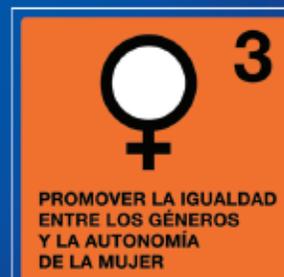




COMISION PRESIDENCIAL
SOBRE LOS OBJETIVOS DEL MILENIO
Y EL DESARROLLO SOSTENIBLE

Guía para determinar el progreso hacia los **Objetivos de Desarrollo del Milenio**



República Dominicana
Septiembre 2008





COMISION PRESIDENCIAL
SOBRE LOS OBJETIVOS DEL MILENIO
Y EL DESARROLLO SOSTENIBLE

Guía para determinar el progreso hacia los
Objetivos de Desarrollo del Milenio



República Dominicana
Septiembre 2008

Entidades Consultadas

Coordinación General

- **John R. Gagain Jr.**
Director Ejecutivo, Comisión Presidencial sobre los Objetivos del Milenio y el Desarrollo Sostenible (COPDES).
- **Vivian Sundset**
Directora Adjunta, Comisión Presidencial sobre los Objetivos del Milenio y el Desarrollo Sostenible (COPDES).

Coordinación Técnica y del Informe:

- **Adriana Velasco**, *Economista*

Apoyo Estadístico:

- **Cesarina Reyesz**,
Economista.
- **Leticia Martínez y Carmen Gómez**,
Oficina Nacional de Estadística (ONE).
- **Alberto Estrella**,
Secretaría de Estado de Educación (SEE).

Colaboración de Instituciones Gubernamentales:

- **Dra. Elizabeth Gómez, Dr. Luis Rivera, Dra. Matilde Vásquez, Dr. José Manuel Puello**,
Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS).
- **Minerva Vincent y Carmen Sánchez**,
Secretaría de Estado de Educación (SEE).
- **Sonia Díaz y Rosa de los Santos**,
Secretaría de Estado de la Mujer (SEM).
- **Dra. Tesi Caballero**,
Comisión Presidencial del SIDA (COPRESIDA).

Créditos Técnicos:

- Fotografía. *COPDES.*
- Diseño y diagramación. *DanielleWest.Arte&Diseño.*
- Impresión. *Editora Amigo del Hogar.*

Copyright ©

Comisión Presidencial sobre los Objetivos del Milenio y el Desarrollo Sostenible (COPDES).

Derechos Reservados 2008. Santo Domingo, República Dominicana

www.copdes.gov.do

Entidades Consultadas

- **José Almonte,**
Secretaría de Estado de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARENA).
- **Fernando Reyes,**
Programa Solidaridad.
- **Maritza Molina,**
Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM).
- **Amparo Arango,**
Instituto Dominicano de las Telecomunicaciones (INDOTEL).

Colaboración de Agencias de las Naciones Unidas en el país:

- **Tad Palac,**
UNICEF.
- **Ana Navarro y Yordana Dolores,**
ONUSIDA.
- **Antonio Morales y Héctor Mata,**
FAO.
- **Gilka Meléndez y Bernardo Santana,**
UNFPA.
- **Ana Cristina Nogueira, Miguel Machuca, Jacqueline Gernay, Carlos Morales, Raúl Montesano, Cecilia Michel y Rosario Guzmán,**
OPS-OMS.
- **Mauricio Ramírez, Miguel Ceara-Hatton, Paola Caram, Mercedes Carrasco, Laura Báez y Fidel Geraldino,**
PNUD.

Se agradece el apoyo brindado para la recolección de estadísticas a la Oficina Nacional de Estadísticas, Banco Central, SESPAS, COPRESIDA, SEE, Gabinete de Coordinación de la Política Social, SEEPYD, CESDEM, y CENCET-SESPAS.

Distribución Sede de la Organización de las Naciones Unidas: Embajador **Francis Lorenzo.**

Índice de Contenido:

- Introducción	11
- Evolución de los indicadores de desarrollo del Milenio	18
- Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre	23
- Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal	43
- Objetivo 3: Promover la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer	57
- Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años	69
- Objetivo 5: Mejorar la salud maternal	83
- Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades	93
- Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente	113
- Objetivo 8: Fomentar una alianza mundial para el desarrollo	129
- Referencias bibliográficas	141
- Notas técnicas	144

Listado de Cuadros y Gráficos:

Cuadros

Cuadro 1:	Infraestructura básica en las escuelas primarias, República Dominicana y América Latina y el Caribe, 2007	48
Cuadro 2:	Relación niñas a niños en educación, según provincia y nivel, 2005-2006	59
Cuadro 3:	Tasas de alfabetismo de mujeres y hombres de 15 a 24 años, 2002 y 2007	60
Cuadro 4:	Distribución por sexo de cargos electos, 2006	63
Cuadro 5:	Tasas de mortalidad en menores de 5 años, según grupos de edad, en muertes cada 1,000 nacimientos con vida, períodos seleccionados	72
Cuadro 6:	Tasas de mortalidad en la niñez, neonatal, pos neonatal, infantil y pos infantil, cada mil nacimientos con vida, por provincia, 2007	73
Cuadro 7:	Clasificación de las provincias según la influencia de los componentes de la mortalidad en la niñez, 2007	74
Cuadro 8:	Asistencia durante el embarazo y el parto, mujeres de 15 a 49 años, 1991, 1996, 2002 y 2007	85
Cuadro 9:	Necesidad de servicios de planificación familiar para mujeres en unión, 1991-2002	88
Cuadro 10:	Prevalencia del VIH en población adulta según diferentes fuentes	95
Cuadro 11:	Tasa de prevalencia de VIH en personas de 15-49 años, según sexo, 2002 y 2007	95
Cuadro 12:	Tasa de prevalencia de VIH según zona de residencia, regiones de salud y nivel educativo, por sexo, 2007	96
Cuadro 13:	Tasa de uso de preservativos dentro de la tasa de uso de anticonceptivos, países de América Latina y el Caribe, último dato disponible	97
Cuadro 14:	Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo, según edad, zona de residencia, regiones de salud y nivel educativo, por sexo, 2007	98
Cuadro 15:	Porcentaje de mujeres que tienen conocimiento integral sobre la transmisión de VIH/SIDA por zona de residencia, educación y quintil de ingreso	100
Cuadro 16:	Tasa de uso actual de anticonceptivos entre mujeres casadas de 15 a 49 años de edad, 1991 a 2007	100
Cuadro 17:	Tasas de asistencia escolar de niños y niñas huérfanos y no huérfanos, 2006	101
Cuadro 18:	Incremento de la cobertura del sistema de atención a PVVS, 2007	101
Cuadro 19:	Pacientes con VIH en seguimiento clínico y en tratamiento con ARV entre diciembre 2006 y diciembre 2007	102
Cuadro 20:	Indicadores para el monitoreo del PNRTV, 2002 a 2007 (nov.)	103
Cuadro 21:	Prevalencia, mortalidad, detección y casos curados de tuberculosis, 1990-2005	107
Cuadro 22:	Casos y tasa de letalidad de dengue y malaria, 2005 a 2007	108
Cuadro 23:	Territorio dominicano cubierto por bosques, por tipo de bosque, 2003	115

Cuadro 24:	Uso de energía en países de América Latina y el Caribe, 2004	116
Cuadro 25:	Oferta de energías renovables y no renovables en República Dominicana, en miles de barriles equivalentes de petróleo, 2002 y 2004	117
Cuadro 26:	Indicadores de telefonía e Internet, cada 100 habitantes, países de América Latina y el Caribe, 2007	138

Gráficos

Gráfico 1:	Población con ingresos inferiores a U\$51 PPA por día, total, urbana y rural, 2000 a 2006	24
Gráfico 2:	Población con ingresos inferiores a U\$52 PPA por día, total, urbana y rural, 2000 a 2006	24
Gráfico 3:	Porcentaje de población en pobreza y pobreza extrema según línea nacional de pobreza	26
Gráfico 4:	Variación observada y esperada de la pobreza moderada, 2001 a 2006	27
Gráfico 5:	Variación observada y esperada de la pobreza extrema, 2001 a 2006	27
Gráfico 6:	Coefficiente de Gini, 2000 a 2006	27
Gráfico 7:	Participación del quintil más pobre en el ingreso familiar per cápita, 2000-2007	28
Gráfico 8:	Ratio de ingreso entre decil 10 y decil 1	28
Gráfico 9:	Tendencias de la desnutrición global, crónica y aguda en menores de 5 años, en porcentaje, República Dominicana, años seleccionados	35
Gráfico 10:	Desnutrición global y crónica por sexo y zona de residencia, 2007	35
Gráfico 11:	Población en pobreza extrema (2004) y tasas de desnutrición infantil crónica (2007), por provincias	36
Gráfico 12:	Porcentaje de niños y niñas con lactancia materna exclusiva, según edad, 1991, 1996, 2002 y 2007	37
Gráfico 13:	Porcentaje de personas con subalimentación, años seleccionados	38
Gráfico 14:	Tasa neta de matriculación en Nivel Básico, 1994/1995 a 2006/2007	45
Gráfico 15:	Tasa neta de asistencia en primaria, por provincia y sexo, 2007	46
Gráfico 16:	Porcentaje de la población que abandonó la escuela primaria, según motivo, por sexo, 2002	47
Gráfico 17:	Tasa de alfabetismo entre 15 y 24 años de edad, años seleccionados	49
Gráfico 18:	Calidad de la enseñanza. Logros alcanzados en las pruebas SERCE, por nivel, según área y grado, en República Dominicana y América Latina y el Caribe, 2006	50

Gráfico 19:	Relación niñas a niños en educación primaria y secundaria, 1996/1997 a 2005/2006	59
Gráfico 20:	Relación entre tasas de alfabetismo de mujeres a hombres, población de 15 a 24 años, por zona de residencia y grupos de edad, 1991 y 2005	61
Gráfico 21:	Distribución de la población en edad de trabajar según condición de actividad, por sexo, 2006	61
Gráfico 22:	Proporción de mujeres entre los empleos asalariados del sector no agrícola y puestos gerenciales o profesionales, 1991-2006	62
Gráfico 23:	Brecha salarial de las mujeres, por nivel educativo y zona de residencia, octubre 2006	62
Gráfico 24:	Brecha salarial de las mujeres, según informalidad y dominio. Octubre 2006	63
Gráfico 25:	Tasa de mortalidad en la niñez, en muertes cada 1,000 nacimientos con vida	71
Gráfico 26:	Porcentaje de niños y niñas de 12 a 23 meses que han recibido vacunas, 1991, 1996, 2002 y 2007	75
Gráfico 27:	Porcentaje de niños y niñas de 12 a 23 meses que han recibido todas las vacunas, por provincia, 2007	77
Gráfico 28:	Porcentaje de niños y niñas con diarrea y tratamiento, 1991, 1996, 2002 y 2007	77
Gráfico 29:	Porcentaje de niños con IRA y tratamiento, 1991, 1996, 2002 y 2007	77
Gráfico 30:	Tasas de mortalidad en la niñez y neonatal, y porcentaje de niños de 12 a 23 meses con todas las vacunas, según el nivel educativo de la madre, 2007	78
Gráfico 31:	Mortalidad materna por cada 100,000 nacimientos con vida, 1996 a 2007 y proyectado	84
Gráfico 32:	Proporción de partos atendidos por ginecólogos obstetras del total atendido por profesionales de la salud, por regiones, 2006	86
Gráfico 33:	Porcentaje de adolescentes (15-19 años) embarazadas o que ya tienen un hijo, 1991-2006	87
Gráfico 34:	Porcentaje de embarazo adolescente, por nivel de educación y quintil de ingreso, 2006	87
Gráfico 35:	Tasa de prevalencia del VIH en personas de 15-49 años, por grupos de edad y sexo, 2007	95
Gráfico 36:	Tasa de uso de preservativos dentro de la tasa de uso de anticonceptivos, mujeres unidas de 15 a 49 años de edad, 1991 a 2007	97
Gráfico 37:	Tasa de uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo, por sexo, 2002 y 2007	98
Gráfico 38:	Porcentaje de mujeres que tienen conocimiento integral sobre la transmisión de VIH/SIDA, por grupos de edad, 2006	99
Gráfico 39:	Uso de energía (equivalente en kg. de petróleo) por 1,000 dólares del PIB (PPA)	116
Gráfico 40:	Emisiones de CO2 per cápita (Ton. métricas), República Dominicana y América Latina y el Caribe, 1990 a 2004	118

