

**CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES EN SALUD MATERNO INFANTIL
(CENISMI)**

ECONOMIA Y BIENESTAR INFANTIL

**LAS POLITICAS ECONOMICAS Y SOCIALES
Y EL BIENESTAR INFANTIL**

**SERIE DE REUNIONES TECNICAS
1991
IV
EDITADO POR HUGO R. MENDOZA**

SANTO DOMINGO, REPUBLICA DOMINICANA

CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES EN SALUD MATERNO INFANTIL

(CENISMI)

ECONOMIA Y BIENESTAR INFANTIL

LAS POLITICAS ECONOMICAS Y SOCIALES
Y EL BIENESTAR INFANTIL

SERIE DE REUNIONES TECNICAS

1991

IV

EDITADO POR HUGO R. MENDOZA

SANTO DOMINGO, REPUBLICA DOMINICANA

CENISMI
Hospital de Niños Robert Reid Cabral
Ave. A. Lincoln #2
Santo Domingo, República Dominicana

(D) 1991, CENISMI, Todos los Derechos Reservados

Economía y Bienestar Infantil
Las Políticas Económicas y Sociales y el Bienestar Infantil

Serie de Reuniones Técnicas IV, 1991

Análisis, Conclusiones y Recomendaciones de las Reuniones Técnicas que sobre la Salud Materno-Infantil en la República Dominicana celebra periódicamente el CENISMI.

1. Economía - Política Económica - Economía Familiar - Nutrición - Desnutrición - Morbi-mortalidad Infantil - Reunión. 2. Investigación. I Mendoza, Hugo R, 1930 - II CENISMI. III: Serie: Salud Materno Infantil.

El análisis, las conclusiones y recomendaciones se han basado en las presentaciones, documentos y discusiones de los participantes y en cuya versión final se ha tratado de conseguir el consenso de los participantes. En ocasiones se reproducen algunos de los trabajos presentados.

Palabras liminares

Con el objetivo de conocer y analizar la situación de salud del niño y la madre dominicana, el Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil (CENISMI), celebra periódicamente reuniones técnicas sobre temas específicos con la participación de los expertos nacionales más destacados en la materia, contribuyendo así, por una parte, a la difusión del conocimiento, y por otra, a estimular la investigación en dicho campo, potencializando los esfuerzos nacionales para una mejor salud materno-infantil en la República Dominicana.

Hugo R. Mendoza
Director, CENISMI
Editor

Participantes:

Dr. Hugo R. Mendoza, CENISMI
Dra. Juana Cruz Bello, CENISMI
Dr. Rubén Pimentel, CENISMI
Lic. Rosa Maldonado, SESPAS
Dr. Alenadro Tokuda, CONAPOFA
Dra. Tomiris Valerio, CENISMI
Lic. Héctor Romero, ONAPLAN
Dr. Pablo Martínez, CONAPOFA
Lic. Josefina Félix de Bernier, Oficina Nacional de Estadística (ONE)
Lic. Carmen Castillo de Cruz, Banco Central
Lic. Yocasta González Castro, Banco Central
Lic. Aquiles Ledesma, Banco Central
Lic. Sarah George, AID
Dr. Carlos Sánchez, CENISMI
Dr. Gregorio Soriano, CENISMI
Dr. Ligio Antonio Tavárez, CENISMI
Dra. Josefina García-Coén, Sociedad Dominicana de Pediatría
Dra. Luz Tavárez de Huguet, Sociedad Dominicana de Medicina Perinatal
Lic. Gisela Quiterio, CIPAF
Dra. Rita González, CONAPOFA
Dr. Eduardo Ogando, CENISMI
Sr. Michael McCabe, UNICEF
Lic. Rayén Quiroga, UNICEF
Dr. José Ernesto Pujol, Asistente Asesor Médico de la Presidencia
Lic. Ricardo Soto Subero, ONAPLAN
Dra. Brinia Cabrera, Región II, Materno Infantil
Dr. Félix Medina, Región 0, Materno Infantil
Lic. Dominica Cuevas, Región IV, Materno Infantil
Dra. Sara Menéndez, UNICEF
Lic. Olga Luciano, CODOPROC
Lic. Magdalena Jiménez, ONAPLAN
Lic. Rosa Rodríguez, SESPAS
Lic. Mercedes Pérez, ONAPLAN/GLOBAL
Dr. Fernando Conde, MATERNO-INFANTIL, SESPAS
Dra. Victoria Soñé, CENISMI
Lic. Federico Arias, Director Informática SESPAS
Lic. Leovigildo Báez, CONAPOFA
Lic. Milagros Feliz Nin, CONAPOFA
Ing. Federico González Avilés, Director ONE
Dra. Sonia Candelario, PLANIFICACION, SESPAS
Lic. Carmen Germán, ONAPLAN
Dra. Luddy Mejía Polanco, Región V, Materno Infantil

Es un hecho aceptado que los pobres se enferman y se mueren más. Y que existen evidencias de relación entre el estado económico de las poblaciones y su salud. Sin embargo, una relación de causa efecto precisa no ha sido fácil de identificar. Y menos aún la relación entre la velocidad de los cambios en uno y otro componente.

En décadas recientes las Naciones Unidas establecieron un nivel de desarrollo de los pueblos en función de la Mortalidad Infantil (MI), Mortalidad de los niños (MN) y el producto Interno Bruto (PIB), observándose una línea de correlación clara entre dichas situaciones; sin embargo, la observación notoria precisamente en nuestra América hispana, de mejorías en los indicadores de MI y MN de algunos países, equivalentes a los de países desarrollados, sin modificación y aún empeoramiento de su PIB, evidenciando la complejidad del problema, llevó a los estudiosos de la materia, a señalar una más íntima relación entre el nivel de educación de dichos países y sus indicadores de salud. (CENISMI: Economía y Salud, Serie de Reuniones Técnicas, VII, Ed: H. Mendoza, 1988).

