

La Mortalidad Infantil por Causas en República Dominicana (1960-1993)

■ Julio César Mejía *

Introducción

El significativo descenso de la mortalidad infantil en nuestro país en las últimas tres décadas ha sido suficientemente documentado. No obstante, aún persisten enormes lagunas acerca de los procesos y factores socioeconómicos, biológicos, demográficos, ambientales, conductuales y culturales responsables de tan alentadora reducción.

La investigación sobre dicho indicador ha estado centrada en la descripción de su nivel y tendencia y de algunos diferenciales socioeconómicos y demográficos, secundarizándose el análisis de las causas de muerte. Unas de las razones de esta carencia es el elevado subregistro y la cuestionada calidad de los registros vitales, y en especial de la certificación de las causas de muerte. Estas informaciones son generalmente desestimadas, censuradas o subutilizadas por los investigadores, planificadores y administradores de servicios en el área de la salud, en la mayoría de los casos de manera un tanto a priori.

*El autor es actualmente el coordinador de la Maestría en Población y Desarrollo, que imparte la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD).

Sin embargo, un examen más riguroso de estos datos, revela algunas potencialidades respecto de su utilidad en un análisis que intente dar respuesta al cómo y por qué del descenso en la mortalidad infantil. En la búsqueda de los nexos causales entre cambios socioeconómicos, conductuales, orientaciones de políticas e intervenciones socioeconómicas y sanitarias y el proceso de cambios en los niveles y tendencias de la mortalidad global y por causas conocido como transición epidemiológica, los datos de causas de muerte pueden y deben ser explorados en forma más minuciosa a la que nos hemos habituado los demógrafos, salubristas y epidemiólogos dominicanos.

El presente trabajo se inscribe en esta línea, teniendo como propósito el examen descriptivo de la evolución de la mortalidad infantil por causas de muerte durante las décadas más recientes, a través del análisis de la estructura de la mortalidad por grupos de causa, su evolución en el tiempo, y de las tendencias de las tasas de mortalidad por causas y grupos de causa.

BREVES ACOTACIONES METODOLOGICAS PREVIAS

Acerca de la calidad de las estadísticas vitales

Es un hecho indiscutible las limitaciones que adolecen los registros vitales en República Dominicana, las cuales se derivan de los errores tanto de orden cuantitativo (omisión o subregistro) como cualitativo (de certificación de la causa de muerte, de codificación, mala declaración, etc.) determinados por un conjunto de factores institucionales y administrativos y de orden cultural que afectan el sistema de

INDICE

- *La Mortalidad Infantil por Causas en República Dominicana (1960-1993)* 1
- *Situación de la Mujer Dominicana a Partir de la Convención para la Eliminación de la Discriminación* 5
- *La Importancia de los Censos de Población* . 11

registros de hechos vitales que han sido más o menos explicitados. No obstante, las siguientes comprobaciones revelan la validez del análisis de la mortalidad infantil a partir de los registros vitales:

a) La tendencia que se obtiene de la tasa de mortalidad infantil a lo largo de tres décadas es bastante parecida a las obtenidas con las Encuestas Demográficas y de Salud (DHS-86 y ENDESA-91), especialmente en el período postneonatal (Mejía, 1995).

b) Al comparar la composición de la mortalidad infantil por causas derivada de las estadísticas vitales para el quinquenio 1986-90 con la obtenida con ENDESA a través de las informaciones sobre causas de muerte declaradas por las madres de niños fallecidos nacidos cinco antes de la encuesta se observa que las mismas son bastante parecidas, como puede apreciarse en el gráfico 1. Llama la atención la similitud en el porcentaje de las tres principales causas de mortalidad en la infancia, a saber, las afecciones perinatales (incluidas las mal formaciones congénitas), las diarreas y otras infecciosas y las respiratorias. De acuerdo con ENDESA el 73.9% de las muertes infantiles ocurridas en el quinquenio se habría producido por estas causas, en tanto que las estadísticas vitales reportan un 67.6% de muertes por estas causas. Los porcentajes de muertes por enfermedades respiratorias y por afecciones perinatales son prácticamente los mismos en ambas encuestas.

c) El descenso extraordinario de

las muertes por causas mal definidas, o sea el grupo de signos, síntomas y estados morbosos mal definidos, que en 1965-69 representaban cerca del 32 por ciento, alcanzando apenas el 10 por ciento del total de muertes certificadas en 1990-93.

Respecto del denominador para el cálculo de las tasas por causa se decidió trabajar con los nacimientos anuales estimados en las proyecciones de población ONE-CELADE, en vista de las fuertes oscilaciones que presentan los registros de tales hechos vitales y en razón que sólo interesa acá mostrar las tendencias más que los niveles de mortalidad por cada causa para cada quinquenio. Las tasas que resultan no se ajustan por el grado de subregistro, por lo que alertamos que las mismas no deben leerse como representativas de niveles reales de mortalidad infantil en determinado quinquenio.

Los criterios de agrupación de las causas

Para la reconstrucción de la serie histórica de defunciones se ha tenido que compatibilizar las clasificaciones basadas en la 6ta, 7ma. y 9na revisiones de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), a partir de la clasificación actualmente vigente (CIE-9). Cabe mencionar, como ejemplo, el caso de la septicemia, que comienza a aparecer en las tablas básicas de causas de muerte¹ apenas en 1980, con los inicios de la codificación en la Secretaría de Salud Pública mediante la Revisión Novena Clasificación de la CIE. Así, una mejoría en la certificación de la causa de muerte puede reflejarse en un incremento aparente de algunas enfermedades.

A partir de las clasificaciones de

Grupos de causas		Códigos (CIE-9)
I	Enfermedades diarreicas	001-009
II	Inmunoprevenibles	045, 055, 032, 033, 037
III	Otras infecciosas	
IV	Enfermedades respiratorias	460-519, 010-012
V	Enfermedades perinatales	760-779
VI	Enfermedades cardiovasculares	390-459
VII	Enfermedades de la nutrición	260-269
VIII	Anomalías congénitas	740-759
IX	Accidentes y violencias	800-909
X	Las demás causas	E800-E999
XI	Mal definidas (signos, síntomas y estados morbosos mal definidos)	780-799

¹ Nos referimos a las listas especiales que recomienda la CIE para la tabulación de los datos de mortalidad por causas. En la Novena Revisión se sugiere especialmente la Lista Básica para Tabulación, que consta de 50 ítems, que a su vez contienen hasta 9 rúbricas codificadas a tres dígitos. Esta lista es la que se viene utilizando en la Secretaría de Salud Pública a partir de los registros correspondientes a 1980.



