familiares. La migración impacta directamente sobre la

oferta laboral y el nivel de empleo por medio del pago al factor trabajo y las condiciones contractuales determinadas por ley y/o acordadas con el empleador.

Finalmente, el comportamiento de la población está determinado por los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. El ejercicio de estos derechos incide en la capacidad individual de la ciudadanía para decidir respecto de temas como la supervivencia, reproducción y movilidad territorial dada la interacción del Estado para garantizarlos.

La fracción de población en situación de pobreza aumentó de 31.8 a 49.5 por ciento entre 2000 y 2004 después de la crisis financiera y económica de 2003. A partir de 2004 inició un descenso lento, pero constante para alcanzar 41.2 por ciento en 2009, 34.8 por ciento en 2014 y finalmente 28.9 por ciento en 2016.

A pesar de la cobertura casi universal del cuidado prenatal y el parto, la mortalidad materna sigue siendo de 101.8 por 100,000 nacidos vivos, una de las más altas de la región. Alrededor del 77 por ciento de las muertes maternas se deben a causas obstétricas directas, lo que cuestiona la calidad de la atención y pone de manifiesto el escaso cumplimiento de los estándares y protocolos clínicos basados en pruebas científicas. Las tres causas principales son hipertensión (36 por ciento); hemorragia (18 por ciento) y sepsis (14 por ciento).

Si bien se ha promulgado un Plan Nacional de Prevención del Embarazo de Adolescentes, la tasa de fecundidad de las adolescentes sigue siendo de 90 por 1,000 niñas de 15 a 19 años, muy por encima del promedio regional.

Alrededor del 47.7 por ciento de todos los embarazos no son planificados, especialmente entre adolescentes y mujeres jóvenes. La cobertura y la disponibilidad de métodos anticonceptivos en los centros de salud pública sigue siendo limitada. La necesidad satisfecha de métodos modernos de planificación de la familia entre los



adolescentes de 15 a 19 años es sólo del 54.5 por ciento y del 60.6 por ciento entre los jóvenes de 20 a 24 años.

El embarazo adolescente afecta fuertemente los proyectos de salud, desarrollo y vida de adolescentes y jóvenes y está directamente asociado con la pobreza. El riesgo de embarazo de una adolescente es cuatro veces mayor en el quintil más pobre.

El embarazo es la principal razón para no asistir a la escuela entre las adolescentes. La pobreza y la falta de acceso y derechos a la información y los servicios de SSR, incluida la gama de anticonceptivos, y los matrimonios precoces, se encuentran entre los principales determinantes del embarazo adolescente.

Si bien la Ley de Protección de Niños y Adolescentes reconoce el derecho a ser informada y educada sobre SSR, el 68 por ciento de los estudiantes no recibe educación sexual integral.

El país ocupa el primer lugar en matrimonios tempranos en la región, con el 12.3 por ciento de las mujeres de 20 a 24 años casadas o en unión antes de los 15 años y 35.6 por ciento antes de los 18 años, con proporciones mucho más altas en el quintil más pobre, porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que ya estaban casadas o en unión. En uno de cada cuatro casos, los cónyuges son por lo menos 10 años mayores. El país carece de investigación sobre las normas y percepciones culturales sobre la violencia contra las mujeres y las niñas y el matrimonio precoz.

El Índice de Desigualdad de Género se sitúa en 0.470, ocupa el puesto 107 de 159 países (2016). La mortalidad materna, los embarazos de adolescentes, los matrimonios precoces y la violencia de género, incluida la violencia sexual, que afectan a las mujeres tanto en el ámbito doméstico como en el público, son indicios claros de estas persistentes desigualdades. Es imperativo contribuir al logro del desarrollo sostenible en la República Dominicana,

apoyando los esfuerzos gubernamentales para fortalecer la coordinación interinstitucional y el impacto de las políticas sectoriales, para obtener los beneficios de los dividendos demográficos y de género (Lewis, 2011).

La violencia de género es una de las principales causas de muerte entre las mujeres en edad fértil. Un 39.5 por ciento de las niñas adolescentes ha sufrido violencia física, sexual o emocional por parte de su esposo o pareja. El país también ocupa el segundo lugar en femicidios en América Latina. Debe reforzarse el sistema de coordinación interinstitucional para mejorar la prevención y la respuesta a la violencia de género.

En la actualidad, el país carece de políticas integrales para la juventud y los jóvenes rara vez participan en los procesos de toma de decisiones. Es necesario reforzar la cooperación institucional para asegurar una mejor coordinación y un mayor impacto de las políticas sectoriales, para que el país se beneficie del potencial que ofrece la bonificación demográfica y de género.