Gráfico 41:	Emisiones de CO2 per cápita en América Latina y el Caribe, 1990 y 2004	116
Gráfico 42:	Consumo de CFC y de todas las sustancias que agotan la capa de ozono (toneladas de PAO), 1992 a 2005	117
Gráfico 43:	Porcentaje de hogares que usan combustibles sólidos para cocinar, 2000-2006	117
Gráfico 44:	Porcentaje de hogares con acceso a fuente mejorada de agua potable y a saneamiento mejorado, 1993 a 2006 y tendencia necesaria	123
Gráfico 45:	Porcentaje de la población con acceso a una fuente mejorada de agua y a servicio sanitario mejorado, por quintil de ingreso, 2006	124
Gráfico 46:	Acceso a fuente agua para beber y servicio sanitario mejorados, por regiones, 2006	124
Gráfico 47:	Asistencia oficial para el desarrollo recibida (% ingreso nacional bruto)	129
Gráfico 48:	Servicio de la deuda (% de las exportaciones de bienes, servicios e ingreso neto del exterior)	129
Gráfico 49:	Servicios de la deuda como % del PIB, 2002 a 2007 (ene-jun)	129
Gráfico 50:	Tasa de desempleo de jóvenes, según sexo, 1991 a 2006	130
Gráfico 51:	Tasas de desempleo y de participación de jóvenes (15 a 24 años) y adultos (+25 años), por sexo, 2006	130
Gráfico 52:	Brecha salarial entre jóvenes (15 a 24 años) y adultos (+25 años), por nivel educativo y sexo, 2006	131
Gráfico 53:	Brecha salarial de mujeres respecto de hombres, 15 a 24 años de edad, por nivel educativo, 2006	131
Gráfico 54:	Líneas de teléfono, abonados a teléfono celular y usuarios de internet, cada 100 habitantes, 1990-2008 (I Trim)	135



INTRODUCCIÓN

Introducción

EL progreso de una sociedad se mide a través del bienestar de su gente. Es por ello que en la Asamblea General de la ONU en el año 2000, 189 gobernantes y jefes de Estado del mundo se comprometieron a actuar sobre una base mínima de problemas que limitan el bienestar de los habitantes de esos países. Este compromiso quedó plasmado en la Declaración del Milenio, en donde tanto países desarrollados como países en desarrollo acordaron los parámetros bajo los cuales se medirá el progreso en los siguientes 15 años.

Hoy ha pasado la mitad de ese tiempo y es un momento oportuno para revisar el progreso del país hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Es propicio revisar cómo se ha desempeñado el país, cuáles son los pronósticos del logro de las metas, y dónde hay que enfatizar esfuerzos en los ámbitos de pobreza, hambre, educación, salud materna e infantil, equidad de género, transmisión del VIH, tuberculosis y malaria, calidad del medioambiente, calidad del agua, condiciones de los asentamientos precarios, difusión de las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones, y la cooperación para el desarrollo.

Esta "Guía para determinar el progreso hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio en la República Dominicana, 2008" forma parte de una serie de estudios y documentos que se han venido preparando en el país desde el año 2004, cuando se presentó el "*Primer Informe de avance de República Dominicana de cara a los ODM*", auspiciado por la COPDES y las Agencias de Naciones Unidas en el país¹. El año 2005 utilizó dicho informe como punto de partida de análisis y como base de la formulación de una "*Evaluación de Necesidades y Análisis de Costos sobre los ODM*" a escala nacional, que contenía una identificación de las acciones necesarias (conocido formalmente como intervenciones y costos) para que el país pudiera alcanzar sus compromisos en el tiempo establecido, junto con una estimación de los costos e inversiones asociados. Este Informe se denominó "*Invirtiendo en el desarrollo sostenible de la República Dominicana*"², y en la preparación del mismo participaron activamente todas las Secretarías de Estado y organismos públicos involucrados en los temas tratados por los ODM, así como las Agencias de Naciones Unidas en la República Dominicana. La Evaluación de Necesidades de 2005 fue un documento sombrilla, el cual estuvo acompañado por la publicación de varias evaluaciones y estudios de costos completos, realizados por las Secretarías de Estado en el proceso de identificación de acciones y costos³.

A continuación, en el año 2006, la Provincia de El Seibo fue designada por el gobierno dominicano como el primer "Pueblo del Milenio" debido a la paradoja de su alto nivel de pobreza y su potencial económico gracias a la riqueza natural de sus playas en Miches y sus áreas verdes, así como el conocimiento de la población de estos objetivos globales, ODM, como consecuencia de la capacitación del programa "Progresando" del Despacho de la Primera Dama. La COPDES junto a las Agencias de Naciones Unidas, las Secretarías de Estado y el Despacho de la Primera Dama auspiciaron un proceso similar al realizado previamente a nivel nacional el año anterior, pero esta vez con la participación de grupos comunitarios de la provincia, dirigentes locales, empresarios, miembros

¹ COPDES y Sistema de las Naciones Unidas en la República Dominicana, "Objetivos de Desarrollo del Milenio, República Dominicana 2004". Santo Domingo, 2004.

² COPDES, Sistema de las Naciones Unidas en la República Dominicana y ONAPLAN, "Invirtiendo en el desarrollo sostenible de la República Dominicana. Evaluación de necesidades para cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)". Santo Domingo, 2005

³ Las entidades que publicaron sus informes completos fueron las Secretarías de Estado de Educación, de Medio Ambiente y Recursos Naturales, de la Mujer y de Agricultura.

de ONG y de las Secretarías de Estado e instituciones públicas. Como resultado se publicó una "Evaluación de Necesidades y Análisis de Costos sobre los ODM" esta vez a escala provincial a fines de comparar los costos del país entero con los de una provincia⁴. Este estudio es el único de este tipo realizado en Latinoamérica y el Caribe, la oficina de Naciones Unidas lo ha destacado como una herramienta modelo de planificación para los ODM a nivel mundial.

Esta Guía contiene una actualización de las tendencias analizadas en el "Informe de avance de República Dominicana de cara a los ODM de 2004", así como un análisis de los progresos alcanzados hasta el año 2008 para cada uno de los Objetivos planteados. Se incluyen proyecciones y escenarios de cara al cumplimiento de las metas del milenio, con base base en el desempeño observado en cada ámbito. Como resultado se visualizan las áreas en las que el país, sus gobernantes y su población, deben incrementar sus esfuerzos para poder alcanzar, en el año 2015, los compromisos asumidos.

Aunque uno de los retos más grandes para el cumplimiento de los ODM en la República Dominicana ha sido la tendencia alcista del precio de petróleo y el efecto negativo se ha reflejado en nuestra capacidad de financiar las mismas "acciones concretas" estipuladas en la Evaluación de Necesidades y Análisis de Costos para los ODM; esta Guía abarca la "situación nacional (actual)" a la fecha con respecto a cada ODM y tiene aspectos para generar debate sobre la ruta crítica que se debe tomar considerando los avances en el país y la situación internacional.

Esta Guía no es un informe. Es una herramienta para facilitar la discusión y el análisis de la situación nacional, en cada apartado se incluye un glosario de los términos más utilizados, así como una serie de preguntas motivadoras y un listado de enlaces a instituciones involucradas. El objetivo es que estas herramientas sirvan de base para el debate en torno a estos temas, así como al diseño de políticas públicas a través de un acuerdo colectivo de las instituciones gubernamentales y de la sociedad, particularmente en su naturaleza transversal. No hay una Secretaría de Estado que pueda asegurar el cumplimiento de los ODM por sí misma. Por ello, esta Guía debe establecer un puente de comunicación para generar consenso en la República Dominicana. Este ejercicio debe aprovechar el poder de los medios, especialmente la televisión. Adicional a su carácter de herramienta útil

⁴ COPDES, Despacho de la Primera Dama y PNUD, "Evaluación de necesidades y análisis de costos para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El Seibo. Pueblo del Milenio". Santo Domingo, 2006.

¿Cuál es la fortaleza de los ODM?

¿Por qué vale la pena enmarcar las políticas públicas en este acuerdo?

En primer lugar, los ODM permiten analizar la situación y la evolución del desarrollo de un país en un marco más amplio que el que brinda el ingreso per cápita o PIB per cápita. Se basan en el enfoque de capacidades o de desarrollo humano, pero limitado a los aspectos más básicos del bienestar de una sociedad. Bajo esta perspectiva, el ingreso es visto como un medio para alcanzar otros fines acordes con las libertades de las personas.

Segundo, brinda un marco de intervenciones prioritarias y acotadas. Este aspecto es fundamental en la definición de las políticas públicas en los países en desarrollo, que deben afrontar numerosos problemas de manera simultánea, pero cuentan con limitaciones de recursos y de capacidades.

Tercero, establecen metas u objetivos mínimos que en general son realistas y posibles de lograr, y un horizonte temporal definido. Además, están acompañados por un conjunto de indicadores de seguimiento homogéneo, lo que facilita el análisis de la evolución y la comparación entre países y regiones del mundo. Permite evaluar a todos los países con la misma medida, pero teniendo en cuenta sus particularidades y condiciones de inicio.

Cuarto, reafirman el compromiso de los países desarrollados de apoyar a los países en desarrollo. El flujo de fondos de ayuda internacional es fundamental para impulsar el desarrollo de los países más atrasados. Fomentan la cooperación y solidaridad mundial.

para el país, esta Guía servirá para fines de rendir cuentas ante la Asamblea General de las Naciones Unidas con respecto a los avances del país hacia los ODM.

En esta Guía se han utilizado los análisis y proyecciones realizados por instituciones y agencias especializadas a nivel nacional e internacional, como las Secretarías de Estado de Economía, Planificación y Desarrollo (SEEPYD), de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), de Educación (SEE), de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARENA), la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE), el Banco Central de la República Dominicana (BCRD), el Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA), el Instituto Dominicano de las Telecomunicaciones (INDOTEL), el Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM), el Banco Mundial, las Agencias de Naciones Unidas (UNICEF, PNUD, PMA, UNFPA, ONUSIDA, OPS/OMS, FAO, UNESCO), la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la Unión Internacional de las Telecomunicaciones (UIT), entre otros.

Principales hallazgos y tendencias

- En abril de 2007, según la línea nacional, la medición arrojaba un 11.8% de la población en pobreza extrema y un 35.8% en pobreza moderada, evidenciando una mejora importante respecto de octubre de 2004, cuando la pobreza extrema alcanzó al 16.5% de la población, y la pobreza moderada, al 43.4%. Según el desempeño de la economía durante su etapa de recuperación, es posible alcanzar el ODM 1: disminuir la pobreza extrema a la mitad si continúa la misma tasa de reducción del 14% acumulado anual.
- La distribución del ingreso ha mejorado respecto de principios de la década, medido tanto a través del Coeficiente de Gini como de la razón entre el ingreso del decil más rico de la población y el del decil más pobre.
- Desde hace más de dos décadas, la desnutrición infantil ha experimentando reducción sostenida en el país. En 2007, de acuerdo con los nuevos estándares de la OMS, el 3.1% de los niños y niñas menores de cinco años padecían desnutrición global, el 2.2% desnutrición aguda y el 9.8% desnutrición crónica. En relación con la meta 2 de los ODM, en 2007 el país habría logrado reducir la desnutrición global a la mitad, cumpliendo la meta.
- Sin embargo, el 10% de los niños y niñas menores de 5 años presentan desnutrición crónica (baja talla para la edad), con efectos negativos irreversibles para su desarrollo físico y motor.
- El segundo indicador seleccionado para el seguimiento de la meta del milenio relacionada con el hambre es la subalimentación de la población, la cual es superior a la de principios de los '90, alcanzando en el período 2002-2004 el 29% de la población. Estas diferencias en las tendencias de los dos indicadores, desnutrición infantil y subalimentación de la población, hacen que el logro de la segunda meta del milenio sea dispar.
- La tasa neta de matriculación de niños y niñas en el Nivel Básico ha aumentando de manera sostenida, desde 63.2% en el año 1994/1995 hasta 94.9% en 2006/2007. Sin embargo, la educación básica enfrenta dos desafíos: el ingreso tardío al sistema y la permanencia de los y las estudiantes (sólo el 53% completa el Nivel Básico). Con base en esto, es poco probable que el país alcance el segundo objetivo del milenio.
- Las y los estudiantes dominicanos muestran un rendimiento muy bajo en Matemática, Lengua y Ciencias; no

sólo muy por debajo del promedio de la región, sino que el último estudio SERCE los ubica en el último lugar de los 16 países de América Latina y el Caribe que participaron del estudio.