**POBLACION
Y SOCIEDAD**

BOLETIN BIMESTRAL

AÑO II • No. 7 • ENERO-FEBRERO DE 1996

**CENTRO DE ESTUDIOS SOCIALES Y
DEMOGRAFICOS (CESDEM)**

Av. Bolívar 911 (anterior 187), Apartado Postal 25319
Tels.: 541-2055 / 541-2865 / Fax: (809) 541-9762
Correo electrónico: cesdem@redid.org.do
Santo Domingo, D. N., República Dominicana

PARA COMUNICACION INTERNACIONAL:

P. O. Box 149020, C.P.S. #382, Coral Gables, F.L. 33114, U.S.A.

CONSEJO EDITORIAL

**Marisela Duval
Carmen Julia Gómez
Maritza Molina
Juan José Polanco
Nelson Ramírez**

Diseño e Impresión:

Editorial Gente, calle Padre Billini No. 357, Tel. y
Fax: 686-7353, Santo Domingo, R. D.

las diferentes entidades nosológicas contenidas en la 9na. clasificación Internacional de Enfermedades hemos reagrupado las causas de acuerdo con las posibilidades de las intervenciones sanitarias de reducir la mortalidad vía la reducción de la letalidad y/o el abatimiento de la morbilidad mediante medidas de tipo preventivo en los siguientes grupos:

TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD POR CAUSAS

A diferencia de la baja en la mortalidad infantil de los años 50, en los que el aporte determinante de dicho descenso fue la brutal reducción de la letalidad por malaria, el hecho más significativo de la evolución de la mortalidad por causas desde los 60 es el descenso extraordinario en la mortalidad por enfermedades transmisibles -muy en especial en las enfermedades infecciosas intestinales (diarreas)- y en las afecciones perinatales, ambas responsables actualmente de poco más del 50 por ciento de las muertes de menores de un año. Estas últimas habrían descendido cerca de un 68% entre 1965-69 y 1990-93, pasando de 1,400 a 449 defunciones por 100,000 nacidos vivos, o lo que es lo mismo, la mortalidad por enfermedades perinatales en 1990-93 es apenas cerca de un tercio de la que existía en 1965-69.

La mortalidad por diarreas era en 1965-69 casi 4 veces mayor a la actual, lo que representa una reducción de un 74 % en dicho período. No debe pasarse por alto, sin embargo, la atenuación de este descenso en el segundo quinquenio de los 80 y primero de los 90. Similar tendencia se registró con la mortalidad infantil en el quinquenio 1986-91, de acuerdo con las estimaciones obtenidas con ENDESA (Mejía, 1995). Este hecho reviste gran importancia en términos de los futuros descensos de la mortalidad infantil y de los retos que plantea a las acciones que vienen desarrollándose en el país para el control y reducción de la mortalidad por enfermedades diarreicas

agudas -particularmente la difusión y educación sobre manejo de la terapia de rehidratación oral-, toda vez que las diarreas constituyen más del 80 por ciento de las muertes por enfermedades transmisibles y casi un cuarto del total de muertes infantiles.

Dentro del conjunto de enfermedades transmisibles, también experimenta un importante descenso (83 por ciento) el grupo de otras infecciosas (sífilis, septicemia, disentería, etc.), cayendo de una tasa de 348 por 100,000 en 1970-74 a sólo 54.7 por 100,000 en 1990-93.

De un incremento sostenido que habían experimentado las enfermedades respiratorias hasta el segundo quinquenio de los 70, comienzan a declinar desde los 80, reduciéndose en 58 por ciento, al pasar de 341 a 44 por 100,000 nacidos vivos entre 1975-79 y 1990-93. Similar tendencia muestran las inmunoprevenibles, cayendo de una tasa de 57.5 en 1975-79 a 7.3 en 1985-89, lo cual revela el éxito de las vacunaciones masivas a la población infantil que se vienen realizando en el país desde hace unos diez años. Un incremento a 26 en los años 1990-93 se observa en estas enfermedades, debido a una epidemia de sarampión en 1991.

Las anomalías congénitas, al igual que las carencias nutricionales, comienzan a descender apenas en el segundo quinquenio de los 80 luego de traer una tendencia ascendente hasta 1980-84. Un incremento sostenido en todo el período presentan las enfermedades cardiovasculares y los accidentes y demás muertes violentas, cuadruplicándose las primeras y duplicándose las segundas.

Período neonatal

El descenso en la mortalidad neonatal desde mediados de los 70 se ha debido principalmente a la extraordinaria reducción en la mortalidad por enfermedades perinatales, a pesar que aún en la actualidad dos de cada tres niños que mueren en el primer mes de vida lo hacen por alguna de estas afecciones.

También han experimentado una reducción importante en todo el período la segunda causa de mortalidad neonatal, las enfermedades diarreicas y demás infecciosas, siendo su tasa actual apenas el 12% de la que exhibían en 1965-69.

La mortalidad por enfermedades respiratorias comienza a declinar desde el segundo quinquenio de los 70, como resultado principalmente de la reducción en la mortalidad por neumonías y bronquitis. Las anomalías congénitas, que han pasado a ocupar el segundo lugar en el ordenamiento de las causas en este período, comienzan a declinar en el segundo quinquenio de los 80 hasta alcanzar el nivel de principio del período, luego de haberse casi duplicado entre 1965-69 y 1980-84. Las deficiencias nutricionales muestran una tendencia al descenso, con un aumento en el primer quinquenio de los 80. Debe destacarse el importante descenso en los síntomas, signos y estados morbosos mal definidos, de una tasa de 187 por 100,000 en 1965-69 a apenas 32.5% en 1990-93.

Período posneonatal

Las reducciones más importantes en la mortalidad postneonatal se han producido en las enfermedades diarreicas, de 1,162.8 a 295.7 muertes por cada 100,000 nacimientos. A pesar de esto, continúan siendo aún la primera causa de muerte en este período. Aunque en menor proporción, también registran descenso las respiratorias y las prevenibles con vacunación. Las carencias nutricionales, tercera causa de mortalidad, muestran una tendencia ascendente, con una ligera reducción en el segundo quinquenio de los 80. También muestran una tendencia creciente las muertes por enfermedades cardiovasculares, anomalías congénitas y accidentes y violencias. Una drástica reducción se observa en los signos, síntomas y estados morbosos mal definidos. De una tasa de 1,412 en 1965-69 cae a 123 en 1990-93, representando en este quinquenio sólo el 13.5% de todas las muertes.

LA EVOLUCION DE LA ESTRUCTURA DE LA MORTALIDAD POR CAUSAS

A lo largo de tres décadas se han producido importantes cambios en la estructura de la mortalidad infantil por causas, no obstante las afecciones perinatales y las enfermedades diarreicas continúan predominando en el perfil de mortalidad por causas, ocupando el primero y segundo lugar dentro de las diez principales causas de mortalidad infantil y aportando cerca de la mitad del total de muertes infantiles. Más aún las primeras han mantenido prácticamente su peso relativo de algo más de un cuarto del total de muertes infantiles, si se excluyen los dos quinquenios de los 80, cuyo incremento podría deberse a errores de codificación como resultado del cambio de la Octava a la Novena Revisión de la CIE. En cambio las diarreas han reducido su importancia relativa, pasando de 24 por ciento a inicio del período a 17.7 por ciento en 1985-89, incrementándose a 21.5 en el quinquenio 1990-93. Las enfermedades respiratorias, han pasado del cuarto al tercer lugar incrementado su participación relativa a 9%. Las anomalías congénitas se han posicionado en el cuarto lugar de un sexto lugar que ocupaban a inicios del período. No obstante haber caído al sexto lugar, las deficiencias nutricionales han incrementado su porcentaje de apenas 1.4% a 6% entre 1965-69 y 1990-93.