El sistema estadístico nacional se basa en un marco jurídico anticuado. La baja calidad y exactitud de los registros administrativos, la falta de periodicidad de los datos y la limitada capacidad para producir datos desagregados representan los principales desafíos para el país de informar sobre los avances hacia los ODS y el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo.

## REFERENCIAS

- Alcántara, Elsa (2012), “Educación sexual en la escuela como base para la equidad social y de género. Línea base sobre la Educación Sexual y VBG en las escuelas del Sector Público”, UNFPA, 53 pp.
- Alcántara, Elsa (2013), “Descripción de la mesa técnica interinstitucional para dar seguimiento a los temas de educación sexual”, Dirección de Orientación y Psicología. Viceministerio de servicios técnicos y pedagógicos, MINERD.
- Arber, S. y J. Ginn (1995), Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico, Madrid, Narcea
- Bajracharya, Ashish; Amin, Sajeda (2010). Poverty, marriage timing, and transitions to adulthood in Nepal: A longitudinal analysis using the Nepal living standards survey, *Poverty, Gender, and Youth Working Paper*, Núm. 19, New York, Population Council, 37 pp.
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (2012), *República Dominicana: Apoyo a la consolidación del Sistema de Protección Social*, Washington, D.C., BID.
- \_\_\_\_ (2010), República Dominicana. Estrategia de País del BID 2010-2013, Washington, D.C., BID, disponible en: <http://services.iadb.org/wmsfiles/products/Publications/35404423.pdf>.
- \_\_\_\_ (2008), *El estado de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe: Una visión global*, Washington, BID.
- \_\_\_\_ y Banco Mundial (2006), *Informe sobre pobreza en la República Dominicana: Logrando un crecimiento económico que beneficie a los Pobres*, Santo Domingo, BM y BID, 356 pp.
- Banco Mundial (BM) (2012), Embarazo Adolescente y Oportunidades en América Latina y el Caribe. Sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos, Washington, BM, 32 pp.
- \_\_\_\_ (2016), *Para construir un mejor futuro juntos. Notas de política de República Dominicana*, Washington, BM, 118 pp.
- Barinas, Indiana (2012), Violencia Obstétrica en Madres Adolescentes en dos Maternidades de la República Dominicana. Ponencia presentada en la VII Conferencia Dominicana de Estudios de Género. Construcción de conocimientos para la igualdad, Santo Domingo, INTEC-República Dominicana-COMMCA.
- \_\_\_\_ (2012), *Voces de jóvenes. Una aproximación a la realidad juvenil, a partir del estudio del significado y las implicaciones del embarazo en adolescentes, según género y contextos socioculturales en la República Dominicana*, I. Barinas, 142 pp., disponible en: [http://www.msp.gov.do/oai/documentos/Publicaciones/PUB\\_VocesdeJovenes-IBarinas2012\\_20140529.pdf](http://www.msp.gov.do/oai/documentos/Publicaciones/PUB_VocesdeJovenes-IBarinas2012_20140529.pdf)
- Becker, Gary S. (1962), “Investment in human capital: A Theoretical Analysis”. *Journal of Political Economy*, Vol. 70, Núm.5, Part 2: Investment in human beings, The University of Chicago Press, pp. 9-49.
- Dirección de epidemiología (DIGEPI) (2016), Boletín epidemiológico Semanal, *Semana Epidemiológica*, Núm. 52, julio, República Dominicana, DIGEPI, MSP.
- \_\_\_\_ Ministerio de Salud Pública (MSP) (2012), Boletín epidemiológico Semanal, *Semana Epidemiológica*, Núm. 30, julio, República Dominicana, DIGEPI, MSP.