La crisis económica que abate al mundo desde hace casi dos décadas, particularmente a la América Latina y que llegó a su apex para la mayoría de los países a principio de la década de los años ochenta ha sido laboratorio circunstancial para que economistas, sanitaristas y en los últimos años sociólogos y antropólogos aunen sus esfuerzos y saber para el estudio y conocimiento de esas sutiles interrelaciones entre la economía y la salud y entender mejor los mecanismos íntimos de las familias pobres para "mejorar" sus dificultades económicas; para entender su dinámica y ayudarlas a enfrentar mejor los momentos calamitosos y mantener la salud de sus componentes; para ayudarlas a producir salud. Estudios que tienen un evidente loable fin, como la de encontrar vías de acceso, para poder ayudar más efectivamente a las familias en crisis; sin embargo, como parte del mundo pobre, debemos ser cuidadosos en no perdernos en la búsqueda de la solución de la

miseria dentro de la miseria misma, cuando la causa de la miseria no radica en ella, no siendo ella causa si no efecto de otras realidades; a veces más allá de un ámbito geográfico particular.

Diversos son los estudios realizados en tal sentido, sin embargo, los esquemas de abordaje al problema son hasta el momento tan complejo que una vía expedita y común para dichos estudios no ha sido encontrada, no obstante, facilitan dichos esquemas un mejor entendimiento del problema. Una cosa está clara, ni la economía ni los expertos en salud poseen el instrumento idóneo para el análisis de la situación. Es quizás en la antropología y en la sociología donde realmente pueden fraguarse los elementos para su cabal estudio y comprensión. (Cornia G: Interrelación entre Factores Económicos e Indicadores de Salud y Bienestar Infantil, UNICEF, 1988).

Los diversos esquemas propuestos centrados en el bienestar del niño, medido por la morbi-mortalidad de los niños y su estado nutricional, hacen participe a los elementos de la macro y microeconomía en el delicado equilibrio de la interrelación.

La aplicación de dichos esquemas como metodología de trabajo ha permitido, no obstante, poner de manifiesto algunos hechos importantes. Si bien los elementos de la macroeconomía son fáciles de obtener y hasta cierto punto son confiables, menos preciso son los de la microeconomía, los de la economía familiar, donde intervienen factores a veces de difícil cuantificación matizados por factores educativos y culturales que modelan las relaciones intra e interfamiliares. E inciertos son los elementos de bienestar infantil, como consecuencia de la inadecuación de los registros vitales de los países subdesarrollados.

Estos factores podrían ser los causantes de algunos hallazgos iniciales en los estudios de la crisis económicas latino-americana y sus efectos sobre el

bienestar infantil, al observarse como el gasto público en salud no siempre demuestra una relación directa con la MI. Así mismo, determinados indicadores económicos demuestran como los países con un alto gasto per-cápita en salud y que tienen también una alta inversión en producción de maquinarias, transporte y productos químicos poseen la MI más baja, en contraste con los países no precisamente caracterizados por tales indicadores, aunque una siempre y exacta correlación no puede establecerse, (CENISMI, op cit).

Estas realidades son las razones que han obligado a los preocupados por el problema al diseño de métodos de estudio y estrategias que permitan analizar la realidad de relación entre la economía de un país, de sus familias, sobre todo de las familias pobres y su salud, particularmente para conocer sus modos evolutivos.

La crisis económica pre-dicha iniciada desde la década de los años 70 y que llegó a su máximo en el primer quinquenio de los años 80, no se esparció por América Latina con la misma velocidad, haciéndose sentir en nuestro país quizás un poco más tardíamente, no obstante, sus características han sido similares; decrecimiento del Producto Interno Bruto (PIB), alto desempleo, intercambio comercial desequilibrado, alta deuda externa, alto ritmo inflacionario, devaluación monetaria, con evidentes cambios en nuestra "cultura" económica al constituirse de un país rural y agrícola en uno urbano y de servicio con una industrialización sobreprotegida dependiente y de calidad cuestionable. Y todo ocurriendo precisamente sobre una estructura organizativa desde el punto de vista político que exhibe una gran centralización bloqueante del desarrollo institucional y de la participación comunitaria. (CENISMI: op cit).

Es de sentir que la información estadística nacional, particularmente la referente a datos vitales de la población, sea inadecuada, lenta y dependiente de encuestas fácilmente sesgables y casi siempre sesgadas, lo que no nos permite el establecimiento de las necesarias y deseables correlaciones y sobre todo poder

establecer cual es la realidad de los efectos de la crisis económica que tanta angustia ha producido con el calculado aumento de los indicadores de pobreza, que en la República Dominicana pasó de 30 a 50%. (UNICEF: Por los Niños Ahora: Niños y Mujeres de la República Dominicana, Cifras en Imágenes, 1990).

La llegada de la crisis económica al comienzo de la década de los 80 sorprende a la República Dominicana con indicadores de salud caracterizado por un progresivo descenso de la MI, aunque todavía alta, con valores medios dentro del contexto mundial, pero altos dentro del contexto latino-americano y sobre todo del grupo de países del Caribe Isleño, donde es superada solo por la República de Haití, siendo dicha mortalidad predominantemente urbana y neonatal; así mismo, la llegada de la mencionada crisis encuentra al país con el índice de natalidad más bajo de su historia así como con los evidentes progresos en el control de algunas enfermedades inmunoprevenibles (UNICEF: Estado Mundial de la Infancia, 1989; CONAPOFA: DHS-86, 1988).

El apex de la crisis que se venía llegar y llegó al final de la década coincidió en el plano macroeconómico con la inversión más baja por parte del Estado en el gasto social sobre todo en salud, con el mayor deterioro administrativo en la historia reciente de los estamentos públicos de salud y de las acciones hasta hace poco tiempo exitosas de inmunoprevención. (Mendoza H y Soriano G: Apuntes para la evaluación de la Situación Actual de las Jornadas de Vacunación, Bol CENISMI, 1991).

La carencia de información adecuada nos impide conocer al unisono los efectos de la crisis sobre el bienestar global y principalmente sobre los indicadores de salud. Al final de la década pasada y el inicio de la presente ha habido ¿continuación de la mejoría? ¿Empeoramiento? ¿Estancamiento? Es de sentir el no tener una respuesta categórica, a pesar de los indicadores cualitativos de la calidad de vida de la nación.

Las medidas correctivas de algunos aspectos de la crisis, recientemente aplicadas aparentemente han reducido la intensidad de la crisis, sin embargo, no han hecho disminuir las evidencias de la pobreza, el deterioro de los servicios sociales y la pesada angustia de la ciudadanía.

Tres elementos fundamentales preocupan a los investigadores de los efectos de los cambios económicos sobre el bienestar de los niños.

Primero, la velocidad o rapidez con que los cambios afectan a la salud y nutrición de los niños.