Cabe destacar por último, dada la importancia que tiene en términos de la calidad de los datos de certificación de la causas, y por consiguiente, en la validez del análisis de dichos datos, la reducción importante experimentada en el porcentaje de causas mal definidas a partir de los 80, cayendo de 31.5% en 1975-79 a 7% en 1985-89 y 10% en 1990-93.

Estos cambios en el posicionamiento y el peso relativo de las causas de muerte se han verificado en casi todos los países de América Latina que han logrado importantes

reducciones en la mortalidad, y muy en particular en la mortalidad infantil, que se ha traducido en grandes ganancias en esperanza de vida, tanto en los países que casi han completado o han avanzado significativamente en la transición demográfica como entre aquellos que se encuentran en la plena transición, como es el caso de República Dominicana. En el cuadro 1 se puede observar que nuestro país presenta una estructura de la mortalidad infantil por grandes grupos de causa un tanto parecido al que exhiben actualmente varios países latinoamericanos que se encuentran en la misma etapa de la transición demográfica, como es el caso de Ecuador, Perú y Brasil.

Período neonatal

Algo más de dos de cada tres niños que mueren antes del primer mes de vida siguen falleciendo por alguna afección perinatal, proporción que lejos de reducirse muestra una tendencia al incremento desde los 80, lo que indica el potencial importante de reducción de la mortalidad neonatal que aún exhibe nuestro país. En un lejano segundo lugar han pasado las anomalías congénitas, con apenas 8.5 por ciento.

Período Postneonatal

El cambio más importante que se ha operado en la estructura de la mortalidad en este período es el incremento en el porcentaje de muertes por enfermedades respiratorias y por deficiencias nutricionales, subiendo estas últimas a la tercera posición dentro del ordenamiento de las diferentes causas, mientras que las respiratorias han permanecido en el segundo lugar detrás de las diarreas. Estas últimas han incrementado ligeramente su peso relativo a casi un tercio en el período 1990-93, no obstante el importante descenso antes observado.

No obstante estos cambios en la composición de las muertes por causas,

el ordenamiento de éstas se ha mantenido prácticamente inalterado, salvo el ascenso al sexto lugar de las enfermedades cardiovasculares, aunque mantienen un bajo peso (apenas 3.6% en 1990-93), y el desplazamiento a la octava posición de las enfermedades prevenibles por vacunación de un quinto lugar que ocupaban en 1965-69.

En síntesis, puede afirmarse que la etapa actual en que se encuentra la transición de la mortalidad infantil predomina un perfil de mortalidad por causas que tiene como una de sus principales características la coexistencia de niveles aún proporcionalmente elevados de enfermedades transmisibles y no transmisibles, con una tendencia al incremento en la incidencia y el peso relativo de estas últimas -prevalentes en países desarrollados y algunos del tercer mundo que han logrado reducir la mortalidad infantil a niveles cercanos al de los primeros-, así como la persistencia de enfermedades que se sinergizan con condiciones de pobreza material (desnutrición proteico-calórica, hacinamiento, saneamiento básico precario, etc.), como son las diarreas, deficiencias nutricionales, neumonías y otras respiratorias agudas, septicemias, sarampión, etc., en cuyas condiciones incrementan poderosamente su letalidad.

Estos contrastes en el perfil de la mortalidad infantil evidencian las profundas inequidades del sistema socioeconómico y sanitario dominicano, planteando enormes retos y desafíos al sistema de atención en salud en República Dominicana. Al mismo tiempo, evidencian las potencialidades de reducción de causas importantes con intervenciones de poca complejidad y bajo costo, el predominio de las muertes neonatales, y particularmente de las perinatales en este período, plantean problemas que demandan intervenciones más complejas y costosas, complementadas con acciones básicas como el control de embarazo y atención institucional del parto.

Cuadro 1

Distribución porcentual de las muertes infantiles por grupo de causas en países seleccionados de América Latina alrededor de 1990

Pais	TMIa/	Transmi- sibles	Infec. Intest.	Inmuno- preven.	Respira- torias	Perina- tales	Enf. de la nutric.	Cardio- vasc.	Anomalias congenitas.	Accidente	Mal definidas
Argentina (1989)	22	13.7	3.6	0.2	7.3	50.2	3.1	3.4	14.6	4.4	4.8
Brasil (1987)	54	29.2	12.9	0.4	10.1	37.2	3.8	0.4	5.7	0.9	22.9
Colombia (1990)	17	27.3	10.9	0.5	15.6	42.2	3.1	1.8	11.1	2.4	2.9
Costa Rica (1989)	14	15.6	5.9	0.1	8.6	44.3	1.6	0.2	31.0	1.5	2.4
Cuba (1990)	10	24.2	5.4	0.0	9.9	39.6	0.3	1.3	24.2	3.7	0.6
Chile (1990)	15	21.5	2.2	0.2	16.0	34.2	0.5	0.3	21.9	14.4	3.2
Ecuador (1989)	47	33.3	17.5	1.4	18.4	34.9	4.6	0.6	6.5	1.2	9.1
Jamaica (1985)	12	35.9	22.1	0.1	11.7	16.4	13.0	7.6	7.0	1.1	13.5
México (1990)	28	36.0	15.1	2.9	17.7	35.2	4.5	1.2	10.9	2.3	2.5
Panamá (1989)	18	15.2	6.3	0.6	7.4	48.2	2.5	0.5	18.5	3.4	6.3
Perú (1989)	46	26.0	8.8	0.2	16.0	17.1	3.2	1.1	2.6	0.9	43.4
Uruguay (1990)	20	13.8	3.0	0.2	8.4	42.3	3.2	1.9	18.1	7.8	6.7
Rep. Dominicana (1990)	42	28.7	25.4	0.3	9.0	27.2	9.0	3.0	4.0	1.0	10.8

a/ Estimaciones para 1992 obtenidas de UNICEF, Estado Mundial de la Infancia 1994.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Estadísticas de Salud de Las Américas. Edición 1992. (Publicación Científica 542)

Fuente: Tablas construidas a partir de las tablas de defunciones procesadas por la Unidad de Informática de SESPAS (de 1978 a 1993) y de las tablas publicadas en el Anuario Estadísticas Demográficas de la ONE (para los años 1960-77)

GRAFICO 1
ESTRUCTURA DE LA MORTALIDAD INFANTIL POR GRUPO DE CAUSAS, SEGUN FUENTE DE CALCULO, 1986-1990.