- Camacho, Alma Virginia (2014), *Diagnóstico del estado del arte en educación integral de la sexualidad en América Latina y el Caribe*, UNFPA-LACRO, 20 pp.
- Castro, Roberto; Erviti, Joaquina (2014), “25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México”, *Revista CONAMED*, Vol. 19, Núm. 1, enero-marzo 2014, México, pp. 37-42.
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) (2010), *Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (1998 y 2010)*. Panamá: Sistema de Naciones Unidas en Panamá.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2004), Manual de organización estadística, tercera edición: el funcionamiento y organización de una oficina de estadística, Santiago de Chile, CEPAL, 229 pp, disponible en: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/7/15497/lcw6e.pdf>.
- \_\_\_\_\_ (2005), “Desarrollo de los Sistemas Estadísticos Nacionales y Responsabilidades de los Institutos Nacionales de Estadística”, Tercera reunión de la Conferencia Estadística de las Américas Santiago de Chile, 1 al 3 de junio del 2005, disponible en: <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/0/43410/P43410.xml&xsl=/cea-cepal/tpl/p9f.xsl&base=/cea-cepal/tpl/top-bottom.xsl>.
- \_\_\_\_\_ (2008), “Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe”, Trigésimo segundo periodo de sesiones de la CEPAL, Santiago de Chile, CEPAL (LC/G.2378-SES.32/14), 121 pp.
- \_\_\_\_\_ (2010), Migración Interna, *Observatorio Demográfico de América Latina*, Núm. 10, Santiago de Chile, CEPAL, 478 pp.
- \_\_\_\_\_ (2010), Mortalidad, *Observatorio Demográfico de América Latina*, Núm. 9, Santiago de Chile, CEPAL, 290 pp.
- \_\_\_\_\_ (2010), Urbanización en perspectiva, *Observatorio Demográfico de América Latina*, Núm. 8, Santiago de Chile, CEPAL, 290 pp.
- \_\_\_\_\_ (2010), “Género, trabajo remunerado y no remunerado: eslabones en la discriminación y la desigualdad”, *Serie Panorama Social de América Latina 2009*, Santiago de Chile, CEPAL (LC/G.2523-P), pp.173-204.
- \_\_\_\_\_ (2011) Envejecimiento poblacional, *Observatorio Demográfico de América Latina*, Núm. 12, octubre 2011, Santiago de Chile, CEPAL, 195 pp.
- \_\_\_\_\_ (2014), *Informe anual 2013-2014. El enfrentamiento de la violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile, CEPAL, 92 pp.
- \_\_\_\_\_ (2011), Código Regional de Buenas Prácticas en Estadísticas para América Latina y el Caribe. Santo Domingo: CEPAL.
- \_\_\_\_\_ (2014), “La fecundidad en América Latina: un descenso acelerado y heterogéneo con profundas transformaciones demográficas y sociales”, *Observatorio demográfico*, Núm. 5, CEPAL, disponible en: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/8/36498/lafecundidadod05.pdf>, pp. 11-18.
- \_\_\_\_\_ (2013), “Propuesta de código de buenas prácticas de las estadísticas en América Latina y el Caribe y plan de implementación para 2012-2013”, Sexta reunión de la Conferencia Estadística de las Américas de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Bávaro, República

Dominicana, 16 al 18 de noviembre de 2011, 15 pp, disponible en: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/6/44766/LCL3384e.pdf>

(2012), *Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950-2100. Revisión 2016*, disponible en: [http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos\\_bd.htm](http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_bd.htm).

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) (2000), *Juventud, población y desarrollo: problemas, posibilidades y desafíos*, Santiago de Chile, Proyecto Regional de Población 2000-2003, CELADE-FNUAP, pp.66.

(2012), “Bono demográfico y envejecimiento: impactos sectoriales de la dinámica demográfica”, CRIAD 2012, Curso Regional Intensivo de Análisis Demográfico Módulo Población y Desarrollo, Santiago, 27 de noviembre, 2012, CELADE-División de Población de la CEPAL, disponible en: [http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/6/48766/Clase\\_PSaad.pdf](http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/6/48766/Clase_PSaad.pdf)

(2012), “Trabajo, empleo y mercados laborales, fábricas y núcleos duros de reproducción de desigualdades”, *Serie Panorama social de América Latina 2011*, (LC/G.2514-P), Santiago de Chile, CEPAL-CELADE, pp. 252.

OIJ, IMJUVE (2014), *Invertir para transformar. La juventud como protagonista del desarrollo*, Organización Iberoamericana de la Juventud, Madrid, (OIJ)-Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE)-Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID)-Banco de Desarrollo de América Latina (CAF), 267 pp.

(2014) *Proyecciones de población, Observatorio Demográfico de América Latina y el Caribe*: Núm. 11, Santiago de Chile, CEPAL, 155 pp.

(2015), *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, 2015*, (LC/G.2656-P), Santiago de Chile, CEPAL-ECLAC, disponible en: [http://interwp.cepal.org/anuario\\_estadistico/anuario\\_2015](http://interwp.cepal.org/anuario_estadistico/anuario_2015).

(2015), *Indicadores sociales básicos de la subregión norte de América Latina y el Caribe. Edición 2014-2015*, CEPAL-Sede Subregional en México, 204 pp, disponible en: [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39413/1/S1501252\\_es.pdf](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39413/1/S1501252_es.pdf).

(2015), Informe de la Segunda Reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, Santiago, 24 a 26 de junio de 2015.