Segundo, la forma en que inter-actúan dichos cambios con la realidad, al momento del cambio, de la economía, educación y hábitos sanitarios y alimentarios de la familia.

Y tercero, como utiliza la familia tales elementos - economía, educación, hábitos y cultura - para "bloquear", atenuar los potenciales efectos de los cambios macroeconómicos, o como dirían algunos, para "producir la salud de sus miembros". Esto para llevar al plano "económico" la salud de la familia (Berman P, Kendall C y Bhattacharyya K: La producción doméstica de salud: Integrando perspectivas de las ciencias sociales a determinantes de salud de micronivel, Universidad de John Hopkins, Dic 1990, mimeo).

Un punto de interés es el señalado por algunos respecto a esa relación recíproca y causal entre economía y salud, cuando dicen que "en la vida (en sociedad), a menudo las relaciones que se verifican (entre una cosa y otra) son más funcionales que unidireccionalmente (determinantes), verificandose a menudo procesos sigérgicos irrepetibles". (Quiroga R: Documento de trabajo para la Reunión Técnica).

"En realidad todo está relacionado con todo, y esta es una de las observaciones más modernas y simples", siendo "casi imposible demostrar la causalidad a partir de los números y parámetros cuantitativos". En Economía, las correlaciones positivas se verifican como causales, en un momento determinado con el

concurso de la argumentación teórica". -- "En general solo podemos hablar en términos relativos, asumiendo los límites explicativos de nuestra técnicas y disciplina: ciertas variables se mueven de determinadas maneras en relación a otras bajo determinados supuestos". "El atributo causal es arbitrario y depende del movimiento en que se congele la acción, de la cantidad de variables que se consideren exógenas, y del punto en que nos encontramos observando". Aquí es que "radica principalmente el reto de construir un modelo de análisis que para el caso de síntesis economía - salud infantil", debe "necesariamente incluir un marco conceptual adecuado", la explicitación de aspectos cualitativos y las ponderaciones cuantitativas posibles. "Relacionar variables que trascienden las artificiales fronteras de las disciplinas, la medicina y la economía en este caso, es de por si una tarea tan formidable como necesaria". (Quiroga R: op cit).

Estos nos lleva al meollo fundamental planteado en las consideraciones e interés investigativo, respecto a los requerimiento de fórmulas y métodos nuevos dentro, ya no de solo dos disciplinas si no de muchas más.

Si hemos de seguir estudiando la pobreza, y los tiempos han sido precisos, ha de ser no solo para entender los mecanismos intrafamiliares de acción para la sobrevivencia y calidad de vida, sino para ayudar a las familias a reforzar dichos mecanismos y sobre todo a superar dicha pobreza.

El estudio de Monitoreo de los Efectos de las Políticas Económicas y Sociales en el Bienestar Infantil (MEPES), que realiza el Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil (CENISMI), con la colaboración de la Oficina Nacional de Planificación y el apoyo de UNICEF, desde el 1988, constituye una modalidad no utilizada previamente en los esquemas de investigación que en materia de salud se han realizado hasta el presente en la República Dominicana.

La necesidad de conocer la causalidad de los fenómenos de la salud en los sectores sociales más pobres en su relación con la realidad económica y social del

país y de la familia constituye el objetivo principal del estudio. Este tiene la finalidad de puntualizarlos y potenciar las medidas y estrategias para atenuarlos.

Los indicadores de salud de una comunidad necesariamente tienen que ser interpretados en función de la realidad social y es sobre esa base que el estudio MEPES pretende medir los más importantes indicadores de salud (mortalidad, morbilidad y desnutrición), en función del curso que siguen los indicadores económicos y sociales pasados y presentes tanto a nivel global como de la familia.

El estudio que se realiza mediante el concurso de médicos salubristas, economistas y visitadoras domiciliarias, ha seguido el estado de salud y nutricional de niños nacidos en hospitales públicos de las regiones 0, IV y VI del país, analizando conjuntamente la situación social y económica de la familia y el marco general de la economía nacional durante los últimos años de la crisis, precisamente con el objetivo de conocer los cambios hacia el deterioro que operarían en la salud y nutrición de los niños en el pleno proceso de agravamiento de la crisis.

En relación a la salud de los niños se controla su morbilidad, su nutrición y mortalidad. En el plano de la economía familiar o microeconomía, el ingreso de la familia, el empleo, los gastos en alimentos, salud, educación y vivienda así como las condiciones de salud ambiental.

La Economía Dominicana dentro del contexto latinoamericano durante la década de los ochenta*

La época de esplendor y crecimiento económico acontecida en Latinoamérica desde finales de los años 50 hasta la segunda mitad de la década del 70 se derrumbó estrepitosamente durante los años ochenta debido a la crisis económica más profunda y prolongada sufrida por el Continente en los últimos 50 años.

Los efectos de dicha crisis fueron tan devastadores que varios organismos inter-

*) MEPES 1990, Resumen Ejecutivo, Documento de trabajo para la Reunión Técnica

nacionales han considerado a los años ochenta como la "década perdida" en materia económica y social. El balance económico de la pasada década se resume así:

El producto bruto interno (PBI) del Continente creció a un ritmo inferior que la población (2.1%), el PBI per-cápita cayó a una tasa de crecimiento promedio anual de menos 0.6%. La crisis petrolera y el proteccionismo de los países industrializados elevaron el déficit del sector comercial al tiempo que se ensanchaba el déficit del sector público en la mayoría de nuestros países. Igualmente creció el desempleo y los niveles de la inversión pública y privada se deprimieron. Así mismo se apuntó un descenso del gasto público social real y la deuda externa se duplicó en los últimos 10 años, hasta llegar a cerca de los 420 mil millones de dólares.

La República Dominicana no estuvo al margen de lo que ocurría en el resto de América Latina, pues aunque un poco más tarde la crisis económica hizo su aparición manifestándose en el comportamiento oscilante con tendencia al descenso del PBI, que durante la década creció a un ritmo anual de 3.0%, presentando caídas en 1982 y 1984, años durante los cuales el país firmó varios acuerdos de ajuste económico con el FMI. Fue notorio el brusco descenso del producto por persona, que apenas creció a 0.7% anual. La tasa de desempleo mostró un comportamiento oscilante de alzas y bajas hasta lograr un promedio de 23.0%, correspondiéndole a los años 1984 y 1985 las tasas más altas de la década, equivalente a 28.0% cada uno. La reducción de nuestras exportaciones y el incremento de las importaciones provocaron que el saldo de la balanza comercial creciera a un promedio anual de menos 58.1%, que unido a una política de expansión monetaria hizo que la emisión monetaria y el medio circulante crecieran a un ritmo anual de 26 y 25 por ciento; mientras que el déficit del sector público no financiero aumentó a una tasa anual de menos 57.8%.