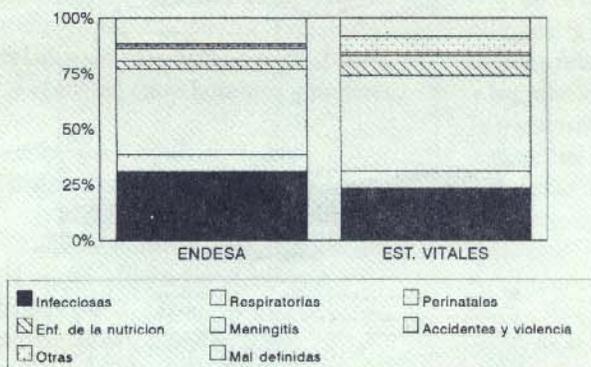


GRAFICO 3
TASAS DE MORTALIDAD (100,000), POR GRUPO DE CAUSAS, SEGUN QUINQUENIO, 1960-1993.

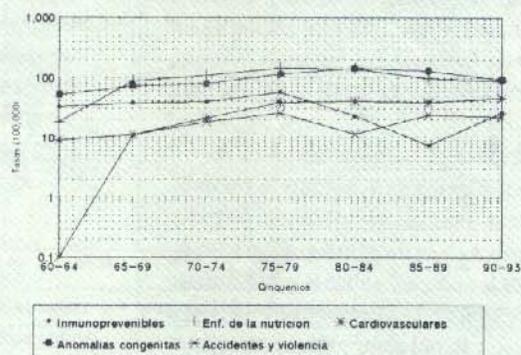


GRAFICO 2
TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL (100,000), POR GRUPO DE CAUSAS, SEGUN QUINQUENIO, 1960-1993.

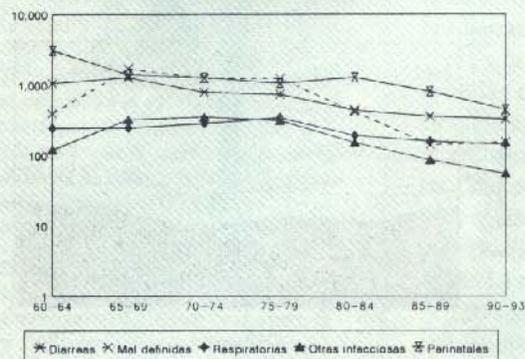


GRAFICO 4
TASAS DE MORTALIDAD POSTNEONATAL (100,000), POR GRUPO DE CAUSAS, SEGUN QUINQUENIO, 1965-1993.

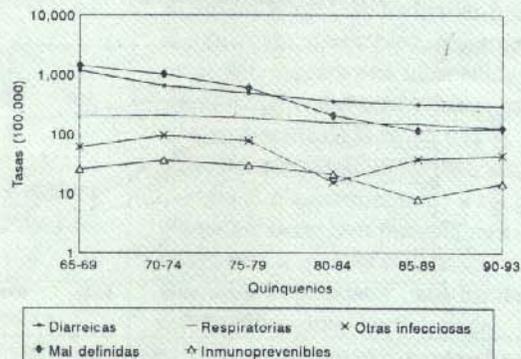


GRAFICO 5
TASAS DE MORTALIDAD (100,000), POR GRUPO DE CAUSAS,
SEGUN QUINQUENIO. 1965-1993. (PERIODO POSTNEONATAL)

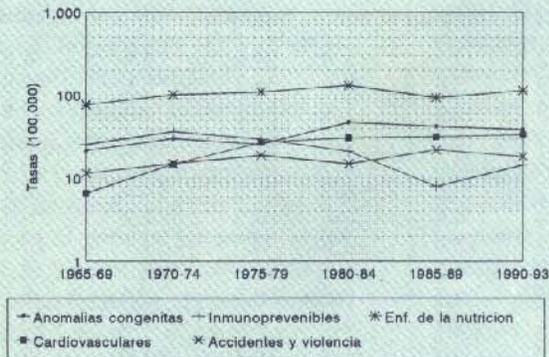


GRAFICO 8
ESTRUCTURA DE LA MORTALIDAD INFANTIL, POR GRUPO DE CAUSAS,
SEGUN QUINQUENIO. 1965-1993.

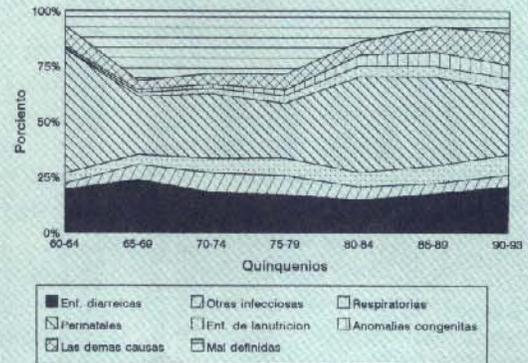


GRAFICO 6
TASAS DE MORTALIDAD NEONATAL (100,000), POR GRUPO DE CAUSAS,
SEGUN QUINQUENIO. 1965-1993.

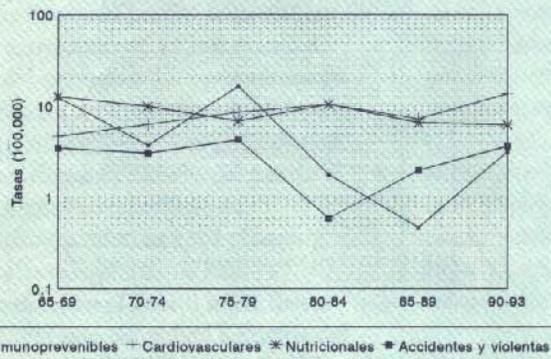


GRAFICO 9
ESTRUCTURA DE LA MORTALIDAD NEONATAL, POR GRUPO DE CAUSAS,
SEGUN QUINQUENIO. 1965-1993.

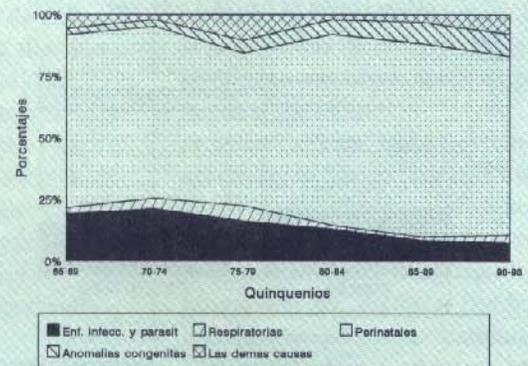


GRAFICO 7
TASAS DE MORTALIDAD NEONATAL (100,000), POR GRUPO DE CAUSAS,
SEGUN QUINQUENIO. 1965-1993.