(2015), “Transformaciones, desigualdades y perspectivas demográficas en América Latina y el Caribe”. Segunda Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, Ciudad de México, 6 a 9 de octubre de 2015, disponible en: [http://crpd.cepal.org/2/sites/default/files/crpd.2\\_-\\_ppt\\_contexto\\_demografico\\_dirk\\_jaspers.pdf](http://crpd.cepal.org/2/sites/default/files/crpd.2_-_ppt_contexto_demografico_dirk_jaspers.pdf).

Centro de Estudios Sociales (CES) (2008), “Temas de información: coordinación e integración de programas estadísticos”, Consorcio de Estadísticas para el Desarrollo en el siglo XXI, Comisión de Estadística 39º período de sesiones, 26 a 29 de febrero de 2008, CES-ONU, disponible en: <https://unstats.un.org/unsd/statcom/39th-session/documents/2008-27-parris21-S.pdf>.

Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM) en Coordinación con el Ministerio de Salud Pública (MSP), (2014), *Encuesta demográfica y de salud ENDESA, 2013*, República Dominicana, USAID/DHS/CESDEM, 618 pp., disponible en: <http://countryoffice.unfpa.org/dominicanrepublic/drive/DRDHS2013-Final02-10-2013.pdf>

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2011), Envejecimiento poblacional, *Observatorio Demográfico de América Latina*, Núm. 12, Octubre 2011, Santiago de Chile, CEPAL, 195 pp.
- \_\_\_\_\_ (2010), Migración Interna, *Observatorio Demográfico de América Latina*, Núm. 10, Santiago de Chile, CEPAL, 478 pp.
- \_\_\_\_\_ (2010), Mortalidad, *Observatorio Demográfico de América Latina*, Núm. 9, Santiago de Chile, CEPAL, 290 pp.
- \_\_\_\_\_ (2010), Urbanización en perspectiva, *Observatorio Demográfico de América Latina*, Núm. 8, Santiago de Chile, CEPAL, 290 pp.
- \_\_\_\_\_ (2014) Proyecciones de población, *Observatorio Demográfico de América Latina y el Caribe*: Núm. 11, Santiago de Chile, CEPAL, 155 pp.
- CONAPE-UNFPA-CEAPA (2013), *El maltrato hacia las personas mayores en la República Dominicana*, República Dominicana, Santo Domingo, Consejo Nacional de la Persona Envejeciente/Fondo de Población de las Naciones Unidas-Centro de Apoyo Aquelarre, 92 pp.
- CONANI (2013), *Análisis de situación de la infancia y la adolescencia en la República Dominicana 2012*, Santo Domingo, CONANI-UNICEF-MEPyD, 130 pp.
- Constitución de la República Dominicana, Publicada en la Gaceta Oficial No. 10561, del 26 de enero de 2010 y reformada en 2015, Votada y Proclamada por la Asamblea Nacional en fecha trece (13) de junio de 2015, Gaceta Oficial No. 10805 del 10 de julio de 2015.
- Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. División de Población (2003), La terminación de la transición de la fecundidad, *Boletín de Población de las Naciones Unidas*, Nueva York, Edición especial Nos. 48/49.
- Domínguez, Boanerges, García, Carmen y Evelina, Gómez (2016), *República Dominicana: tasa de retorno de la educación 2000-2014*, Santo Domingo, Instituto Dominicano de Evaluación e Investigación de la Calidad Educativa (IDEICE), Ministerio de Educación (MINERD), 72 pp.
- Dotel, Olaya (2013) *Condiciones de vida de la población rural: situación socioeconómica de las zonas rurales en la República Dominicana*, República Dominicana, ONE.
- ENHOGAR-MICS (2014), *Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples, ENHOGAR-2013*, Santo Domingo, ONE, UNICEF.
- Family Health International (FHI) (2003), “Sistema de educadores de pares, Guía de implementación”, FHI, Programa Youthnet. Resumen del informe de fin de programa ENFOQUE en adultos jóvenes, Documento de la *Serie Jóvenes*, Núm. 1, <https://www.iywg.org/sites/iywg/files/yi1s.pdf>
- Godínez, Víctor y Mattar Jorge (coords.) (2009), *La República Dominicana en 2030: hacia una nación cohesionada*, República Dominicana, CEPAL-ONU (LC/G.2407-P), 582 pp.
- Guzmán, Rolando y Consuelo, Cruz (2010), *Empleo, salarios y seguridad social: En tránsito de la crisis a la recuperación*, Santo Domingo, Ministerio de Trabajo-OMLAD, 245 pp.
- Guzmán, Rolando y Consuelo, Cruz (2009), “Niños, niñas y adolescentes fuera del sistema educativo en la República Dominicana” Grupo de Consultoría Pareto, Foro Socioeducativo, Santiago, República Dominicana, Editora Premium.
- Guzmán, Rolando (2007), *La informalidad en el mercado laboral urbano en la República Dominicana*, Santo Domingo, SEEPYD, BCRD, BM, 110 pp.