Evolución de la Economía Dominicana en el Segundo Año del Estudio.-

En el segundo año del MEPES la economía dominicana registró una caída en algunos de sus principales indicadores económicos.

También se observó un bajo crecimiento en otros indicadores menos importantes, al tiempo que se apuntó un incremento de las variables monetarias y del déficit del sector público y del sector externo.

La evolución de la economía dominicana durante el año 1990 se expresa en el análisis de los indicadores siguientes:

1. Producto y Empleo.-

La contracción económica del pasado año se manifestó en una caída del PBI en menos 5.1%, y en un descenso del PBI per-cápita de menos 7.7%. La reducción del PBI estuvo matizada por la disminución de los sectores que más dinamismo registraron en 1989, como fueron la construcción que marcó un descenso de menos 15.5%, motivado por la disminución de 11.3% de la inversión pública y de 18.1% del crédito especializado al sector.

Igualmente experimentaron descensos los sectores agropecuario, minería y manufactura, debido fundamentalmente a la reducción del crédito del Banco Agrícola, disminución de la mano de obra haitiana en el corte de la caña de azúcar, larga sequía, aumento del costo en general, devaluación del peso, descenso de la producción del ferroníquel y el déficit en el suministro de energía eléctrica que estuvo próximo al 50%. También se registró una pérdida de dinamismo de 10% del turismo y 13% de las zonas francas industriales, todo lo cual determinó que la tasa nacional de desempleo creciera hasta alcanzar un 23.3%.

2. Comercio Exterior y Deuda Externa.-

Los términos de intercambios comerciales del país con el resto del mundo continuaron siendo desfavorables en 1990, pues los volúmenes y precios de los

bienes de exportación descendieron, no ocurriendo lo mismo con la importación, haciendo que la balanza comercial aumentara su saldo negativo en 6.1%. Debe apuntarse que el descenso de la producción de ferroníquel en 8.6% y su precio internacional en 53.4%, así como el aumento en las compras externas de alimentos y la subida en los precios internacionales del petróleo, fueron los factores más importantes en el comportamiento de la balanza comercial.

El comportamiento del sector externo, así como los atrasos en los compromisos de pagos internacionales, hicieron que la deuda externa se elevara a US\$4,312.9 millones y que el pago de sus servicios disminuyera en 47.9%, con relación a 1989.

3. Sector Monetario y Cambiario.-

La política monetaria en 1990 tuvo un carácter expansionista, debido a los aumentos del gasto corriente del Gobierno Central y del sector público consolidado, siendo dos de las causas fundamentales los incrementos salariales y en los precios de los bienes y servicios en general, todo lo cual provocó que la emisión monetaria creciera un 51.1% y el medio circulante en su dos tipologías (dinero en sentido estricto y dinero en sentido lato) aumentaran en 24.0 y 27.8%, respectivamente. Por último se experimentó una alza de 35.9% en la tasa de cambio del dólar en el mercado oficial de divisas y un 51.7% en el mercado libre.

4. Sector Público.-

La devaluación del peso en más de un 90% y el aumento de las recaudaciones fiscales, sobre todo los ingresos provenientes del comercio exterior, hicieron posible un superávit de RD\$306.7 millones en el Gobierno Central, sin embargo, el sector público consolidado registró un déficit de RD\$1,390.9 millones. El déficit del sector público no consolidado atribuible básicamente a los aumentos de costos operativos de la CDE, CORDE, CEA, INESPRES y otras instituciones autónomas y descentralizadas del Estado fue financiado fundamentalmente con préstamos y ahorro interno.

5. Precios, Canasta Alimentaria y Salario Real.-

La caída de la producción nacional de bienes alimenticios y el aumento de las importaciones de los mismos, así como las alzas en la tasa de cambio del dólar y la crisis de especulación y desabastecimiento acontecida el pasado año, determinaron la elevación de precios en los artículos de primera necesidad, hasta apuntar la tasa de inflación más elevada en los últimos 40 años, equivalente a 59.4%, que en término acumulativo de diciembre de 1989 a diciembre de 1990 alcanzó un nivel de 100.6%. Esto hizo cotizar la canasta alimentaria básica en RD\$2,193.5, un 58.6% superior a la del año anterior. En tanto que los salarios nominales fueron aumentados en dos ocasiones, llegando a un promedio mínimo nominal de US\$83.0, haciendo posible que con el mismo sólo se pudiese comprar el 33% de los alimentos que componen la canasta alimentaria familiar (2% menos que en 1989).

6. Gasto Público Social.-

El Gobierno Central incrementó su gasto social un 15.6%, pero su nivel de participación dentro del gasto total se redujo en 3.31%, pues de un 42.47% que representaba en 1989 cayó a 39.16% en 1990. También se observó que en términos reales el gasto social público descendió de RD\$335.6 millones en 1989 a RD\$243.2 millones en 1990, siendo los sectores vivienda, educación y asistencia social los más afectados. Igualmente el gasto social per cápita descendió en 29.4%, al registrar un valor real de RD\$33.8. (Véase Cuadro No. 1).

Principales Hallazgos Micro-Económicos y Sociales de las Familias Monitoreadas en el Segundo Año de Estudio*

Al observar los indicadores microeconómicos y sociales de 1990 y compararlos con los obtenidos en el primer año de estudio, se aprecia una ligera mejoría en muchos de los mismos, hecho que contradice lo acontecido de manera global en la economía. Son múltiples los factores que pueden explicar tal fenómeno, como son: la ampliación del sector informal y la incorporación masiva de la mujer a actividades productivas fuera del hogar, además de la economía

*) MEPES 1990, Resumen Ejecutivo, Documento de trabajo para la Reunión Técnica

subterránea que mueve alrededor de 660 millones de dólares anualmente que los dominicanos ausentes envían legalmente todos los años. A continuación se presentan los principales hallazgos encontrados a nivel familiar en 1990.