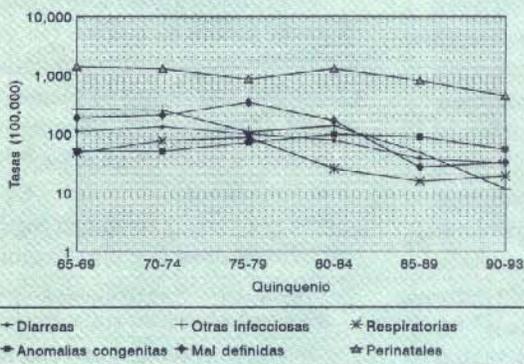
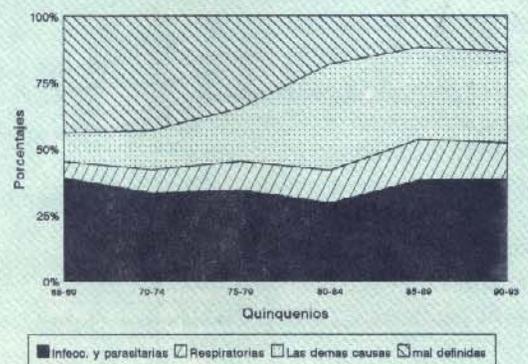


GRAFICO 10
ESTRUCTURA DE LA MORTALIDAD POSTNEONATAL, POR GRUPO DE CAUSAS,
SEGUN QUINQUENIO. 1965-1993.



Situación de la Mujer Dominicana a Partir de la Convención para la Eliminación de la Discriminación¹

■ Marisela Duval

La Convención para la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la Mujer constituye la declaración de principios y de acciones más importante que se ha formulado en pro de la igualdad social entre los sexos. Compuesta de 30 artículos, los 16 primeros relacionados con aspectos socioeconómicos, jurídicos, políticos y culturales de la condición femenina a nivel mundial, y los 14 restantes dirigidos a crear las condiciones institucionales para el seguimiento y evaluación de los progresos alcanzados por los diferentes países signatarios de la misma, promulga en forma "jurídicamente obligatoria" principios aceptados universalmente para el logro de la igualdad entre hombres y mujeres.

Descripción y Alcance de las Medidas Contempladas

Durante el decenio de 1970 el tema de la mujer adquirió el carácter de debate público, captando el interés de importantes organismos regionales y mundiales², en un contexto de vigoroso crecimiento de las economías latinoamericanas, incluso de las no exportadoras de petróleo y a pesar de las alzas del mismo en 1973 y 1979 y de las ulteriores recesión y desaceleración del crecimiento económico de los países industrializados en 1974-1975 y 1980³.

1 El presente artículo es una versión modificada del capítulo que con el mismo título fue elaborado por la autora como parte del análisis de Situación de la Niñez y la Mujer, realizado por el CESDEM para el UNICEF, en coordinación con ONAPLAN.

2 En 1973 la CEPAL inicia sus actividades relativas a la situación de las mujeres latinoamericanas y en 1975 se lleva a cabo la primera Conferencia Mundial sobre la Mujer por las Naciones Unidas.

3 Naciones Unidas/CEPAL. Estudio Económico de América Latina, 1981.

Aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1979, la Convención prescribe un conjunto de disposiciones para producir los cambios necesarios a nivel de la cultura, la vida doméstica y las diferentes esferas de la sociedad que más influyen en la condición de la mujer: vida política y pública, educación, empleo, salud, vida económica y social, medio rural y legislación.

En el plano de la cultura se prescribe la eliminación de prejuicios y prácticas consuetudinarias basadas en la idea de la inferioridad o superioridad de los sexos.

En la familia y la vida doméstica, eliminar la discriminación en todos los asuntos relacionados con el matrimonio y las relaciones familiares. Se parte de la responsabilidad común de hombres y mujeres en cuanto a la educación y desarrollo de los hijos. Impedir la discriminación por razones de matrimonio o maternidad: prohibir, bajo pena de sanciones, el despido por motivo de embarazo; implantar la licencia de maternidad con prestaciones sociales; alentar el suministro de los servicios sociales de apoyo necesario para combinar las obligaciones de la familia con las responsabilidades del trabajo y la vida pública; protección especial durante el embarazo en los tipos de trabajo que puedan resultar perjudiciales.

En la vida política y pública, igualdad de condiciones para votar y ser elegible en todas las elecciones y referendums con miras a ejercer todas las funciones públicas; participar en la formulación y ejecución de las políticas gubernamentales y representar a su gobierno en el plano internacional.

Respecto a la educación, iguales condiciones de orientación en materia de carreras y capacitación profesional; al acceso a la enseñanza preescolar, general, técnica y profesional en zonas

urbanas y rurales; eliminación de todo concepto estereotipado de los papeles masculino y femenino en todos los niveles y en todas las formas de enseñanzas, mediante la modificación de textos, programas y metodologías educativas; iguales oportunidades para la obtención de becas y otras subvenciones para cursar estudios; las mismas oportunidades de acceso a los programas de educación complementaria, incluidos la alfabetización funcional y de adultos; reducción de la tasa de abandono femenino y organización de programas para jóvenes y mujeres que hayan dejado los estudios prematuramente; igualdad para participar activamente en los deportes y la educación física; así como al material informativo específico para asegurar la salud y el bienestar de la familia.

A nivel del empleo, igualdad de derecho al trabajo, extensivo a los criterios de selección, la libre elección de profesión y empleo, al ascenso, estabilidad y a todas las prestaciones de servicio, formación profesional y readiestramiento, incluido el aprendizaje, la formación profesional superior y el adiestramiento periódico. Igual remuneración, prestaciones y trato con respecto a un trabajo de igual valor y con respecto a la evaluación de la calidad del trabajo. El derecho a la seguridad social, en particular frente a la jubilación, desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otra incapacidad para trabajar, así como a vacaciones pagadas, a la protección de la salud y la seguridad en condiciones de trabajo.

En el plano económico y social se planteó el derecho a prestaciones familiares; a obtener préstamos bancarios, hipotecas y otras formas de crédito financiero; participar en actividades de esparcimiento, deporte y todos los aspectos de la vida cultural.

Considerando los problemas especiales de la mujer rural y el

importante papel que juega en la supervivencia de la familia, se planteó asegurar su igualdad para participar en la elaboración y ejecución de los planes de desarrollo; acceso a servicios adecuados de salud; beneficios directos de la seguridad social; educación y formación académica y no académica, incluidos los relacionados con la alfabetización funcional, beneficio de todos los servicios comunitarios y de divulgación; igualdad en las oportunidades económicas mediante el empleo por cuenta propia o ajena; participar en todas las actividades comunitarias; acceso a créditos y préstamos agrícolas; a los servicios de comercialización y tecnología apropiadas; igual trato en los planes de reforma agraria y reasentamiento; gozar de condiciones de vida adecuadas en lo concerniente a servicios sanitarios, electricidad, abastecimiento de agua, transporte y comunicaciones.

En materia de legislación, reconocer a la mujer la igualdad con el hombre ante la Ley. En materia civil, igual capacidad jurídica, y las mismas oportunidades para su ejercicio, esto incluye iguales derechos para firmar contratos y administrar bienes, recibiendo un trato igual en cortes y tribunales, en todas las etapas del procedimiento. Asimismo se reconocerán iguales derechos a circular libremente y para elegir residencia y domicilio.