- \_\_\_\_\_ (2005), *Mercado de trabajo y políticas laborales activas: Experiencia internacional y lecciones para el caso dominicano*, Santo Domingo, SEEPYD, BCRD, BM.
- Gil, Cándida, INSALUD (2014), *Estudio sobre procedimientos de auditorías de muertes maternas en 4 de las maternidades públicas de mayor productividad, República Dominicana*, INSALUD- UNFPA, 70 pp.
- Hasbun, Julia (2015), *Estudio de línea basal: Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la violencia basada en género en estudiantes del segundo ciclo de educación primaria y en grados de secundaria de escuelas públicas y colegios privados en la República Dominicana. Resultados preliminares*, Santo Domingo, MINERD-UNFPA-UNICEF-PNUD.
- Huenchuan, Sandra y Rodríguez-Piñero, Luis (2010), “Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección”, *Colección Documentos de Proyectos*, Santiago de Chile, CEPAL-UNFPA-ASDI, 144 pp.
- Huenchuan Sandra, (2004), *Marco legal y de políticas en favor de las personas mayores en América Latina*, serie Población y Desarrollo, No. 51, Santiago de Chile, CEPAL.
- Huenchuan, Sandra, (2009) *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*, Santiago de Chile: CEPAL-CELADE.
- Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC) (2016), *Brechas de género: entre el dicho y el hecho de la autonomía de las mujeres en la República Dominicana*, Santo Domingo, marzo 2016.
- Isa, Contreras, Pavel; Vargas, Tahira; Santelises, Alexandra (2013), *Análisis de la situación de la infancia y la adolescencia en la República Dominicana 2012*, Santo Domingo, MEPyD-CONANI-UNICEF, 130 pp.
- Jara, Patricia y Sório, Rita E. (2013), *Redes de protección social. Mejores respuestas para adolescentes y jóvenes*, Banco Interamericano de Desarrollo, División de Protección Social y Salud. Nota técnica #IDB-TN-539.
- Kearney, M.S., Phillip B. Levine (2011): “Income Inequality and Early, Non-marital Childbearing: An Economic Exploration of the ‘Culture of Despair’”, NBER Working Paper 17157.
- Lewis, Kristin (2011), **El dividendo de género, razones para la igualdad de género**, Nueva York, ONU Mujeres, 20 pp.
- Lizardo, Jeffrey, et al. (2013) *Costos del Embarazo y la Maternidad en la Adolescencia en la República Dominicana*, Santo Domingo UNFPA, INTEC.
- \_\_\_\_\_ (2013a), *Costos del Embarazo y la Maternidad en la Adolescencia en la República Dominicana*, Santo Domingo UNFPA, INTEC, 55 pp.
- Loayza, Norman; Luis, Servén; Naotaka, Sugawara (2009), *Informality in Latin America and The Caribbean, World Bank-Growth and the Macroeconomics Team*, Development Research Group, Washington, D.C., 35 pp.
- Lozano, Wilfredo (2013), *Inmigración, género y mercado de trabajo en la República Dominicana*, Santo Domingo, UNFPA-Unión Europea, 134 pp.
- Martín Guzmán, Pilar; Luis, Beccaria (2014), *Plan de mejoramiento ONE*, República Dominicana, BID-CEPAL-DANE.
- Martínez Gómez, Ciro; Tim Miller; Paulo Saad (2013), *Participación laboral femenina y bono de género*, CEPAL-CELADE, p. 9.
- Massa, Cristina (2009), *Efecto del envejecimiento sobre la estructura de la población e impacto de la migración en estos cambios*, Santo Domingo, ONE, 154 pp.

Massa, Cristina (2009a), *Las migraciones interprovinciales en la República Dominicana (1997-2002)*, Santo Domingo, ONE, 74 pp.

Menéndez E. 2003. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência e saúde coletiva*, Vol 8, No 1, pp:185-207.

Mincer, Jacob, (1974) *Schooling, Experience, and Earnings*. Human Behavior & Social Institutions No. 2. National Bureau of Economic Research, Inc., New York, NY.

Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD) (2012). *Ley 1-12 Estrategia Nacional de Desarrollo 2030*. Santo Domingo, República Dominicana: Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo.

Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD) (2015), *Informe sobre el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Transición a los Objetivos de Desarrollo Sostenible. República Dominicana*, Santo Domingo, disponible en: [http://odm.gob.do/Content/Files/Informe\\_Sobre\\_el\\_Cumplimiento\\_de\\_los\\_Objetivos\\_de\\_Developmento\\_del\\_Milenio-República\\_Dominicana-2015.pdf](http://odm.gob.do/Content/Files/Informe_Sobre_el_Cumplimiento_de_los_Objetivos_de_Developmento_del_Milenio-República_Dominicana-2015.pdf)

Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD) y Oficina Nacional de Estadística (ONE) (2015), *República Dominicana: Anuario de Estadísticas Vitales 2014*, República Dominicana, ONE, 94 pp.

Ministerio de Educación Programa de Apoyo Presupuestario al Sector de Educación de República Dominicana (MINERD-PAPSE) (2015), *Boletín de noticias sobre las actividades apoyadas por el PAPSE II*. Julio - septiembre de 2015, año 1, No. 3

Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD) y ONE (2013), *Análisis de consistencia de los datos del IX Censo*

*Nacional de Población y Vivienda, "Año del Fortalecimiento del Estado Social y Democrático de Derecho"*, Santo Domingo, ONE.

Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD) y UNICEF (2016), *La Inversión Pública destinada a la Niñez en la República Dominicana 2010-2013*, Santo Domingo, Dirección General de Desarrollo Económico y Social, 114 pp.

Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD) (2016), *Sistema de Indicadores Sociales de República Dominicana (SISDOM)*. Disponible en: <http://economia.gob.do/mepyd/despacho/unidad-asesora-de-analisis-economico-y-social/sisdom/sisdom-2015/>

Ministerio de Salud (MSP)- Dirección General de Epidemiología (DIGEPI) (2014), *Sistema de Vigilancia Epidemiológica*. Santo Domingo: MSP-DIGEPI. Consultado: <http://digeπισalud.gob.do/>

Ministerio de Salud (MSP) (2012), *Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil, 2012-2016*. Santo Domingo: MSP.

Ministerio de Salud Pública-Organización Panamericana de Salud y Organización Mundial de la Salud (2015), *Indicadores Básicos de Salud*. Santo Domingo: MSP. Disponible en: <http://http://www.msp.gob.do>

Naciones Unidas (NNUU) (2014), *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Guía de formación. Serie de capacitación profesional N° 19*, Nueva York y Ginebra, NNUU, 182 pp.

OECD (2015), *Guía para una revolución de datos dirigida por los países*, Paris21, Interactivo, disponible en [http://datarevolution.paris21.org/sites/default/files/Road\\_map\\_for\\_a\\_Country\\_led\\_Data\\_Revolution\\_Spa](http://datarevolution.paris21.org/sites/default/files/Road_map_for_a_Country_led_Data_Revolution_Spa)

[nish\\_web.pdf](#).

OCDE (2008), *Informe sobre las Políticas Nacionales de Educación: República Dominicana*, OECD, 296 pp.

Oficina de Desarrollo Humano (ODH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) de República Dominicana (2010), *Política social: capacidades y derechos* (Vols. I y II), Santo Domingo, PNUD.

Oficina Nacional de Estadística (ONE), (2007), Proceso de urbanización en la República Dominicana, *Panorama Estadístico*, Año 1, Núm. 6. Boletín Mensual, ONE.

\_\_\_\_\_ (2008), Ciudades intermedias de la República Dominicana, *Panorama Estadístico*, Año 2, Núm. 8, Boletín Mensual, ONE.

\_\_\_\_\_ (2010), La juventud y el momento demográfico en la República Dominicana, *Panorama estadístico*, Año 3, Núm. 28, Boletín Mensual, ONE.

\_\_\_\_\_ (2010), Migración interna hacia la provincia de Santo Domingo, *Panorama estadístico*, Año 3, Núm. 36, Boletín Mensual ONE.

\_\_\_\_\_ (2010), *IX Censo Nacional de Población y Vivienda 2010. Informe General*. República Dominicana, Santo Domingo, junio de 2012, ONE.

\_\_\_\_\_ (2011), Mortalidad en la niñez en la República Dominicana: un desafío pendiente, *Panorama Estadístico*, Año 4, Núm. 38, Boletín Mensual, ONE.

\_\_\_\_\_ (2011), Muertes accidentales y violentas en la República Dominicana: Revisando los registros de la Policía Nacional, *Panorama Estadístico*, Año 4, Núm. 43, Boletín Mensual, ONE.