1. Niveles de Desempleo.-

Durante el segundo año del MEPES el nivel de empleo de las familias monitoreadas mejoró sustancialmente, a pesar de la aparición de una ola recesiva que redujo y/o paralizó la creación de nuevos empleos. La tasa de desempleo paterno disminuyó a 8.6%, siendo 2.6 veces inferior a la tasa de desempleo nacional (23.3%). Similar comportamiento manifestó el desempleo materno que se redujo a 89.0%.

Tal situación se debió a que en el estrato más bajo de ingreso (US\$63.00/mes) que es donde se concentra el mayor número de familias, ocurrió un incremento importante del empleo en la categoría de empleado público y chiripero, que pasaron de 23.3 y 20.6% a 29.8 y 27.6%, respectivamente. En cambio en el mismo nivel de ingreso, el empleo privado se redujo de 17.5 a 12.2%, lo que expresa que el empleo informal aumentó dentro de las familias más pobres monitoreadas en 1990.

2. Ingreso y Categoría Ocupacional.-

Fue significativo el descenso de las familias hacia los niveles de ingreso más bajos. Más del 70% se ubicó por debajo de 94 dólares al mes, o sea próximo al salario mínimo promedio nacional (RD\$715.9 = US\$83.0), contrario al primer año de estudio que fue de alrededor del 60%. El 18.1% de las familias se colocó en el estrato de ingreso mensual de 95-156 dólares (38.2% menos que 1989), mientras que sólo el 4.0% superó los 235 dólares mensuales (13% menos que en 1989).

Igualmente se registró un incremento de 40% del empleo informal en general (chiripero aumentó 14.8%, cuenta propia disminuyó 3.1% y otros tipos de informalidad crecieron en 38.3% en todos los niveles de ingresos). También ocurrió un descenso del empleo privado en 30.1% y un incremento del público en 27.9% en el más bajo nivel de ingreso (US\$63.00/mes). Al tiempo que en el estrato de más alto

ingreso (US\$235/mes) descendió el número de familias ocupadas en el sector público y privado en 15.4 y 47.0 por ciento respectivamente.

3. Gasto Familiar.-

A pesar de que la alimentación e higiene continuó siendo el renglón de mayor gasto familiar, el mismo se redujo en 17.9%, contrario a lo ocurrido en los renglones vivienda y educación que se incrementaron en 124.7 y 538.9%.

Debe destacarse que al analizar el gasto en alimentación, (el costo de la canasta) y los niveles de ingreso familiar, se llega a la conclusión de que hubo una reducción en el nivel de alimentación, máxime cuando proporcionalmente las familias destinaron menos recursos a ese renglón. En ese orden se observa que con los niveles de ingresos percibidos, cerca del 90% de las familias monitoreadas sólo podían comprar el 25% de los componentes de la canasta alimentaria.

4. Acceso a Programas Sociales.-

Se manifestó una tendencia a que las familias de mayores ingresos se beneficiasen más de los programas sociales en detrimento de las de menores ingresos. Por ejemplo, las canastas populares y los mercados de productores que en 1989 beneficiaron al 76.0 y 38.6% de las familias con ingreso inferior a US\$63.00, el pasado año sólo abarcaron el 38.6 y 7.6%, contraría a lo acontecido en las familias con ingreso superior a US\$235.00, cuya cobertura en ambos programas aumentó de 17.2 a 40.7% y de 23.4 a 40.7%, respectivamente. Idéntica situación ocurrió con los programas de las iglesias, CARE y CARITAS.

5. Viviendas y sus Condiciones.-

La proporción de familias que ocupaban viviendas propias aumentó en 20.6%, mientras que las familias que ocupaban viviendas alquiladas se redujo en 16.6%; sin embargo, en término global las familias tuvieron que destinar una mayor proporción de su ingreso (un 9.6% más que en 1989) para poder ocupar viviendas alquiladas, ya que el incremento en los precios de adquisición y de alquileres de casas aumentaron significativamente en 1990.

También se experimentó que las familias que ocupaban viviendas en buenas condiciones (tipo I) aumentaron de 7.4 a 8.6%, pero también crecieron las ocupaciones de las viviendas en peores condiciones (tipo IV), que poseen piso de tierra, las que pasaron de 34.4 a 35.3%.

6. Condiciones Medio-Ambientales.-

La proporción de familias que recibían agua dentro de la vivienda aumentó a 80.5%, (un 9.8% superior al de 1989). Al mismo tiempo se observó una reducción promedio de menos 30.7% en las formas más inadecuadas de acceso al agua potable, como son llave pública, río/arroyo, camión y otras. Respecto a la eliminación de excretas, el uso de inodoros se mantuvo inalterable en un 26.8% de las familias, mientras que el uso de letrinas aumentó ligeramente al pasar de 65.8 a 70.8%. Por último, el uso de camiones para eliminar la basura tuvo un crecimiento poco significativo (de 33.1 a 33.6%), contrario al uso de basureros públicos que aumentó en 44.8%.

Indicadores de Bienestar Infantil^{*}

1. Mortalidad Infantil (MI).-

Durante el segundo año se observó que las tres causas principales de muerte en menores de un año fueron la enfermedad diarreica aguda con un 30.7%, la infección respiratoria aguda con 25.8% y el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido con 14.5%. Así mismo se registró que un 4.8% fallecieron de otras enfermedades y un 24.2% por causas desconocidas.

La tasa de mortalidad infantil(MI) aumentó a 80.3 por mil niños nacidos vivos, superando en 9.3% a la registrada en 1989. Se observó además que a nivel regional las tasas de MI experimentaron cambios importantes, como ocurrió en las regiones 0 y IV que crecieron de 61.4 y 63.9% a 75.7 y 81.7%, mientras que en la región VI descendió de 111.1 a 87.2%.

*) MEPES 1990, Resumen Ejecutivo, Documento de trabajo para la Reunión Técnica

La variación de la MI entre el primero y segundo año correspondiente a los diferentes períodos de vida fue la siguiente:

Tasa de MI (%)	1989	1990
Neonatal Precóz (< 7 días	22.8	20.4
Neonatal Tardía (7-28 días)	14.9	4.7
< 28 días	39.4	25.1

Resulta importante señalar que la velocidad de muerte fue menos acelerada en 1990, pues de todos los niños fallecidos el 33.8% lo hizo antes de los 28 días, el 58.0% entre los 3 y 6 meses y el 82.2% de 6 a 9 meses, en cambio en iguales períodos del año anterior habían muerto el 51.4; 84.3 y 96.0 por ciento, respectivamente.