En lo concerniente a salud, se acordó asegurar la igualdad de acceso a la atención médica y la planificación familiar, asegurando los servicios apropiados en relación al embarazo, parto, postparto, así como la nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

Evaluación de la Situación Nacional respecto a la Condición de la Mujer ⁴

La familia constituye uno de los principales determinantes de la condición de la mujer, en tanto es una de las principales vías de socialización del individuo y por ende de reproducción de la discriminación, que conlleva una fuerte diferenciación en los tipos de uniones. El matrimonio legal es la única unión legítima, a pesar de que el concubinato o unión libre constituye el patrón predominante en una parte importante de los hogares dominicanos. Las mujeres en unión libre son aproximadamente el 60% de todas las mujeres casadas o unidas (ENDESA, cuestionario individual). En las mujeres rurales de 15-49 años, el 74.8% de las uniones conyugales son uniones libres (ENDESA, cuestionario de hogar ampliado). El que este tipo de uniones constituye una de las grandes fuentes de discriminación social a la mujer se constata por el hecho de que las mujeres en unión consensual tienen peores indicadores socioeconómicos y demográficos: menor nivel educativo, residen en zona rural, mayor número de hijos por menor uso de anticonceptivos y mayor número de uniones. ⁵

Respecto al apoyo social necesario para combinar las obligaciones de la familia con las responsabilidades del trabajo queda mucho por alcanzar. El trabajo doméstico y cuidado de los hijos constituye el principal obstáculo a la mujer para su plena participación en condiciones de igualdad. La no integración de los hombres y las bajas condiciones de los servicios sociales públicos en el país, convierten la cotidianidad doméstica en una dura jornada para la mujer. La instalación de guarderías infantiles en todas las empresas y fábricas del sector privado, aunque está previsto en el código de trabajo, su cumplimiento es muy lento, aún en las zonas francas donde se concentra la mayor proporción del trabajo asalariado de la mujer.

Se verifica un fuerte desequilibrio

entre la incorporación masiva femenina al trabajo productivo y a la educación, y su presencia minoritaria en todo el sistema jurídico, político e institucional del país, constatándose una muy "desigual distribución por sexo de las funciones públicas directivas del gobierno, el congreso, la judicatura, los partidos políticos, los sindicatos y los principales gremios y asociaciones profesionales y de otra índole" ⁶.

En materia de educación, es donde se han producido los principales avances, reduciéndose las diferencias cuantitativas con relación a los hombres en casi todos los niveles educativos, aunque existen importantes diferencias en el tipo de formación seleccionada por hombres y mujeres. El analfabetismo sigue constituyendo un problema relativamente elevado en el país, con grandes diferencias geográficas. Las mujeres jóvenes presentaron niveles más bajos (12.6 contra 23.9 en el grupo de 10-14 años) y (6.8 contra 13.3 en el de 15-19) en 1991 (ENDESA, cuestionario de hogar ampliado), pero es más elevado en las de 15 años y más tanto urbanas como rurales.

La educación técnico vocacional a nivel del Estado es muy reducida dentro de la formación de los recursos humanos del país, al igual que las ofertas de carreras no tradicionales para toda la población. En 1993, apenas el 30% de los politécnicos públicos contemplaba en su currícula ofertas de estudios en áreas de mecánica automotriz y diesel, ebanistería, electrónica, mecánica y artes gráficas. Si bien se verifica un alto predominio de mujeres en este tipo de formación (60.5% en 1991), las mismas se concentran en áreas tradicionales, artesanía (100%), turismo (78%) y salud (92%). La mayor proporción cursaba los dos niveles inferiores (formación y aprendizaje/entrenamiento y capacitación), siendo minoritarias en

4 Para la evaluación de la situación de la mujer se utilizaron, principalmente, los dos informes del país para la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer realizada en Beijing 1995, preparados por la Dirección General de Promoción de la Mujer, y la Coordinadora de Organizaciones no Gubernamentales del Área de la Mujer en junio de 1994.

5 En las Cámaras Legislativas está pendiente de aprobación un Anteproyecto de Ley específico para las uniones consensuales.

6 Para mayor información al respecto ver, Coordinadora de Organizaciones no Gubernamentales del Área de la Mujer. Informe Nacional Sobre la Mujer, MIMEO. Junio, 1994. Preparado por la consultora Clara Báez.

el tercer nivel (bachillerato técnico).

El embarazo en adolescentes constituye una causa importante de abandono femenino de los estudios, existiendo una disposición que impide a las jóvenes continuar estudiando en las escuelas y liceos públicos después que se unen o quedan embarazadas.

Desde la década de los 60s se viene verificando una sostenida incorporación de la mujer dominicana a la actividad laboral, proceso que se caracteriza por ser predominantemente urbano, en el sector servicios de la economía (aproximadamente 80%), la actividad informal de subsistencia (22.1% de la PEA femenina en 1983), en el marco de una situación estructural de elevado desempleo, (46.7% femenino contra 11.8% masculino en 1991, siendo más grave en la zona rural, 55.0% contra 9.5% y mayormente en la categoría de asalariadas, constituyendo el trabajo asalariado femenino al inicio de los 90s una proporción mayor que en los hombres, 60.2% contra 44.5%.

En correspondencia con el perfil laboral de la mujer se verifica una desigualdad salarial según sexo a nivel global de la PEA, debida en gran parte al predominio de las mujeres en las actividades y oficios de más baja remuneración: el servicio doméstico, comercio informal y las zonas francas. En 1991, el 65.4% de los hombres y 73.8% de las mujeres tenían una remuneración mensual inferior al salario mínimo.

La seguridad social se caracteriza por su baja cobertura, de apenas el 5.8% de la población total en 1992, dejando sin protección entre otros grupos de alto riesgo, a las mujeres que trabajan en el sector agropecuario, los trabajos por cuenta propia y para particulares o casas de familia.

El acceso de la mujer a recursos productivos refleja los niveles de subordinación social prevalecientes, a pesar de su incorporación masiva a la actividad económica y a la educación. Su acceso al crédito agrícola ha sido muy limitado por su débil participación en la propiedad de la tierra, principal medio de garantía exigido por el Estado para el otorgamiento de créditos. En 1993, las mujeres recibieron el 7% del número de créditos otorgados por las

principales sucursales del Banco Agrícola, equivalente al 7% del monto solicitado y destinados a financiar el 28% de la superficie agrícola.

La organización económica y social del país se ha caracterizado por ser excluyente de amplios sectores de la población del trabajo suficientemente productivo y la satisfacción de las necesidades básicas, exclusión que afecta en mayor grado a la mujer, particularmente a la del medio rural. Se constatan más altos índices de exclusión escolar rural y de analfabetismo, la proporción de mujeres rurales analfabetas, mayores de 15 años, es tres veces más alta que la de las mujeres urbanas (31.4% contra 10.8%) y el acceso a la educación técnico vocacional es prácticamente inexistente en la zona rural.