\_\_\_\_\_ (2012), *IX Censo Nacional de Población y Vivienda 2010, Características Demográficas*

*Básicas*, Vol. III, Santo Domingo, ONE, 525 pp.

\_\_\_\_\_ (2013), Población con discapacidad en la República Dominicana: un acercamiento a partir del IX Censo Nacional de Población y Vivienda 2010, *Panorama estadístico*, Boletín Mensual, Año 5, Núm. 55, Boletín Mensual, ONE.

\_\_\_\_\_ (2013), *Plan Estadístico Nacional República Dominicana 2013-2016. Más y mejores estadísticas para el desarrollo nacional*, Santo Domingo, República Dominicana, ONE.

\_\_\_\_\_ (2013), *Primera Encuesta Nacional de Inmigrantes en la República Dominicana ENI-2012. Informe general*, Santo Domingo, República Dominicana, Unión Europea-UNFPA-ONE.

\_\_\_\_\_ (2013), X Censo Nacional de Población y Vivienda 2010, Migración, Fecundidad y Mortalidad, Volumen VI, Santo Domingo, abril de 2013, ONE.

\_\_\_\_\_ (2014), *Plan Estratégico Institucional 2014-2017*, Santo Domingo, ONE.

\_\_\_\_\_ (2015), Un vistazo a las perspectivas demográficas de la juventud en la República Dominicana, *Panorama estadístico*, Año 6, Núm. 80, Boletín mensual, ONE.

\_\_\_\_\_ (2015b), *Estimaciones y proyecciones de población 1950-2010*. Volumen I. Santo Domingo: ONE.

\_\_\_\_\_ (2016), *Boletín de Estadísticas Oficiales de Pobreza Monetaria*, Año 2, Núm. 3. Boletín Semestral. Octubre, MEPYD-ONE, 20 pp.

\_\_\_\_\_ 2017, *Anuario de Estadísticas Sociodemográficas 2015*, Santo Domingo, ONE.

Organización de los Estados Americanos (OEA), Comisión Interamericana de Mujeres. (2014). Declaración sobre la violencia contra las mujeres, niñas y

adolescentes y sus derechos sexuales y reproductivos. Mecanismo de seguimiento, Convención Belem do Pará (MESECVI). Undécima Reunión del Comité de Expertas/os 18-19 de septiembre, 2014. Montevideo, Uruguay. MESECVI/CEVI/DEC.4/14.

Pagés, Carmen y Claudia Piras (2010), *El dividiendo de género: Cómo capitalizar el trabajo de las mujeres*, Nueva York, Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Paiewonsky, Denise (2015), *Matrimonio infantil. Realidad invisibilizada en la República Dominicana*, Ciudadanas Boletín 2015, Observatorio de Ejercicio Ciudadano de las Mujeres, Santo Domingo Colectiva Mujer y Salud, Global Fund for Women, 8 pp.

Pérez, Then y Eddy, Nelson (2015), *El embarazo en adolescentes en la República Dominicana, tendencias observadas a partir de las encuestas demográficas y de salud (ENDESA 1986-2013)*.

Raj, Anita; Niranjam, Saggurti; Donta, Balaiah; Jay, Silveman (2009), Prevalence of child marriage and its effect on fertility and fertility-control outcomes of young women in India: a cross-sectional, observational study, *The Lancet*, Vol. 373, Núm. 9678: 1883-1899, disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60246-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60246-4).

Ramírez, Alina; Scanlon, Giselle (2014), *Diagnóstico de Género de la Respuesta Nacional al VIH en RD*, Santo Domingo, CONAVIH-SIDA-ONUSIDA, 68 pp.

Riveros, Natalia (2014), *Estado del arte de las migraciones que atañen a la República Dominicana 2014*, Santo Domingo, República Dominicana, OBMICA, 200 pp.

Rodríguez V., Jorge (2014), *La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en Amé-*

*rica Latina. Introducción al análisis demográfico, con énfasis en el uso de micro datos censales de la ronda de 2010*, Documento de Proyectos, CEPAL-UNFPA, 105 pp.

Rodríguez Gómez, Grisell, Matilde de la C. Molina Cinta y Livia Quintanta Llanio, (2015) Fecundidad. Estudio y comportamiento América Latina y Cuba, *Rev Nov Pob* vol.11 no.21 La Habana ene.-jun. 2015

Saab, Paul; Tim Miller y Ciro Martínez (2008), "Impacto de los cambios demográficos en las demandas sectoriales en América Latina", Rio de Janeiro, *Revista Brasileira de Estudos de População*, Vol. 26, Núm. 2, pp. 237-261.