- La relación entre niñas y niños en la educación primaria y secundaria se ha mantenido casi invariable durante la última década. En el año 2006, la proporción de género en la educación inicial era de 97 niñas por cada 100 niños; en básica era de 94 niñas por cada 100 niños; y en el nivel secundario, de 123 mujeres por cada 100 varones. En la educación superior, la diferencia es más marcada en detrimento de los hombres. En el año 2005 habían matriculadas 161 mujeres por cada 100 hombres.
- Con base en las tendencias analizadas para los tres niveles educativos, las brechas de género en la educación secundaria y superior serán muy difíciles de cerrar en los próximos años, mientras que con un mayor esfuerzo podrá alcanzarse la igualdad en la primaria.
- Entre los años 2002 y 2007, la tasa de alfabetismo en la población joven se ha incrementado, tanto para las mujeres como para los hombres, sin embargo, las mujeres siguen mostrando mayores niveles de alfabetismo que los varones.
- Las mujeres tienen una tasa de desempleo (27%) tres veces mayor que los hombres (9%). Además, los hombres encuentran su primer trabajo más rápido que las mujeres. La composición de la población en edad de trabajar es muy diferente entre uno y otro sexo y revela patrones asociados a los roles de género asignados a los hombres y a las mujeres.
- Las mujeres reciben en promedio salarios mucho más bajos que los hombres con la misma educación, para todos los niveles de estudio. A medida que las mujeres poseen mayor educación formal, la brecha salarial disminuye, aunque sigue siendo significativa. En el nivel universitario, la brecha salarial es del 52%, y en el nivel primario es del 71%.
- Hacia 1990 la tasa de mortalidad de los y las menores de 5 años era de 58 por cada mil nacidos vivos y en 2007 es del orden de 36 por cada mil. Para alcanzar la meta 5 de los ODM es necesario acelerar el ritmo de reducción de la mortalidad de los y las menores de cinco años al doble de lo que se ha verificado en los últimos 25 años. La estrategia debe orientarse a abordar los factores que se relacionan con la mortalidad durante el primer año de vida, y en consolidar los logros en materia de prevención y atención para niños y niñas de 1 a 5 años, para mantener la mortalidad post infantil en cifras bajas.
- La mortalidad materna está disminuyendo a un ritmo demasiado lento; ha pasado de 229 muertes por cada 100 mil nacimientos con vida en 1996, a 159 muertes por cada 100 mil en 2007. Sería necesario acelerar en casi el triple la tasa de reducción de la mortalidad materna para alcanzar la Meta 6 de 57 muertes maternas por cada 100 mil nacimientos con vida al año 2015. Es importante anotar que en el caso de República Dominicana, la alta mortalidad materna no guarda relación con el nivel de institucionalización de los partos.
- En 2006, el 72% de las muertes maternas reportadas a nivel nacional eran calificadas como "evitables" debido a la baja calidad del sistema de atención.
- La prevalencia del VIH en República Dominicana presenta una tendencia a la estabilización. La tasa de prevalencia de la enfermedad para el año 2007 es del 1.05% de la población adulta de 15 a 49 años. La epidemia

en el país se caracteriza por ser de predominio masculino (63% en hombres) y heterosexual (75.7%), sin embargo, se ha verificado un aumento de la proporción de mujeres.

- La tasa de uso de preservativos es muy bajo en las mujeres casadas o en unión (2.6%) y en las relaciones sexuales de alto riesgo es del 40% en las mujeres y 69% en los hombres.
- En el año 2007 continuó aumentando la cobertura del programa de antirretrovirales, de manera que 7,768 personas estaban recibiendo terapia, es decir, un 29.9% del total estimado que la necesitan.
- La superficie del territorio nacional cubierta por bosques ha venido aumentando sustancialmente durante más de 40 años, hasta alcanzar el 33.4% del territorio nacional en 2003, y la mitad de la superficie de vocación forestal.
- La tendencia observada en la última década es hacia la disminución en el consumo de energía en relación al PIB, ocupando el sexto lugar de 21 países de América Latina y el Caribe, de menor uso de energía en relación al tamaño de su economía.
- Las emisiones de dióxido de carbono (CO₂) equivalente per cápita han venido en aumento desde principios de los '90; sin embargo se aprecia un cambio en la tendencia reciente, en los años 2003 y 2004, lo cual podría tratarse de un estancamiento en valores del orden de las 2.2 toneladas métricas per cápita.
- La proporción de hogares que utilizan combustibles sólidos para cocinar era de más del 12% en el año 2006, verificándose una tendencia hacia el aumento. El 53% de los hogares del quintil más pobre usaba este tipo de combustible.
- La proporción de hogares con acceso a fuentes sostenibles de agua potable y servicios de saneamiento mejorados ha aumentado desde la medición del Censo Nacional de 1992. El acceso a fuentes de agua mejoradas pasó del 67% de hogares en 1992 al 74% en 2006, mientras que el acceso a saneamiento adecuado aumentó desde el 64% al 96% en el mismo período. Con base en estas cifras, se puede concluir que aún se requiere aumentar la provisión de agua potable a un 9% del total de hogares, mientras que la meta vinculada con el acceso a saneamiento mejorado ya se superó con los niveles actuales.
- En el año 2005 el servicio de la deuda comprometió el 8% de los ingresos nacionales por exportaciones de bienes, servicios e ingresos netos del exterior. Asimismo, los servicios de la deuda fueron del 4% del PIB y 19% del gasto del gobierno central en 2007.
- La tasa de desempleo de los jóvenes de 15 a 24 años es en promedio 2.5 veces mayor que la de los mayores de 25 años. En 2006, el porcentaje de adultos desempleados era del 12% y el de jóvenes desempleados, del 30.4%.
- La teledensidad o cantidad de líneas de teléfono por cada 100 habitantes ha aumentado rápidamente en el país, debido principalmente al incremento en la cantidad de líneas de teléfonos celulares. Para el primer trimestre de 2008 se estima que había un total de 6.7 millones de líneas de teléfono, lo que equivale a 67.7 teléfonos por cada 100 personas. Por cada teléfono fijo hay 6 teléfonos celulares. Con estas cifras, el país se encuentra por debajo de la teledensidad de la región latinoamericana de 83 líneas de teléfono cada 100 habitantes. Sin embargo, en el porcentaje de celulares en el total de líneas telefónicas es una de las más altas de la región.



EVOLUCIÓN DE LOS INDICADORES DE DESARROLLO DEL MILENIO

Evolución de los Indicadores de Desarrollo del Milenio

ODM	Meta	Indicadores	Valor de Referencia	Año (Fuente)	Valor Observado	Año (Fuente)	Valor Meta	Observaciones
Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.	Meta 1. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas en pobreza extrema.	1a. Porcentaje de la población con ingresos inferiores a 1 dólar PPA por día.	1.9	2000 (SEDLAC)	1.4	2006 (SEDLAC)	0.95	PROBABLE. Es posible reducir la pobreza extrema a la mitad si continúa la misma tendencia observada en los dos últimos años. Ha mejorado la distribución del ingreso.
		1b. Porcentaje de la población en pobreza extrema, según línea nacional de pobreza [1].	9.7	Abril 1997 (SEEPYD)	11.8	Abril 2007 (SEEPYD)	4.8	
Objetivo 2. Lograr la enseñanza primaria universal.	Meta 2. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre.	2. Coeficiente de la brecha de pobreza	0.8	2000 (SEDLAC)	0.4	2006 (SEDLAC)	-	POCO PROBABLE. Resultados dispares para cumplir esta meta. Por un lado, la desnutrición infantil global ya ha alcanzado el nivel requerido, pero por el otro, el porcentaje de la población subalimentada muestra dificultades para reducirse.
		3. Proporción del ingreso per cápita nacional que corresponde al quintil más pobre de la población [2].	3.1	Abril 2000 (ENFT)	3.6	Abril 2006 (ENFT)	-	
		4. Porcentaje de menores de 5 años con insuficiencia ponderal.	10.4	1991 (ENDESA)	4.3	2007 (ENDESA)	5.2	
	5. Porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria.	27	1991 (FAO)	29	2002/2004 (FAO)	13.5		
	6. Tasa neta de matriculación en la enseñanza primaria.	63.4	1994/1995 (SEE)	94.9	2006/2007 (SEE)	100		
Objetivo 3. Promover la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer.	Meta 3. Velar por que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.	7. Proporción de estudiantes que empiezan y completan la enseñanza primaria.	22	1993 (Banco Mundial)	53	2004 (Banco Mundial)	100	POCO PROBABLE. Aunque se alcance la matriculación universal es poco probable que se logre eliminar la deserción.
		8. Tasa de alfabetización de las personas de 15 a 24 años.	88	1993 (Censo)	96	2005 (ENHOGAR)	100	PROBABLE. Tendencia adecuada. Es posible alcanzar la meta.
		9a. Relación entre niñas y niños en la educación primaria.	0.97	1996/1997 (SEE)	0.94	2005/2006 (SEE)	1	POCO PROBABLE. Es posible lograr la meta en primaria para el año 2015. Sin embargo, con la misma tendencia observada, es improbable alcanzar la equidad en los niveles secundario y superior.
9b. Relación entre mujeres y hombres en la educación secundaria.	1.25	1996/1997 (SEE)	1.23	2005/2006 (SEE)	1			
9c. Relación entre mujeres y hombres en la educación superior.	1.35	1997/1998 (SEESCYT)	1.61	2005/2006 (SEESCYT)	1			
10a. Relación entre las tasas de alfabetización de las mujeres y los hombres de 15 a 19 años.	1.07	1991 (ENDESA)	1.03	2007 (ENDESA)	1	PROBABLE. Tendencia adecuada. Es posible alcanzar la equidad.		
Objetivo 4. Reducir la mortalidad de los niños de 5 años.	Meta 4. Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes de fines de 2015.	10b. Relación entre las tasas de alfabetización de las mujeres y los hombres de 20 a 24 años.	1.03	1991 (ENDESA)	1.04	2005 (ENDESA)	1	POCO PROBABLE. Tendencia contraria a la necesaria: las mujeres han avanzado más que los hombres.
		11. Proporción de mujeres entre los empleados asalariados en el sector no agrícola.	35	1991 (ENFT)	39.4	2006 (ENFT)	50	POCO PROBABLE. Las mujeres han ganado terreno pero a un ritmo demasiado lento para lograr la equidad.
		12. Proporción de puestos ocupados por mujeres en el parlamento nacional.	8	1990 (JCE)	19	2006 (JCE)	50	POCO PROBABLE. Las mujeres han ganado terreno pero a un ritmo demasiado lento para lograr la equidad.
Objetivo 5. Mejorar la salud maternal.	Meta 5. Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los menores de 5 años.	13. Tasa de mortalidad de menores de 5 años.	58	1987/1992 (ENDESA)	36	2002/2007 (ENDESA)	19	POCO PROBABLE. Si no se acelera la tasa de disminución de la mortalidad de los niños y niñas, la meta sobre la mortalidad de los menores de 5 años se alcanzaría 10 años más tarde que lo establecido por los ODM, y la meta sobre la mortalidad infantil, quince años más tarde.
		14. Tasa de mortalidad infantil.	45	1987/1992 (ENDESA)	32	2002/2007 (ENDESA)	15	
		15. Porcentaje de niños y niñas de 12 a 23 meses vacunados contra el sarampión [3].	69.6	1987/1992 (ENDESA)	72.7	2002/2007 (ENDESA)	95	
Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.	Meta 6. Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes.	16. Tasa de mortalidad materna cada 100,000 nacimientos con vida.	229	1996 (ENDESA)	159	2007 (ENDESA)	57	POCO PROBABLE. La tasa de disminución de la mortalidad materna es demasiado lenta, por lo que es improbable que se alcance la meta.
		17. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado.	92.5	1991 (ENDESA)	97.8	2007 (ENDESA)	100	
Objetivo 7. Reducir la mortalidad de los niños de 5 años.	Meta 7. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA.	18. Prevalencia de VIH, 15 a 49 años [4].	2.5	2001 (ONUSIDA)	1.05	2007 (ONUSIDA)	-	PROBABLE. La prevalencia del VIH presenta una tendencia hacia la estabilización en cifras cercanas al 1%. Sin embargo hay desafíos vinculados al bajo uso de preservativos y bajo conocimiento de las formas de prevención de la enfermedad.
		19. Porcentaje de uso de preservativos dentro de la tasa de uso de anticonceptivos.	2.1	1991 (ENDESA)	2.6	2007 (ENDESA)	-	
		19a. Utilización de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo, hombres.	50.3	2002 (ENDESA)	68.6	2007 (ENDESA)	-	
		19b. Utilización de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo, mujeres.	25.2	2002 (ENDESA)	39.6	2007 (ENDESA)	-	
		19c. Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre VIH/SIDA [5].	N.D.	-	36	2006 (ENHOGAR)	-	
		19d. Tasa de prevalencia de uso de preservativos.	56.4	1991 (ENDESA)	72.9	2007 (ENDESA)	-	
		20. Relación entre la matriculación de niños huérfanos y la matriculación de niños no huérfanos de 10 a 14 años.	N.D.	-	0.93	2006 (ENHOGAR)	-	
		21. Tasa de prevalencia de paludismo (por 100 mil).	N.D.	-	6	2000 (OMS)	-	