2. Mortalidad Infantil y Factores de Riesgo.-

Al analizar la MI en relación a los factores de riesgo, se destaca que:

Edad Materna y MI

Se comprobó nuevamente la fuerte relación de causalidad de la edad materna y MI, particularmente en madres con edad de 18 a 20 años, donde la tasa de MI creció de 100.4 a 130.8%, en cambio la tasa de MI en madres mayores de 20 años fue de 65.1% (9.4% mayor a 1989).

Paridad Materna y MI

Se encontró que la paridad materna como factor de riesgo de la MI en las madres primerizas aumentó de 48.9 a 116.1%, lo mismo ocurrió en las multíparas (4-5 hijos) que se elevó de 88.9 a 106.1%. Estos datos confirman la alta MI en madres adolescentes, que es donde se encuentra la mayoría de las primíparas, así como en las multíparas, sobre todo cuando se asocia a intervalos genésicos cortos.

Bajo Peso al Nacer, Prematuridad y MI

Los resultados de 1990 reafirman la alta relación de causalidad existente

entre el BPN ($< 2,500$ gm) y la MI, al registrarse una tasa de MI de 263.7%, que aunque menor a la de 1989 (333.3%) expresa que el riesgo de muerte en niños con BPN es casi cinco veces mayor que en niños con peso normal. Respecto a la prematuridad (nacimientos antes de 37 semanas), la MI atribuible a este factor continuó siendo importante (310%), aunque menor que en 1989 (333%).

Lactancia Materna y MI

La tasa de MI en niños que no lactaron fue de 560.0%, superando 30 veces la de niños que sí lactaron (18.7%) y siete veces la tasa global de MI de 1990. Debe señalarse que a pesar de que dicha tasa de MI fue inferior a la de 1989 (684.9%), la misma refleja la estrecha relación existente entre la lactancia materna y la salud infantil, debido a que el 48% de las muertes infantiles se hubieran podido evitar de haberse asegurado una lactancia materna total.

EDA, IRA y MI

La MI en niños que padecieron de enfermedad diarreica aguda (EDA) e infección respiratoria aguda (IRA) aumentó en el segundo año del MEPES. En la primera pasó de 30.8 a 45.7% y en la segunda de 24.6 a 36.6% (Esto significa un aumento de 48% de las tasas de ambas enfermedades). Igualmente se observó que la tasa de MI en niños sin antecedentes de EDA e IRA creció hasta un 42.0% (7 veces mayor que 1990).

Desnutrición y MI

La desnutrición como factor de riesgo de la MI continuó siendo importante en 1990, al elevar su tasa de 23.5 a 41.6% (peso/edad < -1 DE). Este comportamiento resulta importante cuando se correlaciona con el incremento de la MI por EDA e IRA y la MI en niños que no lactaron.

3. Peso de los Indicadores Socioeconómicos en la Mortalidad Infantil.-

Al asociar la MI con los indicadores microeconómicos y sociales se encontró que:

Ingreso y MI

La tasa de MI en familias con ingresos menor a US\$94.00 mensuales fue de 98.7%, superando en cerca de un 100% la tasa de familias con ingreso mensual superior a esta cantidad (49.8%).

Analfabetismo y MI

La tasa de MI en madres analfabetas apenas fue 0.8 veces superior a la de las madres alfabetizadas, equivalente a 85.7%. Dicha tasa de MI experimentó un significativo descenso en relación a la de 1989, que fue de 203.9%.

Calidad de la Vivienda y MI

Se observó que el riesgo del niño morir antes del primer año de edad en familias que habitaban viviendas con piso de tierra fue 3.2 veces mayor que las familias que residían en viviendas sin piso de tierra; e incluso la tasa de MI asociada a este factor (181.8%) superó en 56.6% la de 1989.

Condiciones Medio-Ambientales y MI

También se corroboró la fuerte asociación existente entre la carencia de agua intradomiciliaria, la ausencia de inodoro y la MI. La tasa de MI en familias que no recibían agua dentro de la vivienda fue de 100.2% vs. 64.3% a las que sí recibían y cuando la vivienda no tenía inodoro la tasa de MI alcanzó un 72.4%.

4. Desnutrición

Contrario a lo que se esperaba en función del deterioro económico global y familiar acontecido en el país en 1990, la desnutrición (peso/edad <-1DE) disminuyó en el segundo año del MEPES a 40.4% vs. 45.4% de 1989. También se evidenció un descenso de la desnutrición en las regiones 0 (46.6 vs. 39.4%) y IV (47.3 vs. 40.6%), en cambio en la region VI creció muy ligeramente (44.0 vs. 44.9%).

La evolución de los factores de riesgo más estrechamente relacionados a la desnutrición en 1990 fue así:

Tasa de Desnutrición (%) y:

	1989	1990
EDA	52.4	49.6
IRA	46.2	39.6
BPN	64.5	63.7
No lactancia	58.8	64.0
Destete precóz	50.0	57.0

Respecto a los indicadores económicos y sociales a nivel familiar y su relación con la desnutrición, se observó lo siguiente:

Ingreso Familiar

La tasa de desnutrición en niños de familias que percibían ingreso mensual por debajo de 63 dólares fue 16 veces mayor a las familias que recibían más de 235 dólares mensuales (51.3%), superando la del año anterior que fue de 21.4%.

Nivel de Instrucción de la Madre

La desnutrición en niños de madre analfabetas aumentó a 62.8% (13.2% más que 1989). En cambio en madres alfabetizadas disminuyó a 32.3% (12.7% menos que en 1989).

Los datos del estudio permiten concluir

1) El año 1990 se caracterizó por el deterioro y crecimiento poco significativo de los principales indicadores macroeconómicos, siendo los más sobresalientes: Las reducciones del PBI global y per cápita, aumento de la tasa de desempleo protagonizado por un crecimiento menos dinámico de las actividades de zonas francas industriales y turismo, y por caída de la inversión pública en el sector construcción.

Igualmente se observaron aumentos en los déficits del sector externo y del sector público consolidado. También se apuntó un crecimiento de la deuda externa. Respecto a las variables monetarias se tuvo que la emisión monetaria y el medio

circulante crecieron y las resevas monetarias internacionales decrecieron. El efecto combinado de todos estos indicadores provocaron considerables incrementos en el índice de precios al consumidor y en la devaluación del signo monetario nacional de casi un 100%, trayendo como consecuencia la mayor tasa de inflación de los últimos cuarenta años, al tiempo que se registró un descenso del salario y del gasto público social real.