Saab, Paul; Tim, Miller; Ciro, Martínez; Mauricio, Holz (2012), *Juventud y bono demográfico en Iberoamérica*, Brasilia, CEPAL-OIJ-UNFPA. 2ª edición.

Saab, Paul; Tim, Miller; Ciro, Martínez (2013), *Participación laboral femenina y bono de género en América Latina*, Santiago de Chile, CEPAL-UNFPA (LC/W.570), 36 pp.

Salvador, Elga (2016), *Mapeo y análisis de género de los programas de protección social y del sistema de seguridad social de RD*, República Dominicana, PNUD-GASO-ONU Mujeres.

Sánchez, Cristina (2012), *El tráfico ilícito y la trata de mujeres dominicanas en el exterior. Realidades y lineamientos de políticas públicas*, Fondo de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas-TÚ MUJER, Inc., Santo Domingo, República Dominicana, 167 pp.

Sánchez, Caldera, Rosa (2014), "Sistema Dominicano de Seguridad Social: Evaluación, análisis y mejora de los servicios de salud", Seminario Internacional: Experiencias sobre Evaluación y Mejora de los Servicios Públicos, Santo Domingo, Julio 2014, Ministerio Nacional de Salud, MSP-Proyecto Systems for Im-

proved Access to Pharmaceuticals and Services (SIAPS).

Sánchez, Miguel Eduardo; Roby, Senderowitsch (2012), *The Political Economy of the Middle Class in the Dominican Republic, Policy Research Working Paper*, Núm. 6049, abril de 2012, Santo Domingo, República Dominicana, The World Bank.

Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológico (SINAVE) (2012), *Línea de base SINAVE. Plan estratégico para la reducción de la mortalidad materna 2012-2016*, Santo Domingo, MSP-OMS-UNICEF-UNFPA, 56 pp.

Suero, Pamela y Rosa, Matos (2016), *Envejecimiento demográfico: desafío al sistema de seguridad social en la República Dominicana*, XXXV Encuentro Interinstitucional sobre el Sistema Estadístico Nacional, ONE.

Sunkel, Guillermo (2006), *El papel de la familia en la protección social en América Latina, Serie Políticas Sociales 120*, Santiago de Chile, CEPAL-División de Desarrollo Social (LC/L.2530-P), 66 pp.

Tong, Federico (2010), "El impacto de la crisis económica y financiera sobre el empleo juvenil en América Latina: medidas del mercado laboral para promover la recuperación del empleo juvenil", *Sector de Empleo, Documento de Trabajo*, Núm. 71, Ginebra, Organización Internacional del Trabajo (OIT)-Programa de Empleo Juvenil, 73 pp.

Thurow, Lester (1978). *Inversión en capital humano*. México: Editorial Trillas, Primera edición en español.

UNICEF-INTEC (1986), *Juventud: situación y perspectivas en la República Dominicana*, Santo Domingo, Instituto Tecnológico de Santo Domingo, Editora Amigo del Hogar, 167 pp.

United Nations (2017). "Millennium Development Goals Indicators: The official site for the MGD indicators". Consultado en: <https://mdgs.un.org/unsd/mdg/Data.aspx>.

UNFPA (2013), *Estado de la Población Mundial 2012*. Nueva York: UNFPA.

UNICEF (2014), *The state of the world's children 2014 in numbers. Every child counts: Revealing disparities, advancing children's rights*. New York, UNICEF.

UNESCO (2013), *Documento de Programación de la UNESCO para República Dominicana (2013-2017)*. Oficina Regional de Cultura para América Latina y el Caribe de la UNESCO / Representación de la UNESCO ante Cuba, República Dominicana y Aruba, 2013, 32p.

Vargas, Tahira. (2009). *La brecha entre la escuela y la juventud*, Anuario Pedagógico Centro Cultural Poveda, 12, pp. 213-217.

World Bank (BM) (2014), *Entendiendo el trabajo infantil y el empleo juvenil. República Dominicana*, Roma, Understanding Children's Work (UCW) Programme-UNICEF-BM, 115 pp.

World Bank. 2017. *Doing Business 2017. Equal Opportunity for All*. Washington: World Bank.

WHO (2015), *World Bank Group and the United Nations Population Division, Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*, Geneva, WHO-UNICEF-UNFPA, 12 pp.



**MEPyD**  
MINISTERIO DE ECONOMÍA, PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO



**DIGECOOM**  
DIRECCIÓN GENERAL DE  
COOPERACIÓN MULTILATERAL  
Cooperación para la Equidad Social



Fondo de Población  
de las Naciones Unidas