Del mismo modo, las mujeres rurales tienen una menor participación en la actividad económica que las urbanas (46.7% contra 60.0%), y la segmentación ocupacional es mucho más acentuada. Mientras el 69% de los hombres rurales se concentran en la agropecuaria, las mujeres están aglutinadas en los servicios personales, el comercio y artesanías.

Las precarias condiciones de los servicios básicos contribuyen a reducir aun más los de por sí bajos niveles de calidad de vida y bienestar de la mujer rural. En 1991 apenas el 46.7% de los hogares rurales tenía acceso a agua por tubería dentro y fuera de la vivienda; 45% a alumbrado eléctrico y 6.3% a inodoro privado, valores muy por debajo de los reportados para la zona urbana de 83%, 97% y 51%, respectivamente. En el mismo año, el principal combustible de dichos hogares para la cocción de los alimentos fue la leña con un 93%, hecho que repercute de manera muy negativa contra la salud de la mujer por la diversidad de problemas respiratorios y de otra índole derivados del humo y la exposición prolongada al calor, como en el deterioro ambiental del medio rural.

A nivel de la legislación se requieren importantes modificaciones en los diferentes códigos (civil, penal, laboral y de comercio) que están debidamente identificadas desde hace varios años, para eliminar los

contenidos discriminatorios y crear el marco jurídico adecuado para su participación en un plano de igualdad.

Entre las principales discriminaciones que todavía persisten están la desigualdad respecto de las uniones consensuales. Las normas y disposiciones legales vigentes inhabilitan a muchas familias, básicamente la mujer y sus hijos/as para obtener los beneficios legales que le corresponden a los cónyuges, como derechos de herencia, seguro médico, acceso a créditos, entre otros. Persiste la excusabilidad del homicidio del cónyuge sorprendido en adulterio en la casa conyugal, situación que afecta en mayor grado a la mujer; el estupro o violación están definidos como delitos contra "la honestidad y el pudor", penalizándose en relación inversa con la edad de la mujer y en caso de rapto o seducción se exime de toda persecución si el agresor se casa con la agraviada; la violencia doméstica y violencia sexual no están tipificadas como delitos.

En materia de salud las medidas contempladas en la Convención, son muy reducidas, referidas a la condición reproductiva femenina, dejando fuera importantes aspectos de la salud laboral, mental, violencia doméstica y social que afectan la salud de la mujer, y que son muy poco atendidos por los programas de salud pública.

La morbilidad femenina es mayor en las mujeres que en los hombres, tanto en lo referente a enfermedades agudas (respiratorias, infecciosas y parasitarias), como en las enfermedades crónicas (hipertensión, artritis, asma y diabetes), siendo mayor en las madres y en la zona rural, por el gran peso de las enfermedades respiratorias. La expansión del SIDA en el país lo convierte en un serio problema de salud de la mujer.

La mortalidad materna no se conoce con exactitud. Estimaciones entre 100 y 150 por cien mil nacidos vivos, la sitúa en uno de los niveles más altos de la región, siendo las principales causas problemas de fácil prevención con una atención prenatal adecuada: toxemia, hemorragia, abortos y sepsis. El embarazo de adolescentes constituye un serio problema de salud reproductiva, caracterizado por fuertes

diferenciales de índole socioeconómica: en 1991 un 18% de las adolescentes habían iniciado la procreación, proporción que fue de 27% en la zona rural y de 44% en las mujeres sin educación. Aproximadamente el 12% del total de mujeres en edad fértil presentan necesidades insatisfechas en planificación familiar, que aumenta en las menores de 30 años, de la zona rural y las mujeres sin educación formal o muy baja escolaridad.

El cuadro que sigue a continuación muestra las diferencias en los principales indicadores sociales de la población según sexo, a partir de la última Encuesta Demográfica y de Salud, ENDESA-91.

PRINCIPALES INDICADORES SOCIALES SEGUN SEXO (1991)

INDICADORES	MUJERES	HOMBRES
Tasa act. econ. Urbana	60.0	78.8
Tasa act. econ. Rural	46.7	83.6
Desempleo Urbano	43.1	13.6
Desempleo Rural	55.0	9.5
Trabajo por cuenta propia	24.1	38.3
Trabajo asalariado	60.2	44.5
Empleadores	1.2	3.6
Gerentes/administradores	2.7	2.9
Analfabetismo 15 años y más	17.9	17.5
Zona Urbana	10.8	8.7
Zona Rural	31.4	29.7
Jefatura de hogar	25.0	75.0
Prevalencia enfermedades mes anterior entrevista	41.6	29.9
Prevalencia enfermedades crónicas	25.6	12.0

Esfuerzos Nacionales para el Cumplimiento de la Convención

Con la ratificación de la Convención y la creación de la Dirección General de Promoción de la Mujer en 1982, el gobierno dominicano dio un importante paso con miras al cumplimiento de los acuerdos asumidos, en momentos de una cierta apertura democrática a nivel nacional. Como organismo de mayor jerarquía dentro de la estructura gubernamental (actualmente su directora general ostenta el rango de Secretaria de Estado), fue creado con el

objetivo principal de implementar una política nacional en favor de la mujer en correspondencia con la política nacional de desarrollo del país. La vuelta, no obstante, en 1986 al régimen político que ha dominado la sociedad dominicana en las últimas cuatro décadas, caracterizado por la falta de institucionalidad y débil desarrollo de la democracia, ha impedido un avance importante en la consecución de los objetivos y medidas propuestas.

Entre los principales esfuerzos que se vienen realizando a nivel gubernamental como de las organizaciones de la sociedad civil se destacan los siguientes:

- Constitución de la Coordinadora de Organizaciones no Gubernamentales de Mujeres en 1989⁷, como principal medio de coordinación entre la mayor parte de estas entidades, que está contribuyendo a la formación de un liderazgo político de las mujeres organizadas del país, para la negociación con el Estado y otras instancias de la sociedad. La lucha por la igualdad jurídica ha sido uno de los principales ejes de acción de estas organizaciones, que han venido desplegando una importante labor de concientización y movilización social, para impulsar los cambios requeridos. Igualmente vienen trabajando en la desmitificación de los estereotipos de género en la práctica doméstica y en la elección de las ocupaciones y oficios, mediante la capacitación a mujeres en áreas no tradicionales.

- Realización de numerosos eventos, seminarios, talleres, reuniones, campañas de concientización y capacitación en género, organizados por la Dirección General de Promoción de la Mujer y las Organizaciones no Gubernamentales del Área, con los auspicios de organismos internacionales, así como la producción y difusión de importantes estudios sobre la condición de la mujer dominicana, que están contribuyendo a elevar los niveles de conciencia de la población en general y muy particular de las propias mujeres para asumir la situación en cuestión como una problemática social.

De todo lo anterior se debe concluir, que si bien el trabajo de instituciones del Estado y la sociedad civil, de grupos de mujeres organizadas o no, se ha traducido en avances y mejorías de la condición de la mujer dominicana con relación al pasado, dos o tres décadas atrás, se requieren cambios urgentes en lo económico, político, jurídico y cultural para elevar dicha condición en un plano de igualdad social.