ODM	Meta	Indicadores	Valor de Referencia	Año (Fuente)	Valor Observado	Año (Fuente)	Valor Meta	Observaciones
Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.	Meta 1. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas en pobreza extrema.	1a. Porcentaje de la población con ingresos inferiores a 1 dólar PPA por día.	1.9	2000 (SEDLAC)	1.4	2006 (SEDLAC)	0.95	PROBABLE. Es posible reducir la pobreza extrema a la mitad si continúa la misma tendencia observada en los dos últimos años. Ha mejorado la distribución del ingreso.
		1b. Porcentaje de la población en pobreza extrema, según línea nacional de pobreza [1].	9.7	Abril 1997 (SEEPYD)	11.8	Abril 2007 (SEEPYD)	4.8	
Objetivo 2. Lograr la enseñanza primaria universal.	Meta 2. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre.	2. Coeficiente de la brecha de pobreza	0.8	2000 (SEDLAC)	0.4	2006 (SEDLAC)	-	POCO PROBABLE. Resultados dispares para cumplir esta meta. Por un lado, la desnutrición infantil global ya ha alcanzado el nivel requerido, pero por el otro, el porcentaje de la población subalimentada muestra dificultades para reducirse.
		3. Proporción del ingreso per cápita nacional que corresponde al quintil más pobre de la población [2].	3.1	Abril 2000 (ENFT)	3.6	Abril 2006 (ENFT)	-	
		4. Porcentaje de menores de 5 años con insuficiencia ponderal.	10.4	1991 (ENDESA)	4.3	2007 (ENDESA)	5.2	
	5. Porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria.	27	1991 (FAO)	29	2002/2004 (FAO)	13.5		
	6. Tasa neta de matriculación en la enseñanza primaria.	63.4	1994/1995 (SEE)	94.9	2006/2007 (SEE)	100		
Objetivo 3. Promover la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer.	Meta 3. Velar por que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.	7. Proporción de estudiantes que empiezan y completan la enseñanza primaria.	22	1993 (Banco Mundial)	53	2004 (Banco Mundial)	100	POCO PROBABLE. Aunque se alcance la matriculación universal es poco probable que se logre eliminar la deserción.
		8. Tasa de alfabetización de las personas de 15 a 24 años.	88	1993 (Censo)	96	2005 (ENHOGAR)	100	PROBABLE. Tendencia adecuada. Es posible alcanzar la meta.
		9a. Relación entre niñas y niños en la educación primaria.	0.97	1996/1997 (SEE)	0.94	2005/2006 (SEE)	1	POCO PROBABLE. Es posible lograr la meta en primaria para el año 2015. Sin embargo, con la misma tendencia observada, es improbable alcanzar la equidad en los niveles secundario y superior.
9b. Relación entre mujeres y hombres en la educación secundaria.	1.25	1996/1997 (SEE)	1.23	2005/2006 (SEE)	1			
9c. Relación entre mujeres y hombres en la educación superior.	1.35	1997/1998 (SEESCYT)	1.61	2005/2006 (SEESCYT)	1			
10a. Relación entre las tasas de alfabetización de las mujeres y los hombres de 15 a 19 años.	1.07	1991 (ENDESA)	1.03	2007 (ENDESA)	1	PROBABLE. Tendencia adecuada. Es posible alcanzar la equidad.		
Objetivo 4. Reducir la mortalidad de los niños de 5 años.	Meta 4. Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes de fines de 2015.	10b. Relación entre las tasas de alfabetización de las mujeres y los hombres de 20 a 24 años.	1.03	1991 (ENDESA)	1.04	2005 (ENDESA)	1	POCO PROBABLE. Tendencia contraria a la necesaria: las mujeres han avanzado más que los hombres.
		11. Proporción de mujeres entre los empleados asalariados en el sector no agrícola.	35	1991 (ENFT)	39.4	2006 (ENFT)	50	POCO PROBABLE. Las mujeres han ganado terreno pero a un ritmo demasiado lento para lograr la equidad.
		12. Proporción de puestos ocupados por mujeres en el parlamento nacional.	8	1990 (JCE)	19	2006 (JCE)	50	POCO PROBABLE. Las mujeres han ganado terreno pero a un ritmo demasiado lento para lograr la equidad.
Objetivo 5. Mejorar la salud maternal.	Meta 5. Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los menores de 5 años.	13. Tasa de mortalidad de menores de 5 años.	58	1987/1992 (ENDESA)	36	2002/2007 (ENDESA)	19	POCO PROBABLE. Si no se acelera la tasa de disminución de la mortalidad de los niños y niñas, la meta sobre la mortalidad de los menores de 5 años se alcanzaría 10 años más tarde que lo establecido por los ODM, y la meta sobre la mortalidad infantil, quince años más tarde.
		14. Tasa de mortalidad infantil.	45	1987/1992 (ENDESA)	32	2002/2007 (ENDESA)	15	
		15. Porcentaje de niños y niñas de 12 a 23 meses vacunados contra el sarampión [3].	69.6	1987/1992 (ENDESA)	72.7	2002/2007 (ENDESA)	95	
Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.	Meta 6. Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes.	16. Tasa de mortalidad materna cada 100,000 nacimientos con vida.	229	1996 (ENDESA)	159	2007 (ENDESA)	57	POCO PROBABLE. La tasa de disminución de la mortalidad materna es demasiado lenta, por lo que es improbable que se alcance la meta.
		17. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado.	92.5	1991 (ENDESA)	97.8	2007 (ENDESA)	100	
Objetivo 7. Reducir la mortalidad de los niños de 5 años.	Meta 7. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA.	18. Prevalencia de VIH, 15 a 49 años [4].	2.5	2001 (ONUSIDA)	1.05	2007 (ONUSIDA)	-	PROBABLE. La prevalencia del VIH presenta una tendencia hacia la estabilización en cifras cercanas al 1%. Sin embargo hay desafíos vinculados al bajo uso de preservativos y bajo conocimiento de las formas de prevención de la enfermedad.
		19. Porcentaje de uso de preservativos dentro de la tasa de uso de anticonceptivos.	2.1	1991 (ENDESA)	2.6	2007 (ENDESA)	-	
		19a. Utilización de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo, hombres.	50.3	2002 (ENDESA)	68.6	2007 (ENDESA)	-	
		19b. Utilización de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo, mujeres.	25.2	2002 (ENDESA)	39.6	2007 (ENDESA)	-	
		19c. Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre VIH/SIDA [5].	N.D.	-	36	2006 (ENHOGAR)	-	
		19d. Tasa de prevalencia de uso de preservativos.	56.4	1991 (ENDESA)	72.9	2007 (ENDESA)	-	
		20. Relación entre la matriculación de niños huérfanos y la matriculación de niños no huérfanos de 10 a 14 años.	N.D.	-	0.93	2006 (ENHOGAR)	-	
		21. Tasa de prevalencia de paludismo (por 100 mil).	N.D.	-	6	2000 (OMS)	-	

ODM	Meta	Indicadores	Valor de Referencia	Año (Fuente)	Valor Observado	Año (Fuente)	Valor Meta	Observaciones
		22. Proporción de la población de zonas de riesgo de paludismo que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento del paludismo.	N.D.	-	N.D.	-	-	
		23a. Tasa de prevalencia de TB (por 100 mil).	234	1990 (OMS)	116	2005 (OMS)	-	
		23b. Tasa de mortalidad asociadas a la TB.	29	1990 (OMS)	14	2005 (OMS)	-	
		24a. Proporción de casos de TB detectados con DOTS.	9	1999 (OMS)	76	2005 (OMS)	-	
		24b. Proporción de casos de TB curados con DOTS.	81	1999 (OMS)	80	2004 (OMS)	-	
Objetivo 7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.	Meta 9. Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente.	25. Proporción de la superficie cubierta por bosques.	27.5	1998 (SEMARN)	33.4	2003 (SEMARN)	-	PROBABLE. Ha aumentado la superficie boscosa y de las áreas protegidas.
		26. Relación entre zonas protegidas para mantener la diversidad biológica y la superficie total.	11.7	1990 (SEMARN)	24.8	2006 (SEMARN)	-	
		27. Uso de energía (equivalente en kilogramos de petróleo) por 1,000 dólares del PIB (PPA).	132	1990 (UNSTATS)	126	2004 (UNSTATS)	-	PROBABLE. Se ha reducido a partir de mediados de la década de los '90.
		28a. Emisiones de dióxido de carbono per cápita (toneladas métricas).	1.3	1990 (CDIAC)	2.1	2004 (CDIAC)	-	PROBABLE. Han empezado a disminuir el consumo de CO2 y CFC.
		28b. Consumo de cloro-fluorocarburos que agotan la capa de ozono (toneladas de PAO).	274	1992 (PNUMA)	204	2005 (PNUMA)	-	
		29. Proporción de hogares que utiliza combustibles sólidos.	11.2	2000 (ENFT)	12.6	2006 (ENHOGAR)	-	POCO PROBABLE. No ha disminuido el porcentaje de hogares que utilizan combustibles sólidos.
		Meta 10. Reducir a la mitad para el año 2015 el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento.	30. Proporción de la población con acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua, en zonas urbanas y rurales.	66.6	1993 (Censo)	74.0	2006 (ENHOGAR)	83.3
	31. Proporción de la población con acceso a servicios de saneamiento mejorados, en zonas urbanas y rurales.	64.3	1993 (Censo)	96.0	2006 (ENHOGAR)	82.2	CUMPLIDO. Ya se ha alcanzado la meta.	
Meta 11. Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios.	32. Proporción de personas que habitan en tugurios [6].	53.1	2002 (Censo)	33.0	2005 (ENHOGAR)	83.3	Ha disminuido, pero es elevado.	

ODM	Meta	Indicadores	Valor de Referencia	Año (Fuente)	Valor Observado	Año (Fuente)	Valor Meta	Observaciones
Objetivo 8. Fomentar una alianza mundial para el desarrollo.	Meta 12. Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio. Meta 13. Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados. Meta 14. Atender las necesidades especiales de los países en desarrollo sin litoral y de los pequeños Estados insulares en desarrollo. Meta 15. Encarar de manera general los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo.	Asistencia oficial para el desarrollo (AOD)						
		33. La AOD neta, total y para países menos adelantados (% del ingreso nacional bruto de los países donantes del Comité de la Asistencia para el desarrollo (CAD) de la OCDE).						Se mide para países de la OCDE
		34. Proporción de la AOD total bilateral y por sectores de los donantes del CAD de la OCDE para los servicios sociales básicos.						Se mide para países de la OCDE
		35. Proporción de la AOD bilateral de los donantes del CAD de la OCDE que no está condicionada.						Se mide para países de la OCDE
		36. La AOD recibida en los países en desarrollo sin litoral (% de su ingreso nacional bruto).						Se mide para países en desarrollo sin litoral
		37. La AOD recibida por los pequeños Estados insulares en desarrollo (% de su ingreso nacional bruto).	1.5	1990 (OCDE)	0.3	2005 (OCDE)	-	
		Acceso a los mercados						
		38. Proporción del total de importaciones de los países desarrollados procedentes de países en desarrollo y de países menos adelantados, admitidas libres de derechos.						Se mide para países desarrollados
		39. Aranceles medios aplicados por países desarrollados a los productos agrícolas y textiles y el vestido procedentes de países en desarrollo.						Se mide para países desarrollados
		40. Estimación de la ayuda agrícola en países de la OCDE (% PIB).						Se mide para países desarrollados
		41. Proporción de la AOD para fomentar la capacidad comercial.						Se mide para países desarrollados
		Sostenibilidad de la deuda						
		42. Número total de países que han alcanzado los puntos de decisión y número que ha alcanzado los puntos de culminación en la iniciativa para la reducción de la deuda de los países pobres muy endeudados.						Se mide para países pobres muy endeudados

ODM	Meta	Indicadores	Valor de Referencia	Año (Fuente)	Valor Observado	Año (Fuente)	Valor Meta	Observaciones
		43. Alivio de la deuda comprometido conforme a la iniciativa para la reducción de la deuda de los países pobres muy endeudados.			Se mide para países pobres muy endeudados.			
		44. Servicio de la deuda como porcentaje de las exportaciones de bienes y servicios.	10.7	1990 (Banco Mundial)	8.0	2005 (Banco Mundial)	-	
	Meta 16. En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a los jóvenes un trabajo digno y productivo.	45. Tasa de desempleo de jóvenes de 15 a 24 años, total.	34.0	1991 (OIT)	30.4	2006 (ENFT)	-	POCO PROBABLE. Los jóvenes sufren mayores tasas de desempleo que los mayores, y dentro del grupo de 15 a 24 años, las mujeres tienen más del doble de desempleo que los hombres.
45a. Tasa de desempleo de jóvenes de 15 a 24 años, hombres.		25.0	1991 (OIT)	20.9	2006 (ENFT)	-		
45b. Tasa de desempleo de jóvenes de 15 a 24 años, mujeres.		48.2	1991 (OIT)	44.5	2006 (ENFT)	-		
	Meta 17. En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo a un costo razonable.	46. Proporción de la población con acceso estable a medicamentos esenciales a un costo razonable (OMS).	N. D.	-	N. D.	-	-	
	Meta 18. Meta 18. En colaboración con el sector privado, velar por que se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las TIC.	47a. Líneas de teléfono por 100 habitantes.	4.8	1990 (UIT)	67.7	2008 (I Trim) (INDOTEL)	-	Ha aumentado sostenidamente la tele-densidad, principalmente por la rápida expansión de líneas de teléfonos celulares. En comparación con la región, el país tiene relativamente una menor expansión de usuarios de Internet.
47b. Abonados a teléfonos celulares por 100 habitantes.		0.1	1991 (UIT)	58.4	2008 (I Trim) (INDOTEL)	-		
48a. Proporción de hogares con computadora [7].		5.5	2002 (Censo)	8.7	2005 (ENHOGAR)	-	Desafíos: aumentar la conectividad hasta lograr el acceso universal y ampliar las habilidades y conocimientos de las personas para que puedan aplicar las nuevas tecnologías para mejorar su bienestar y empoderamiento social y político.	
48b. Usuarios de Internet por 100 habitantes.		0.1	1996 (UIT)	17.2	2007 (INDOTEL)	-		

[1] El indicador internacional para monitorear la pobreza extrema es el porcentaje de la población con ingresos inferiores a 1 dólar PPA por día, sin embargo, en República Dominicana, este indicador no refleja la situación de pobreza nacional, por lo que el seguimiento de la pobreza extrema es más adecuado a través de la línea nacional de pobreza.