2) Al analizar la situación de las familias monitoreadas, se encontró que aumentó el número de éstas en los estratos más bajos de ingreso, es decir que hubo una caída del ingreso real; sin embargo, el nivel de empleo aumentó debido a la expansión del sector informal. También se identificó un discreto mejoramiento en las condiciones de la vivienda y de los aspectos higiénicos-sanitarios.

Se registró, además, una disminución en el número de los programas sociales del Gobierno y un aumento de cobertura de los programas sociales de carácter privado, con una tendencia a ser utilizados mayormente por los sectores de mejores ingresos dentro del grupo monitoreado.

3) En materia de indicadores de salud y nutrición, se obtuvieron situaciones variables; así, por ejemplo, se registraron importantes descensos en los niveles de la morbilidad infantil, sobre todo en el terreno de las enfermedades prevenibles por vacunación, siendo más discreto el descenso de la morbilidad de la EDA e IRA, aunque sin alteración de la incidencia de ambas enfermedades, que siguen ocupando los primeros lugares de los estados mórbidos.

La mortalidad infantil además de continuar siendo elevada, experimentó un aumento y volvió a señalar importantes diferencia regionales.

La desnutrición, que se ha interpretado como más vulnerable a los problemas de tipo económico, experimentó un descenso.

4) El estudio pone de manifiesto y mueve a una serie de observaciones en el sentido de que si bien el deterioro de la macroeconomía es coherente con la microeconomía, la familia para sobrevivir utiliza mecanismos amortiguadores o

compensatorios que impiden en el corto plazo la caída de su bienestar.

Dos de esos mecanismos utilizados en el caso de las familias monitoreadas es la mayor incorporación de la mujer al trabajo productivo y la expansión de la economía informal.

La conclusión anterior, en parte permite explicar el por qué el nivel de vida de esas familias no sufrió un deterioro significativo que se reflejase en un empeoramiento de los indicadores sociales. Sin embargo, debe apuntarse que esta situación solo puede ocurrir en el corto plazo, pues las propias condiciones del mercado anulan paulatinamente dichos amortiguadores que impiden la caída del bienestar familiar en momentos de crisis económica prolongada.

Esa hipótesis podría explicar la falta de deterioro y/o contradicciones de algunos indicadores sanitarios en su relación con la economía nacional y familiar, por lo menos en estudio a corto plazo.

5) Por segundo año consecutivo se observó lo importante que es la condición económica y educacional de la familia en el bienestar del niño. Igualmente resultan importantes la prematuridad, el bajo peso al nacer y la carencia de lactancia materna en la morbi-mortalidad infantil.

Las variables y contradictorios resultados encontrados a nivel familiar y de salud de los niños mueve a reflexiones. Las características macroeconómicas y algunas de las microeconómicas apuntan a un mayor deterioro, haciendo sugerir también deterioro de la nutrición, sin embargo, los hallazgos no lo confirman, observándose sin embargo, un aumento de la MI. Una observación debe ser hecha. El incremento de la MI se produce precisamente por el aumento de las muertes infantiles en el último trimestre de vida conjuntamente con el aumento de las muertes en infectados y desnutridos, y es en efecto al final del segundo año del estudio que más intensamente se manifiesta la crisis económica cuando la inflación se aproximaba al 100%, y más evidente fue el deterioro de la atención a la salud en los estamentos públicos, siendo de interés señalar la disminución en la distri-

bución y venta de sales de rehidratación oral a nivel nacional y aunque el número de casos de diarrea tratados con terapia intravenosa disminuyó en relación al primer año del estudio, lo que podría interpretarse como una reducción de los casos graves, podría obedecer también a la reducción en la calidad de la atención de los mismos, reflejo del evidente retroceso de la atención hospitalaria, así como de los pocos programas de salud existentes, hecho que se ha evidenciado más aún en el presente año de 1991 (Mendoza H; CENISMI)

Es importante señalar que estos resultados podrían no reflejar la realidad nacional al ser producto de estudios focales, pero sí son sugerentes de lo que ha estado sucediendo en los grupos de niveles económicos deprimidos.

Los contrastes observados en el estudio hacen volver la mirada a la dinámica familiar, donde se pone de manifiesto la existencia de fenómenos económicos y de otra índole amortiguadores de los efectos de los cambios que se producen en la macroeconomía, así como de mecanismos compensatorios que el estudio no detecta y que deben de requerir para su estudio de métodos y enfoques diferentes.

Estos conceptos que presentiamos son objeto ya de estudio en algunas partes del mundo llevandonos a la realidad que hemos querido ignorar, que no queríamos percibir, que allí donde el individuo vive es que enferma o goza de salud y es donde deben estudiarse los elementos incidentes no ya en la enfermedad solo si no de un hecho también económico, la producción de salud y bienestar: la familia.

Sin embargo, debemos ser cuidadosos: por una parte, pues, si bien es cierto que el descubrimiento y conocimiento de esos hilos de relación, de esa dinámica intrafamiliar, nos podría permitir el desarrollo de acciones y estrategias para evitar y hasta corregir situaciones atentatorias de la salud y bienestar de la familia, aun dentro de penosas realidades sociales y económicas, no menos es que existen límites traspasados los cuales no es posible resolver con medidas y acciones intrafamiliares. J

y tarde o temprano lo que suceda en esta última repercutirá en la primera, teniendo los Estados y sus gobiernos sus propias responsabilidades de intervención a nivel macro o familiar, y que no pueden obviar. Es su responsabilidad también la creación y sustentación de ese marco referencial que permite a la familia producir salud y bienestar.