⁷ Duval, Marisela. La Coordinadora de Entidades no Gubernamentales que trabajan con Mujeres. El Siglo, 18 de junio 1990.

La Importancia de los Censos de Población

■ Nelson Ramírez

Introducción

Los censos de población y vivienda, realizados modernamente por un gran número de países con intervalos de alrededor de diez años, proporcionan no sólo las cifras sobre totales de habitantes, hogares y viviendas en las diversas áreas del territorio nacional, información de por sí muy útil, sino que además investigan un conjunto de características demográficas, económicas y sociales cuyo conocimiento es fundamental para elaborar y llevar a cabo planes y programas eficaces dirigidos al mejoramiento de las condiciones de vida de la población.

Un censo es una investigación estadística de gran envergadura en la que se pretende obtener información de cierta calidad sobre los diversos aspectos de interés; esta ardua tarea debe ser realizada normalmente en uno o dos días y para ello se deben utilizar decenas de miles de empadronadores(as) y supervisores(as). Este personal es reclutado de entre los empleados de instituciones públicas, incluyendo los maestros de primaria y secundaria, así como de los estudiantes que están completando el bachillerato, a los que se paga un pequeño emolumento, más bien una especie de viático, por su trabajo.

Es evidente que tanto la

magnitud y naturaleza de la labor a realizar en el escaso tiempo disponible, como las dificultades que conlleva el seleccionar, motivar y entrenar adecuadamente a un número tan masivo de personas, son elementos que inciden negativamente en la calidad de los datos censales y que es preciso tratar de superar, sobre todo dedicando el tiempo y el cuidado requerido a la fase de entrenamiento.

Aún teniendo presente lo expresado en el párrafo anterior, el censo de población y vivienda constituye una oportunidad única en cada decenio de conocer importantes características y tendencias de la población, no sólo al nivel nacional sino también regional, provincial, municipal y para todas y cada una de las localidades urbanas y rurales del país; esta condición confiere al censo un rol insustituible en la instrumentación de la planificación social y económica a los distintos niveles.

Sin pretender ser exhaustivos se enumeran a continuación las aplicaciones de los datos obtenidos comúnmente en los censos poblacionales, en diferentes sectores de la acción pública.

Educación

Las informaciones censales permiten precisar los progresos o retrocesos registrados en la

población en general en cuanto a los niveles de alfabetismo, de instrucción (tipos y años de estudio) y de asistencia a establecimientos de enseñanza, aspectos estrechamente ligados al desarrollo de los pueblos en todos los órdenes -niveles que no pueden ser conocidos a través de los registros continuos del sistema educativo nacional, dado que éstos comprenden sólo a la población atendida. La disponibilidad de estos datos a nivel provincial, municipal y aún para determinadas comunidades y barrios, es indispensable para orientar los programas de construcción de escuelas y formación y utilización de maestros, entre otros.

Empleo y Recursos Humanos

En esta área son de particular interés para la formulación e implementación de políticas y planes las cifras sobre ocupados y desocupados, horas trabajadas a la semana e ingresos, las que, cruzadas con las variables pertinentes, nos señalan en cuáles grupos de población, áreas geográficas y sectores de actividad económica es más crítica la situación de desempleo y subempleo.

Por otra parte, las distribuciones de la fuerza de trabajo por ramas de actividad, grupos ocupacionales y categorías de ocupación (relación del trabajador con los medios de producción), son importantes

indicadores del grado de desarrollo o modernización de la economía, del impacto social de los distintos sectores económicos, y de la extensión e incidencia de la economía informal, entre otros aspectos nodales del desarrollo nacional y regional.

Dentro de este punto cabe mencionar también la utilidad de los cuadros o tablas en que se combina la ocupación u oficio con el nivel de instrucción y con los datos sobre enseñanza técnico-vocacional recibida, a los fines del estudio de los recursos humanos y del establecimiento de programas de capacitación de la mano de obra.

Vivienda

Se ha hecho habitual la realización de los censos de población y vivienda de manera conjunta, empleándose un cuestionario único para ambos propósitos. Entre las principales características sobre vivienda incluídas en la investigación censal se encuentran: los materiales de construcción de las paredes, el techo y el piso, el número de habitaciones y dormitorios, el abastecimiento de agua, servicio sanitario y tipo de alumbrado, así como la forma de tenencia de la vivienda por parte del hogar.

Los datos indicados y otros que se obtienen sobre las viviendas y los hogares, al revelar la proporción de aquellas que no reúnen las condiciones mínimas de habitabilidad, las carencias de servicios básicos y los casos en que hay

hacinamiento, entre otros aspectos, para las diferentes áreas del país, señalan la magnitud y la dirección de los esfuerzos a realizar en este campo para superar las deficiencias existentes. Adicionalmente, la proyección del número y tamaño de los hogares con base en las tendencias mostradas por los censos, permite estimar las necesidades de vivienda a corto y mediano plazos.

Salud

La población de las distintas áreas y localidades del país, clasificada por sexo, edad y otras características, constituye el objeto y el marco de referencia de los acciones en salud pública, siendo dichas cifras, por ende, la base para la planificación de la construcción de centros de salud, de la formación y contratación de recursos humanos en este campo y de los programas de vacunación, sanitarios y otros tipos de servicios.

Asimismo, en los censos de las últimas décadas se han venido introduciendo preguntas destinadas a obtener estimaciones confiables de los niveles de mortalidad por sexo y grupos de edad, las cuales son indicadores del grado en que han incidido los programas tendentes a la erradicación o reducción de las principales causas de muerte y en qué medida es necesario reforzarlos.

Otras áreas

Las áreas anteriores no son las únicas en las que puede

obtenerse provecho de las informaciones censales. Por ejemplo, los estudios relacionados con la determinación del poder adquisitivo y los patrones de consumo de la población se ven facilitados con la inclusión en el censo de las preguntas sobre ingresos mensuales o anuales y sobre posesión de vehículos y de una serie de artículos de uso doméstico. También cabe mencionar la utilidad de las preguntas dirigidas a estimar la migración interna e internacional, en cuanto estos movimientos reflejan desigualdades regionales y nacionales, así como tienen consecuencias a estos niveles, en los órdenes económico, político, social, demográfico y cultural.

Conclusión

Las consideraciones expuestas en los acápites anteriores, entendemos, son motivos suficientes para reclamar de los diversos estamentos de decisión públicos y privados la atención y el apoyo **permanentes** a los censos nacionales de población -lo que, naturalmente, debe extenderse a otros tipos de censos, en especial el agropecuario- no sólo en lo que concierne a la organización y ejecución cabal y minuciosa de sus etapas de planeamiento, recolección de información y procesamiento, sino también en cuanto a la publicación oportuna y detallada de sus datos y a la utilización efectiva de éstos en los planes y programas de desarrollo que requiere la nación.