[2] El indicador establecido internacionalmente es la Proporción del consumo nacional que corresponde al quintil más pobre de la población.

[3] El indicador establecido internacionalmente es el Porcentaje de niños y niñas menores de 1 año vacunados contra el sarampión.

[4] El indicador establecido internacionalmente es la Prevalencia de VIH entre gestantes de 15 a 24 años.

[5] El indicador establecido internacionalmente es el Porcentaje de población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA.

[6] Se definió como la población urbana que habita en hogares con al menos una de las siguientes características: (a) falta de acceso a fuente mejorada de agua; (b) falta de acceso a saneamiento mejorado; (c) hacinamiento (3 ó más personas por habitación); y (d) vivienda construida con materiales no duraderos.

[7] El indicador establecido internacionalmente es la cantidad de Computadoras personales en uso por 100 habitantes.



OBJETIVO I

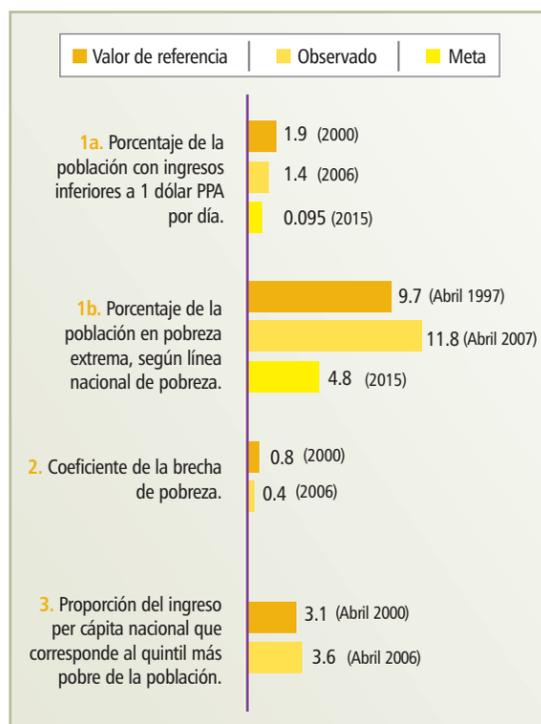
Erradicar la pobreza extrema y el hambre





Meta I. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas en pobreza extrema.

Para evaluar la primera meta del ODM I se establecieron tres indicadores, dos para analizar la evolución de la pobreza y uno para estudiar la desigualdad en la distribución del ingreso:



La pobreza de ingresos ha disminuido

Junto con la recuperación económica que siguió a la crisis económica de 2003 y 2004, la proporción de la población que recibía menos de US\$1 PPA por día se redujo considerablemente en 2005 y 2006 (Gráfico 1). Este es el indicador utilizado internacionalmente para medir la evolución de la pobreza extrema. Es una medida de la pobreza de ingresos⁵ y, por lo tanto, es muy susceptible a los ciclos de la economía, pudiendo aumentar o reducirse en cortos períodos de tiempo. Este indicador se complementa con la medición de la pobreza

moderada, o la proporción de la población que vive con menos de US\$2 PPA por día, la cual también disminuyó en 2005 y 2006, respecto de 2004 (Gráfico 2).

Gráfico 1
Población con ingresos inferiores a US\$1 PPA por día, total, urbana y rural, 2000 a 2006

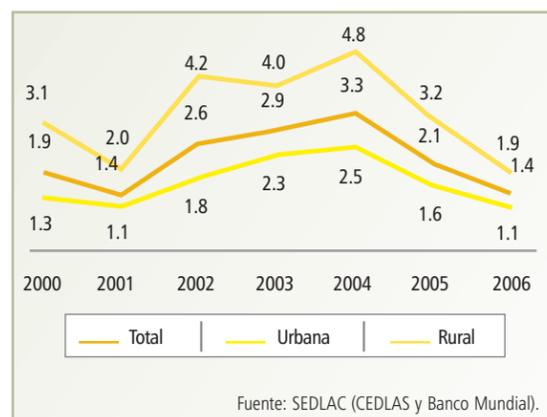
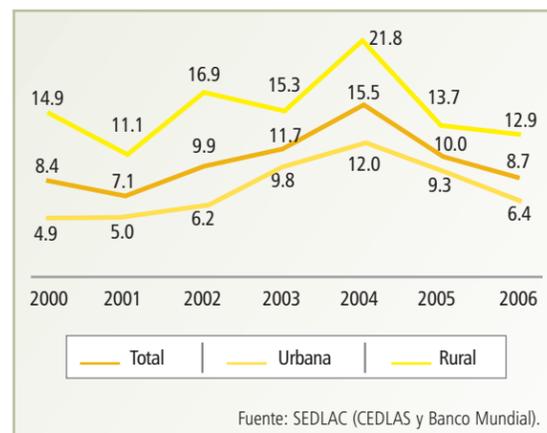


Gráfico 2
Población con ingresos inferiores a US\$2 PPA por día, total, urbana y rural, 2000 a 2006



⁵ La pobreza de ingresos sólo tiene en cuenta los ingresos de una persona o familia para determinar si es pobre o no. Hay otras definiciones de pobreza más amplias que ésta, como la pobreza según necesidades básicas insatisfechas y la pobreza humana.

La incidencia de la pobreza extrema y moderada en las zonas rurales ha sido, durante todo el período bajo estudio, mayor que en las áreas urbanas, llegando a ser más del doble en algunos años.

Para monitorear la primera meta de los ODM, el año de referencia debería ser 1990. Sin embargo, no hay una serie de datos que abarque el período 1990 – 2006⁶, por lo que se ha tomado como referencia una serie de datos que se extiende entre el año 2000 y el 2006⁷. Dicho esto, para el año 2015 la pobreza extrema debería reducirse a la mitad a partir del valor de 2000 de 1.9%, es decir, debería ser inferior a 1%. Según el ritmo de recuperación observado en los dos últimos años post-crisis, y si el país no vuelve a experimentar una nueva recesión económica, la Meta I se alcanzaría sin dificultad.

La línea nacional de pobreza

Sin embargo, es fácil darse cuenta que el indicador utilizado internacionalmente (porcentaje de la población que vive con menos de US\$ 2 PPA ó US\$ 1 PPA por día) no refleja el nivel de pobreza del país, sino que subestima en gran medida la proporción de la población que vive en situación de pobreza y de pobreza extrema. Para una medición más cercana a la realidad dominicana, se utiliza una línea de pobreza nacional, en vez de la línea internacional, que refleje las necesidades de la gente a través del costo de una canasta de bienes y servicios.

En abril de 2007, la última medición según la línea nacional arrojaba un 35.8% de la población en pobreza y un 11.8% en pobreza extrema, mostrando una mejora importante respecto de octubre de 2004, cuando la pobreza nacional alcanzó al 43.4% de la población, y la pobreza extrema, al 16.5% (Gráfico 3). Teniendo en cuenta esta mejora, los niveles de pobreza superan a los de antes de la crisis y se sitúan en niveles cercanos a los experimentados hacia el año 2003, cuando la crisis económica ya había empezado. En definitiva, la pobreza y la pobreza extrema han disminuido después de los máximos alcanzados en la última crisis económica (en octu-

bre de 2004), pero dos años y medio después aún muestran niveles de crisis.

Esta última medición de la pobreza también arroja valores superiores a los registrados diez años antes, en abril de 1997, cuando el 26.7% de la población se encontraba en pobreza y el 9.7%, en pobreza extrema. Las cifras de abril de 1997 son importantes porque son las que se toman como referencia para el cumplimiento de la Meta I, de reducir a la mitad la población en pobreza extrema⁸. Así, para alcanzar la Meta I la tasa de pobreza extrema en el año 2015 debería ser inferior al 4.8%.

En vista de la recuperación económica post-crisis, si la pobreza extrema continúa disminuyendo al mismo ritmo que lo ha hecho en los dos últimos años, a una tasa promedio del 14% cada año, es posible que para 2015 se reduzca a menos de la mitad del valor de abril de 1997, es decir, se alcance la Meta I, con sólo un 4% de la población en pobreza extrema. Sin embargo, como ya se mencionó, el logro de la Meta I puede estar limitado ante una desaceleración de la recuperación o una nueva crisis económica, ya sea por causas internas o choque externo, por lo que hay que prestar especial atención a los factores que podrían desencadenar una situación que ponga en peligro la estabilidad macroeconómica.

Si nos propusiéramos también reducir a la mitad la proporción de la población que vive en pobreza, y no sólo en pobreza extrema, partiendo del valor de 1997 del 26.7% de la población en pobreza, el ritmo de reducción debería ser mayor al que ha habido entre

⁶ El Banco Mundial tiene una serie de datos que abarca desde 1991 hasta 2004, pero no se ha utilizado esta fuente porque 2004 fue el año de la recesión económica y no representa la situación más reciente con respecto a los niveles de pobreza.

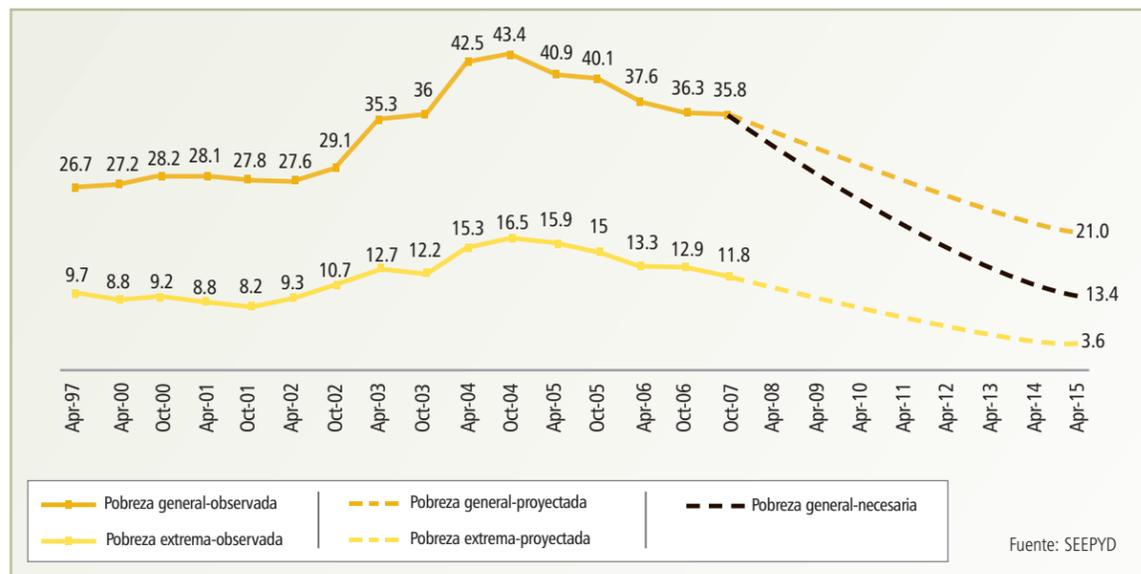
⁷ Estos datos fueron estimados a partir de la Encuesta Nacional de la Fuerza de Trabajo por el Centro de Estudios Distributivos Laborales y Sociales (CEDLAS) de la Universidad de La Plata y Banco Mundial.