Cuadro No. 1
Comportamiento de los Principales Indicadores Económicos
en 1990 con relación a 1989 (*)

Indicadores	Unidad	1989	1990	Tasa de Crecimiento Interanual (%)
Producto Bruto Interno	Millones RD\$			
	de 1970	3,656.8	3,470.2	-5.1
PBI Per-Cápita	RD\$ 1970	522.4	482.0	-7.7
Tasa de Desempleo	Por Ciento	19.6	23.3	3.9
Exportaciones	Millones US\$	924.4	703.9	-23.9
Importaciones	Millones US\$	1,963.0	1,807.0	-7.9
Saldo Balanza Comercial	Millones US\$	1,039.6	1,103.1	6.1
Deuda Externa	Millones US\$	4,068.5	4,312.9	6.0
Pagos Servicio Deuda Externa	Millones US\$	233.0	121.4	-47.9
Tasa Promedio Ventas Dólar (Oficial)	RD\$/US\$1	6.4	8.6	35.9
Tasa Promedio Ventas Dólar (libre)	RD\$/US\$1	7.4	11.2	51.7
Emisión Monetaria	Millones RD\$	4,220.7	6,376.8	51.1
Medio Circulante (M1)	Millones RD\$	5,911.7	7,331.1	24.0
Medio Circulante (M2)	Millones RD\$	10,524.4	13,450.0	27.8
Reservas Monetarias Internacionales (Brutas)	Millones US\$	221.2	180.2	-18.5
Superávit o Déficit Gobierno Central	Millones US\$	398.7	306.7	-23.1
Superávit o Déficit Sector Público Consolidado	Millones US\$	-867.7	1,390.9	60.3
Indice de Precios al Consumidor	Unidad	772.5	1,231.7	59.4
Tasa de Inflación Promedio Anual	Por Ciento	45.5	59.4	30.5
Costo Canasta Alimentaria Fliar.	RD\$	1,383.2	2,193.5	58.6
Salario Promedio Mínimo Nominal	RD\$	490.8	715.9	45.9
Salario Promedio Mínimo Real	RD\$1976/77	63.4	58.1	-8.4
Salario Promedio Mínimo en US\$	US\$	66.2	63.7	-3.8
Gasto Global Sector Público	Millones RD\$	6,060.1	7,649.3	26.2
Gasto Público Social	Millones RD\$	2,592.2	2,996.6	15.6
Gasto Público Social Real	Millones RD\$			
	Precio de 1970	335.6	243.2	-27.5
Gasto Público Social Per-Cápita	RD\$1970	47.9	33.8	-29.4
Gasto Público en Salud	Millones RD\$1970	62.0	59.3	-4.4
Gasto Público Real en Educación	Millones RD\$1970	74.4	60.1	-19.2
Gasto Público Real en Vivienda	Millones RD\$1970	95.5	50.4	-47.2
Gasto Público Real en Asistencia Social	Millones RD\$1970	31.8	21.2	-33.3
Gasto Público Real en Agua Potable y Alcantarillado	Millones RD\$1970			
	precio de 1970	40.6	32.3	-20.4

(*) Cifras Preliminares sujetas a revisión

Fuente: Banco Central, Sec. de Finanzas, Sec. de Trabajo, ONAPRES y ONAPLAN

Cuadro No. 2
Comportamiento de Algunos Indicadores Socioeconómicos
de las Familias Monitoreadas
Durante el Segundo Año de Estudio

Indicadores	1989	1990	Variación Relativa de Tasas (%)
Desempleo Paterno	18.8	8.6	-54.3
Desempleo Materno	90.1	89.0	-1.2
Familias con Ingreso hasta US\$156.00/mes	87.0	89.8	3.2
Familias con Ingreso Superior a los US\$235.00/mes	4.6	4.0	-13.0
Gasto Familiar en Alimentación e Higiene	67.9	56.0	-17.5
Gasto Familiar en Educación	1.8	11.5	538.9
Gasto Familiar en Vivienda	7.7	17.3	124.7
Familias que habitan en Viviendas con Piso de Tierra	34.4	35.3	2.6
Familias con Vivienda Propia	46.7	56.3	20.6
Acceso al agua intradomiciliaria	73.3	80.5	9.8
Acceso a Llave Pública	15.2	12.2	-19.7
Eliminación de Excretas en Letrina	65.8	70.8	7.6
Basurero Público	14.3	20.7	44.8

Fuente: CENISMI, Estudio MEPES

Cuadro No. 3
Tabla de Indicadores
1989-1990

Indicadores	1989	1990	Variación Relativa (%)
Tasa Global Mortalidad Infantil	73.5%o	80.3%o	9.3
Tasa MI en Madres Adolescentes	114.2%o	132.3%o	15.9
Tasa MI en Niños con BPN	333.3%o	263.7%o	-21.0
Tasa MI en Niños Prematuros	333.3%o	310.0%o	-6.9
Tasa MI en Niños que no Lactaron	684.9%o	560.0%o	-18.2
Tasa de Morbilidad por EDA	440.0%o	368.0%o	-16.
Tasa de Morbilidad por IRA	811.0%o	777.0%o	-7.6
Tasa de Morbilidad por Sarampión	51.0%o	3.8%o	-92.5
Tasa de Morbilidad por Tosferina	2.0%o	1.3%o	-35.0
Tasa de Desnutrición Global	45.4%	40.2%	-11.0
Tasa de Desnutrición Moderada	14.4%	9.7%	-32.6
Tasa de Desnutrición Severa	3.8%	3.7%	2.6
Cobertura BCG	86.0%	88.3	2.7
Cobertura 3ra. dosis Polio	45.0%	42.2%	-6.2
Cobertura 3ra. dosis DPT	51.0%	50.4%	-1.2
Cobertura Sarampión	42.0%	36.9%	-12.1
Proporción Usuarios de Planificación Familiar	41.0%	40.0%	-2.4

Fuente: CENISMI, Estudio MEPES

CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES EN SALUD MATERNO INFANTIL

(CENISMI)

Reunión Técnica sobre

EL MONITOREO DE LAS POLITICAS ECONOMICAS Y SOCIALES Y EL BIENESTAR INFANTIL, 1990

Agosto 8 , 1991

Hotel Santo Domingo Sur

Programa Preliminar

9:10	Introducción	H. Mendoza
9:15	Metodología	E. Ogando/H. Romero
9:30	La economía dominicana en 1990.	H. Romero
10:00	Discusión	
10:30	Café	
11:00	La economía familiar en 1990.	G. Soriano
11:30	Discusión	
12:30	Almuerzo	
1:30	Salud y nutrición infantil en las Regiones IV, VI y O, 1990	E. Ogando
2:00	Discusión	
2:30	Un intento de correlación	R. Quiroga
3:00	Discusión	
3:30	Comentarios finales	
4:00	Fin de la reunión	

PATROCINADORES

UNICEF

NESTLE DOMINICANA

REFRESCOS NACIONALES

CODETEL

GRUPO FINANCIERO POPULAR