⁸ Para la pobreza nacional tampoco existe una serie de datos que vaya desde 1990 a 2006, por lo que se utiliza una serie semestral de SEEPYD, en base a la Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo, desde abril de 2000 a octubre de 2006, y se agrega el dato para abril de 1997 de una serie de Banco Mundial (2006) compatible con la anterior.



Gráfico 3

Porcentaje de población en pobreza y pobreza extrema según línea nacional de pobreza



2005 y 2007; debería ser del 12% promedio anual en vez del 6% observado, para tener en el año 2015 sólo un 13% de la población en condiciones de pobreza general.

Comportamiento más intenso que en América Latina

La elasticidad de la pobreza extrema respecto del PIB real per cápita es de -1.8 para América Latina, mientras que la de la pobreza general es de -1.6⁹. Es decir, por cada 1% que aumenta el PIB real per cápita, la pobreza extrema y la pobreza general disminuyen en promedio en los países de la región, un 1.8 y un 1.6%, respectivamente.

La relación observada en los últimos años en República Dominicana entre el PIB real per cápita y la pobreza extrema y general ha sido diferente de lo observado para el promedio de Latinoamérica y el Caribe. En los Gráficos 4 y 5, se muestra la variación observada de

la pobreza y la pobreza extrema en comparación con las variaciones esperadas según el estándar latinoamericano entre los años 2001 y 2006.

En República Dominicana, la pobreza general y extrema tienden a aumentar con mucha mayor intensidad ante una disminución del PIB real per cápita que el comportamiento promedio latinoamericano, y por el contrario, ante una expansión del PIB per cápita, la reducción del nivel de pobreza es bastante menor de lo esperado. De esta manera, tenemos una economía que sobre-reacciona ante una recesión y crea mucha más pobreza de la que es esperable, y por otro lado, es menos sensible a la expansión económica y demora más en reducir los niveles de pobreza.

Por ejemplo, durante la recesión económica del año 2003 la pobreza general aumentó 19% y la extrema, 9%, cuando según el comportamiento promedio latinoamericano debieron aumentar sólo 3 y 4%, respectivamente. Por otro lado, en el período post-crisis, ante la expansión del PIB per cápita observado, la pobreza debió reducirse 12% en 2005 y 14% en 2006, pero en

el país la pobreza se redujo un 7% en 2005 y 10% en 2006. Lo mismo sucedió con la pobreza extrema, la cual se redujo 8% en 2005 y 12% en 2006, cuando se esperaba una contracción del 13 y 16% para esos años, respectivamente¹⁰.

Gráfico 4

Variación observada y esperada de la pobreza general, 2001 a 2006

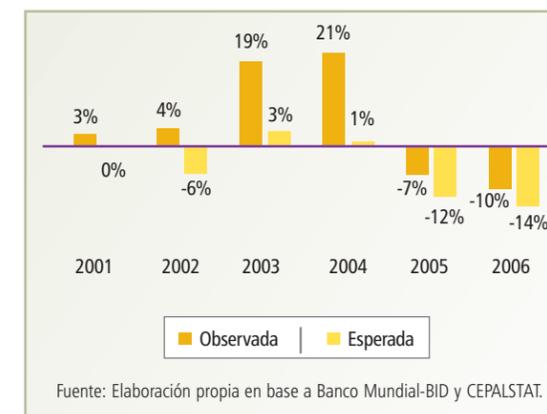


Gráfico 5

Variación observada y esperada de la pobreza extrema, 2001 a 2006

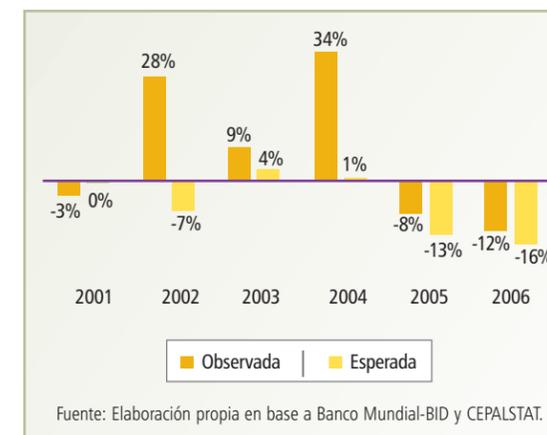


Gráfico 6
Coefficiente de Gini, 2000 a 2006



El hecho de que la economía haya producido mayor pobreza durante la recesión económica que el comportamiento promedio de las economías latinoamericanas, puede estar originado por la alta concentración del ingreso. Durante la recesión, los de mayor ingreso tienen mayores recursos (ahorros, activos) para protegerse de la crisis, en cambio los quintiles más pobres, que no poseen activos y consumen la mayor parte de su ingreso, sienten con mayor intensidad los efectos de la crisis (recesión, inflación) y provoca que quienes se encontraban cerca de la línea de pobreza ahora pasen a este grupo. Los datos confirman que efectivamente hubo un aumento de la desigualdad durante la crisis dominicana.

Menor concentración del ingreso

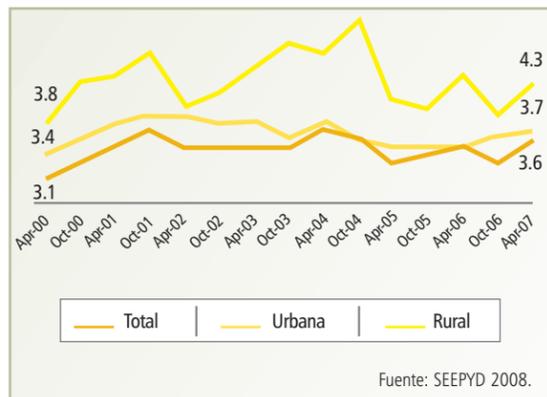
El Coeficiente de Gini muestra en abril de 2007 una mayor igualdad en la distribución de los ingresos que a principios de la década. Sin embargo, esa mejora se vio interrumpida durante la crisis, cuando se revirtió esa tendencia y aumentó la concentración del ingreso. A partir de abril de 2005 se evidencia una nueva tendencia hacia una mayor equidad (Gráfico 6).

¹⁰ Cabe destacar que en este análisis se pretende contrastar la evolución de la economía dominicana respecto del comportamiento promedio de las economías de la región, como un marco de referencia para evaluar nuestra economía y su capacidad para generar o reducir pobreza. Asimismo, se entiende que cada economía tiene una estructura particular, así como limitaciones y/o posibilidades, las cuales hacen que su comportamiento difiera de los promedios.



Gráfico 7

Participación del quintil más pobre en el ingreso familiar per cápita, 2000-2007

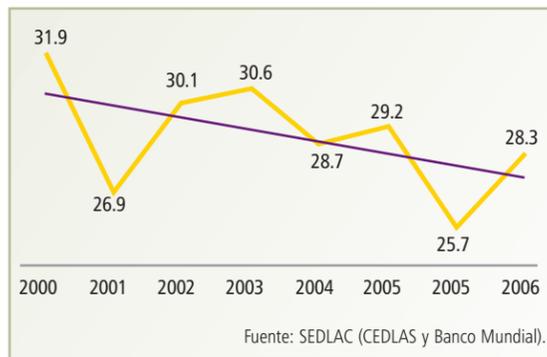


siete años. Más bien se observa que el quintil más pobre de la población se ha mantenido con la misma participación en el ingreso familiar. Por otro lado, las cifras indican que en las áreas rurales la distribución del ingreso es más equitativa que en las zonas urbanas.

Por otro lado, la evolución del ratio entre el ingreso que recibe el 10% más rico de la población (decil 10) y el 10% más pobre (decil 1), indica una tendencia hacia la mejora en la distribución del ingreso (Gráfico 8). A pesar de que en el año 2006 se observa un aumento de la desigualdad respecto de 2005, en 2006 hay mayor equidad en la distribución del ingreso que en el año 2000.

Gráfico 8

Ratio de ingreso entre decil 10 y decil 1



El programa Solidaridad

El programa Solidaridad es el programa más novedoso de asistencia social del Gobierno dominicano, basado en transferencias condicionadas de dinero a las familias más pobres, las cuales son seleccionadas a través del mapa de pobreza actualizado al año 2002 y el Sistema Único de Identificación de Beneficiarios (SIUBEN), como mecanismo para la focalización de la asistencia social por hogar.

El SIUBEN permite determinar la elegibilidad de los hogares y personas a las transferencias del gobierno en base al cálculo de un Índice de Condiciones de Vida (ICV), el cual se sustenta en los resultados de encuestas de hogar que se realizan en las zonas del país con mayor pobreza extrema, según fueron identificadas por el mapa de pobreza de 2002.

El programa Solidaridad está conformado por los siguientes componentes:

- 1) **Comer es Primero**, cuyo objetivo ha sido ayudar en la alimentación de los hogares más pobres, inició paulatinamente en noviembre de 2004. La transferencia monetaria sólo puede ser utilizada para comprar alimentos, de acuerdo a una canasta básica. Todos los hogares que son clasificados por el SIUBEN como extremadamente pobres, califican para recibir una transferencia mensual de RD\$550 por este concepto.
- 2) **Incentivo a la Asistencia Escolar (ILAE)**, que sustituye a la Tarjeta de Asistencia Escolar (TAE), tiene por objetivo mejorar la asistencia y permanencia escolar de los niños de 6 a 16 años inscritos entre el primer y octavo curso de educación básica. El ILAE comenzó en septiembre de 2004 y la ayuda mensual recibida por las familias está destinada a la compra de útiles escolares, libros, uniformes, medicinas, así como el retiro de dinero en efectivo. Sólo los hogares inscritos en "**Comer es primero**" son elegibles para beneficiarse del ILAE, por el cual recibirán RS\$300 mensuales adicionales por dos niños matriculados en la escuela y RD\$150 por cada niño elegible adicional.

- 3) **Dominicanos y Dominicanas con Nombre y Apellido**, con el objetivo de coordinar con instituciones del registro civil y otorgamiento de documentos de identidad (Actas de Nacimiento y Cédulas de Identidad y Electoral), el trámite preferencial y gratuito para los Jefes, Jefas, cónyuges, hijos e hijas y demás miembros indocumentados de las familias beneficiarias. Se promueve la documentación de jefes/as de familias de hogares beneficiarios potenciales, para que cumplan con los criterios legales para poder acceder a los beneficios de Comer es Primero e ILAE. Este componente inició en enero de 2007.

Las transferencias monetarias de Comer es Primero e ILAE están asociadas al cumplimiento de ciertas condicionalidades vinculadas a la educación básica y la inversión en la salud y nutrición materno-infantil. Las transferencias se materializan a través de una tarjeta de débito que sólo puede ser utilizada en un número reducido de comercios identificados por el programa.

Hacia marzo de 2008, los hogares en pobreza moderada y extrema que se beneficiaron por Comer es Primero e ILAE fueron 355.544, lo que constituye una cobertura del 60% de los hogares identificados por el SIUBEN en la categoría de pobreza extrema, y el 42% del total de hogares clasificados en pobreza moderada. En general, alrededor de la mitad de todos los hogares en pobreza moderada y extrema del país están recibiendo ayuda directa a través de Solidaridad.

Según el tipo y monto de la transferencia que reciben los hogares, casi dos tercios (63%) de las familias recibieron una transferencia de RD\$550, un cuarto (26%) de RD\$850, el 7% recibió RD\$1,000, y el 4%, RD\$ 1,150.

Desde el inicio del programa Solidaridad a finales de 2004, el total de recursos corrientes transferidos ascendió a RD\$4,732 millones en marzo de 2008. De este total, el 91% de los recursos correspondieron al componente Comer es Primero, y el 9% restante al Incentivo a la Asistencia Escolar, contribuyendo a mejorar el acceso a alimentos de la población más pobre.

El Banco Mundial (2006), en su Informe sobre la pobreza dominicana, realizó una evaluación de la política de asistencia social del gobierno, incluyendo al programa Solidaridad, para determinar la efectividad de estos programas en la reducción de la pobreza y la desigualdad. En este informe se estima que si bien Solidaridad "*representa un claro avance en la política social del país en línea con las buenas prácticas en la región, las iniciativas novedosas coexisten con numerosos programas tradicionales con objetivos similares, de racionalidad poco clara y fallas de diseño importantes*", como la entrega de alimentos por el Instituto de Estabilización de Precios (INESPRE), los Comedores Económicos y el subsidio al gas, y que "*las características del diseño y la asignación de presupuesto de estos programas (por ejemplo, la concentración en los regresivos subsidios al gas) limitan su impacto sobre la pobreza y desigualdad.*"

Por lo tanto, recomienda, por un lado, la necesidad de "consolidar el diseño y la gestión del SIUBEN como mecanismo de focalización individual, complementándolo con instrumentos que enfatizan la pobreza de ingresos", para tener un mayor impacto en la reducción de la pobreza de ingresos.

Asimismo, evalúa como progresivo el impacto de Comer es Primero e ILAE en la distribución del ingreso y exhorta a la reducción de los otros programas asistenciales para poder aumentar la inversión pública en los programas de Solidaridad, puesto que estima que "*cada peso invertido en la expansión de Comer es Primero y el ILAE potencialmente tendría un mayor impacto en la pobreza y la equidad que ese peso gastado en los programas tradicionales de asistencia social, incluyendo el PAE¹¹, y el subsidio al gas.*"

Por otro lado, el informe del Banco Mundial recomienda mejorar la implementación de Solidaridad. "*En el marco de la consolidación de la inversión en asistencia y protección social, programas como el ILAE y Comer es*

¹¹ (N. de la R.) Programa de Asistencia Escolar.



Primero podrían redistribuir más recursos al segmento más pobre de la población si se implementan adecuadamente. Uno de los aspectos a revisar es la limitación que tienen las familias para gastar el dinero transferido en base a un listado de alimentos y en comercios seleccionados. Entre otras razones, *“restan libertad a las familias para invertir parte de las transferencias en educación, salud y actividades productivas.”* También hace algunas recomendaciones relacionadas con el seguimiento y evaluación del cumplimiento de las condicionalidades asociadas a los programas y la actualización permanente de los listados de beneficiarios a partir del SIUBEN.

Finalmente, enfatiza la necesidad de ampliar y mejorar la prestación de los servicios sociales básicos, como salud y educación, para todos los segmentos de la sociedad y especialmente para los de menor ingreso, con el objetivo de permitir la creación de capacidades que les permitirá mejorar sus condiciones de vida y salir de la pobreza.

En definitiva, el programa Solidaridad representa un esfuerzo muy importante del gobierno dominicano para luchar contra la pobreza extrema, y su implementación, si bien está siendo exitosa para conseguir reducir la pobreza y mejorar la eficiencia en la distribución del ingreso, aún tiene espacio para mejorar, para hacer un uso más eficiente de los recursos públicos, y como resultado tener un mayor impacto en la población de menor ingreso.

Resumen de hallazgos del ODM 1, Meta 1.

Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas en pobreza extrema.

- El indicador utilizado internacionalmente para medir la evolución de la pobreza extrema es el porcentaje de la población que recibe menos de US\$1 PPA por día. En República Dominicana, la línea nacional de pobreza arroja una mejor estimación de la población que vive en condiciones de pobreza extrema o indigencia y de pobreza general.
- En abril de 2007, la medición según la línea nacional

arrojaba un 11.8% de la población en pobreza extrema y un 35.8% en pobreza general, mostrando una mejora importante respecto de octubre de 2004, cuando la pobreza extrema alcanzó al 16.5% de la población, y la pobreza general, al 43.4%.

- Para alcanzar la Meta 1, tomando como referencia la medición de pobreza de abril de 1997, en el año 2015 el país deberá tener como máximo un 4.8% de población en pobreza extrema.
- Si la pobreza extrema continúa disminuyendo al mismo ritmo que lo ha hecho en los dos últimos años, a una tasa promedio del 14% acumulado cada año, es posible que para 2015 se alcance la Meta 1, con sólo un 4% de la población en pobreza extrema.
- Si el país se propusiera reducir también a la mitad la población en pobreza general, debería tener en el año 2015 sólo un 13% de la población bajo esta condición. Para alcanzar esta meta, habría que duplicar la tasa de disminución de la pobreza general que se ha experimentado en los dos últimos años de recuperación económica.
- En República Dominicana la pobreza general y extrema tienden a aumentar con mucha mayor intensidad ante una disminución del PIB real per cápita que el promedio latinoamericano, y por el contrario, ante una expansión del PIB per cápita, la reducción del nivel de pobreza es bastante menor de lo esperado. Así, tenemos una economía que sobre-reacciona ante una recesión y crea mucha más pobreza de la que es esperable, y por otro lado, es menos sensible a la expansión económica y demora más en reducir los niveles de pobreza.
- La distribución del ingreso ha mejorado respecto de principios de la década, medido tanto a través del Coeficiente de Gini como de la razón entre el ingreso del decil más rico de la población y el del decil más pobre.
- El programa Solidaridad, a través de sus componentes Comer es Primero e Incentivo a la Asistencia

Escolar, representa un esfuerzo muy importante del gobierno dominicano para luchar contra la pobreza extrema, y su implementación, si bien está siendo exitosa para conseguir reducir la pobreza y mejorar la eficiencia en la distribución del ingreso, aún tiene espacio para mejorar, para hacer un uso más eficiente de los recursos públicos, y como resultado tener un mayor impacto en la población de menor ingreso.



Glosario:

- **PPA:** Es Paridad de Poder Adquisitivo. Es una medida estimada por el Banco Mundial para homogenizar el poder de compra de un dólar en cualquier país del mundo. En 2004, RD\$12.1 equivalían a un dólar internacional (Banco Mundial 2006).
- **Pobreza moderada:** Es el porcentaje de la población que recibe menos de U\$S 2 PPA por día (según la definición internacional de pobreza), o que recibe menos del ingreso definido por la línea nacional de pobreza.
- **Pobreza extrema o indigencia:** Es el porcentaje de la población que recibe menos de U\$S1 PPA por día (según la definición internacional de pobreza), o que recibe menos del ingreso definido por la línea nacional de pobreza para esta condición.
- **Elasticidad:** Es la sensibilidad o variación de una variable ante el cambio o variación de un 1% en otra variable. Por ejemplo, la elasticidad precio-demanda indica cuánto varía la demanda de un bien ante una variación de un 1% en el precio de ese bien.
- **Coefficiente de Gini:** Es una medida de la desigualdad utilizada normalmente para medir la desigualdad en los ingresos, pero puede utilizarse para medir cualquier forma de distribución desigual. El Coeficiente de Gini es un número entre 0 y 1, en donde 0 se corresponde con la perfecta igualdad (todos tienen los mismos ingresos) y 1 se corresponde con la perfecta desigualdad (una persona tiene todos los ingresos y los demás ninguno).
- **Quintil:** Es la quinta parte de una población estadística ordenada de menor a mayor en alguna característica de ésta. El quintil de ingreso, se calcula ordenando la población (de una región, país, etc.) desde el individuo más pobre al más adinerado, para luego dividirla en 5 partes de igual número de individuos; con esto se obtienen 5 quintiles ordenados por sus ingresos, donde el primer quintil (ó Q1, I quintil) representa la porción de la población más pobre; el segundo quintil (Q2, II quintil), el siguiente nivel y así sucesivamente hasta el quinto quintil (Q5, V quintil), representante de la población más rica.
- **Participación del quintil más pobre en el ingreso per cápita familiar:** Es una medida de la distribución del ingreso. Si cada quintil de la población tuviera una participación del 20% en el ingreso familiar per cápita, el ingreso se encontraría distribuido de manera igualitaria. Por lo tanto, cuanto menor es el indicador, peor es la distribución del ingreso.
- **Decil:** Es la décima parte de una de una población estadística ordenada de menor a mayor en alguna característica de ésta. El decil de ingreso tiene un significado similar al quintil de ingreso, pero dividiendo la población en diez partes iguales.
- **Ratio entre el ingreso del 10mo. decil y el del primer decil:** Es otra medida de la desigualdad en la distribución del ingreso. Indica la proporción entre el ingreso que recibe el 10% de la población más rica y el ingreso del 10% de la población más pobre. Intuitivamente indica la cantidad de veces en que el ingreso del 10% más rico de un país supera al ingreso del 10% más pobre, y por lo tanto, cuanto mayor es el ratio, mayor es la desigualdad en la distribución.

Páginas Web – Recursos claves

- Secretaría de Estado de Economía, Planificación y Desarrollo (SEEPyD)
www.stp.gov.do
- Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales
www.gabsocial.gov.do
- Banco Mundial en República Dominicana
www.bancomundial.org.do
- World Development Indicators
www.worldbank.org/data/onlinebases/onlinebases.html
- CEPALSTAT – Base de datos y publicaciones estadísticas
www.eclac.org/estadisticas
- SEDLAC – Base de datos socioeconómicos para América Latina y el Caribe
www.depeco.econo.unlp.edu.ar/cedlas/sedlac
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)
www.pnud.org.do

Preguntas para discusión

- ¿Cómo podemos aprovechar al máximo el crecimiento económico para acelerar la reducción de la pobreza?
- ¿Cuáles mecanismos se utilizan para distribuir equitativamente la riqueza generada en el país para mejorar las condiciones de los más pobres? ¿Un sistema fiscal progresivo? ¿La inversión pública en infraestructura, educación, salud, etc.? ¿La responsabilidad social empresarial?
- ¿Qué mecanismo/s ha asumido República Dominicana en el pasado? ¿Cuál/es forma/s debería tomar en el futuro?
- ¿Son lo suficientemente equitativas las políticas de recaudación y gasto del gobierno? ¿Contribuyen a hacer más equitativa la distribución del ingreso y a crear oportunidades?
- ¿Qué oportunidades reales tiene un niño nacido en extrema pobreza de romper ese círculo y convertirse en un adulto educado, sano y productivo?
- ¿Es la educación la herramienta más potente contra la desigualdad? ¿Qué otros factores influyen?
- Además de la educación, ¿Cómo influyen en la reducción de la pobreza el acceso a agua potable, el no tener enfermedades prevenibles, o el estar bien nutrido? ¿Cuán importantes son las sinergias entre los sectores?
- ¿El país está enfrentando la lucha contra la pobreza en una manera multidimensional o sólo desde la perspectiva de falta de ingresos?
- ¿Piensa Usted que las iniciativas llevadas a cabo por el Programa Solidaridad promueven a que las familias salgan de la pobreza?



Meta 2 Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre

Para evaluar la segunda meta del ODM I se seleccionaron dos indicadores: prevalencia de desnutrición infantil y proporción de la población en situación de subalimentación.



Hacia la erradicación de la desnutrición infantil

Desde hace más de dos décadas, la desnutrición infantil se ha venido reduciendo de manera sostenida en el país, tal como lo confirman las últimas cifras registradas por la ENDESA 2007. En esta última encuesta, de acuerdo con los nuevos estándares de crecimiento recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹², sólo el 3.1% de los niños y niñas menores de

¹² En ENDESA 2007 se publican las cifras de desnutrición según los nuevos estándares de crecimiento publicados en 2006 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), citadas en el presente párrafo, y las estimaciones basadas en los estándares anteriores de 1976 (definida por U.S. National Center for Health Statistics-NCHS) para hacer comparables las cifras nacionales con las publicadas por ENDESA 2002.

cinco años padecían desnutrición global (bajo peso para la edad), el 2.2% desnutrición aguda (bajo peso para la talla) y el 9.8% desnutrición crónica (baja talla para la edad).

Los datos de estado nutricional de la ENDESA 2007 fueron procesados con los nuevos y anteriores estándares de crecimiento para poder compararlos con las encuestas anteriores y realizar análisis de tendencia. En el Gráfico 9 se muestra la tendencia nacional de la desnutrición infantil hasta 2007, en base a los estándares anteriores de crecimiento.

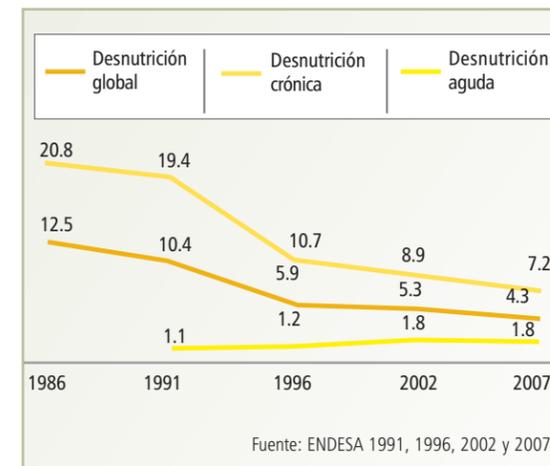
En los últimos 21 años es evidente la reducción de la prevalencia de la desnutrición global y la crónica, no así la desnutrición aguda (bajo peso para la talla), cuya prevalencia, aunque es baja, ha tendido a aumentar levemente. Llama la atención que en el año 2007, pese a la crisis económica que afectó al país en los años 2003 y 2004, las tasas de desnutrición global y crónica disminuyeron, y que la desnutrición aguda se mantuvo en el mismo nivel.

La desnutrición global es el indicador de desnutrición infantil utilizado para evaluar la consecución de la meta 2 de los ODM y arroja una medida general de la desnutrición. Tomando como referencia el valor de la prevalencia de la desnutrición global en 1991 (10.4%), se planteó la meta de reducirla a la mitad (5.2%) para el año 2015. Desde 1996, el país se ha aproximado mucho a la meta, logrando en 2007 la evidencia de haberla alcanzado. Después de Costa Rica, el país siempre ha mostrado los niveles más bajos de la región y se encamina hacia su erradicación.

La desnutrición global se considera erradicada cuando la prevalencia es del 2.5%, cifra establecida según criterios estadísticos de acuerdo con la curva de distribución normal del peso para la edad.

Tomando en cuenta que la meta en la reducción de la desnutrición global se alcanzó antes de la mitad del período, de continuar la misma tendencia, se espera que para el año 2015 se haya logrado su erradicación.

Gráfico 9
Tendencias de la desnutrición global, crónica y aguda en menores de 5 años, en porcentaje, República Dominicana, años seleccionados



* Las cifras de 2007 son comparables con las de 2002, pues se tomaron los datos de los parámetros NCHS.

Aunque se ha alcanzado la meta en la reducción de la prevalencia de la desnutrición global, y buscando ahora su erradicación, es importante analizar la situación de la desnutrición crónica (baja talla para la edad). La desnutrición crónica refleja las consecuencias de una alimentación y nutrición inadecuadas durante períodos prolongados y/o repetidos, o por frecuentes procesos de enfermedad, de diferente intensidad, especialmente en los años más críticos del desarrollo físico y psicomotor de los niños y niñas. Sus efectos negativos son irreversibles y se manifiestan en una estatura más baja para la edad, pero también repercuten en la capacidad de convertirse en un adulto sano, de adquirir conocimientos, de tener un trabajo y un ingreso dignos, y de lograr su pleno desarrollo como persona.

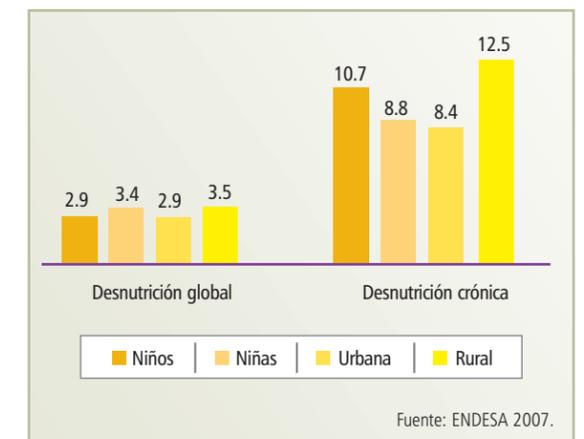
En República Dominicana, la desnutrición crónica afecta al 10% de la población menor de cinco años. Es decir que uno de cada diez niños y niñas padecerá durante toda su vida las consecuencias de una nutrición deficiente.

Vivir en el campo, ser pobre o madres con baja educación aumentan la probabilidad de desnutrición infantil

Aunque a nivel nacional la desnutrición global es muy baja, es relevante notar algunas disparidades por sexo y zona de residencia (Gráfico 10).

Las niñas menores de cinco años muestran signos de desnutrición global (bajo peso para la edad) en mayor proporción que los niños. Sin embargo, el indicador de desnutrición de largo plazo, baja talla para la edad, muestra lo contrario: un 2% más de niños desnutridos que de niñas.

Gráfico 10
Desnutrición global y crónica por sexo y zona de residencia, 2007



* Los datos presentados corresponden a los estándares OMS.

En cuanto a la zona de residencia, los niños y niñas que viven en las zonas rurales presentaron en 2007 una mayor prevalencia de desnutrición tanto aguda como crónica. La diferencia llega a ser de cuatro puntos porcentuales en la desnutrición crónica. A pesar de que en el campo es posible cultivar algunos alimentos para la supervivencia, los elevados índices de pobreza y la falta de infraestructura básica limitan la disponibilidad y el acceso de la población a una diversidad de alimentos que complementen lo cultivado en términos calóricos y



nutricionales. Además, el bajo acceso a fuentes de agua y servicios de saneamiento adecuados se traduce en una mayor prevalencia de enfermedades y, por lo tanto, una menor absorción de nutrientes y mayor subalimentación. Existen algunas comunidades rurales donde los niños y niñas están adecuadamente nutridos porque pueden acceder a una dieta balanceada, compuesta por pescado, coco, arroz, víveres, leche, etc., pero esto no es lo que ocurre en la mayor parte de las áreas rurales.

Las cifras también nos indican que la educación de las madres es de fundamental importancia para reducir la desnutrición infantil. Los niños y las niñas cuyas madres tienen educación superior presentan la mitad (4.7%) de prevalencia de desnutrición crónica respecto de la de aquellos cuyas madres tienen secundaria (9.4%) o el segundo ciclo de primaria (10.6%), así como un tercio de la desnutrición de los hijos e hijas de madres que sólo aprobaron el primer ciclo de primaria (13.3%) o de las madres sin educación (15.4%).

Entre las provincias hay marcadas diferencias en la prevalencia de la desnutrición, vinculada a la situación de pobreza (Gráfico 11). Mientras en el Distrito Nacional, Sánchez Ramírez y Puerto Plata la desnutrición crónica afecta a menos del 8% de los menores de cinco años, en las provincias más pobres como San Juan, Dajabón y Pedernales, es más del doble (15.2 a 16.7%), en Bahoruco es de 18.3% y en Elías Piña alcanza al 22.7% de la población infantil menor de 5 años.

La relación entre población en pobreza extrema y desnutrición crónica es positiva y estadísticamente significativa¹³. Es decir, las provincias que presentan una mayor proporción de población en pobreza extrema o indigencia son las que sufren además mayores niveles de desnutrición, y viceversa. Sin embargo, se dan algunas excepciones a esta relación. Las provincias que tienen

Gráfico 11
Población en pobreza extrema (2004) y tasas de desnutrición infantil crónica (2007), por provincias.



altos niveles de pobreza extrema y relativamente bajas tasas de desnutrición crónica son: Santiago Rodríguez, con 25.7% de indigencia y 7.5% de desnutrición crónica; Monte Plata, con 22.5% y 8.6%; e Independencia, con 25.6% y 11.3%, respectivamente.

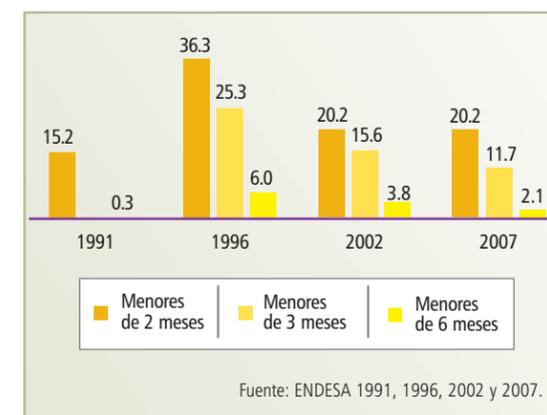
¹³ Se verificó asimismo que no existe relación estadísticamente significativa entre las tasas de desnutrición aguda y las tasas de pobreza extrema y moderada. Por otro lado, la relación estadística entre tasas de desnutrición global y la población en pobreza extrema y moderada es positiva, pero de menor intensidad que la relación entre la de desnutrición crónica y las tasas de pobreza.

¿Por qué se está abandonando la lactancia materna?

Los últimos datos de lactancia materna registrados en ENDESA 2007 son alarmantes, indicando una tendencia en República Dominicana hacia el abandono de esta práctica. La lactancia materna se vincula estrechamente con el estado nutricional de la población infantil, con sus riesgos de enfermedad y muerte. A pesar de las recomendaciones de OMS y UNICEF sobre la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, en el año 2007 apenas el 2% de los niños y niñas menores de 6 meses estaba recibiendo sus beneficios.

El abandono de la lactancia materna exclusiva ha sido notable en los últimos diez años, tal como se puede observar en el Gráfico 12. Sin embargo, en términos generales, este tipo de alimentación no ha sido valorado en el país desde mucho tiempo atrás, ya que en 1991, tan sólo el 15% de los niños y niñas menores de dos meses recibían lactancia materna exclusiva.

Gráfico 12
Porcentaje de niños y niñas con lactancia materna exclusiva, según edad, 1991, 1996, 2002 y 2007



Si bien el 92% de todos los niños y niñas lactaron alguna vez, sólo el 69% lo hizo en la primera hora de nacido. Las cifras también señalan que casi la mitad de los y las recién nacidas (46%) no están recibiendo los beneficios de la lactancia temprana, porque les son ofre-

cidos otros alimentos antes de empezar a lactar por primera vez desde el seno materno.

La subalimentación no disminuye

El segundo indicador seleccionado para el seguimiento de la meta del milenio relacionada con el hambre es la subalimentación¹⁴ de la población, estimado según FAO a partir de la proporción de la población que no satisface las necesidades energéticas mínimas (consumo alimentario diario menor de 1,920 Kcal per cápita)¹⁵.

La subalimentación es un indicador indirecto de la ingesta insuficiente de la energía que provee la dieta diaria. Constituye una estimación de la suficiencia de alimentos disponibles en un país para satisfacer las necesidades de energía de los individuos de la población.

La FAO no tiene disponible al público cifras recientes sobre el estado de subalimentación de la población dominicana. Los datos más cercanos corresponden al período 2002-2004, afectado por una profunda crisis económica que llevó a más de un millón de dominicanos a la pobreza. En el período 1992 – 2000, la tasa de subalimentación disminuyó dos puntos porcentuales, al pasar de 27% a 25%. Sin embargo, la cifra registrada en 2002-2004 indica un aumento de la población con subalimentación, alcanzando al 29% de la población, lo que representa cuatro puntos porcentuales de incremento.

Para lograr el Objetivo del Milenio de erradicar el hambre, el país debe alcanzar en el 2015 la meta de reducir a 14.5% la población subalimentada. Para ello es necesario que a partir de 2008¹⁶ ésta se reduzca a un ritmo de un 6% anual (Gráfico 13).

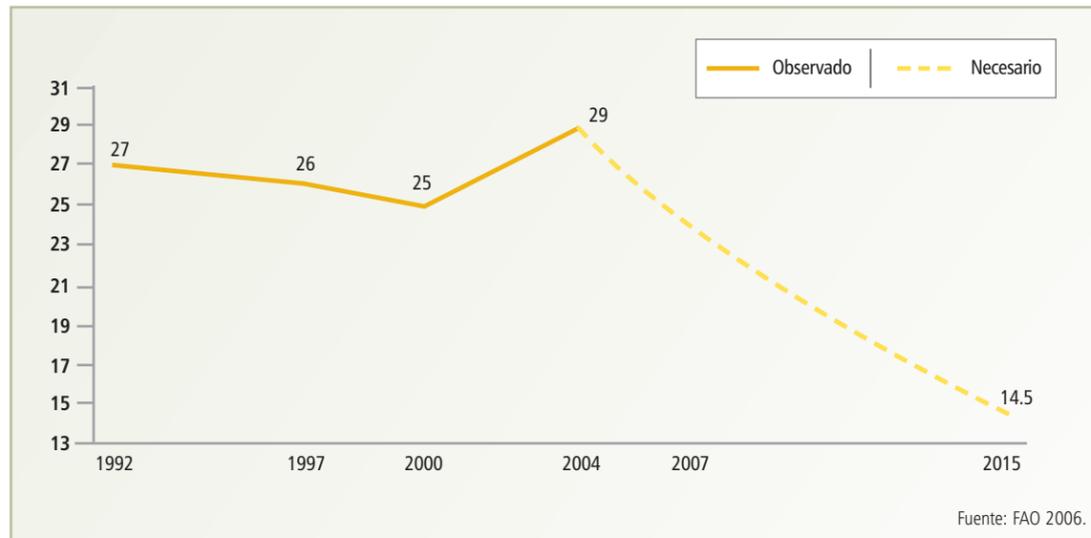
¹⁴ Lo más apropiado es utilizar el término "subalimentación" en vez de "subnutrición". En algunas publicaciones de FAO en castellano, el término "undernourishment" ha sido erróneamente traducido como "subnutrición", cuando "nourishment" no significa nutrición sino alimentación.

¹⁵ Además de la energía consumida, también es tenida en cuenta la ingesta de proteínas, vitaminas y minerales para estimar la subalimentación.

¹⁶ Asumiendo que para el año 2007 se mantiene el valor del último período registrado, de 29% de subalimentación. Si se asume que a partir del año 2004 la población subalimentada ha disminuido, la tasa de reducción anual será menor.



Gráfico 13
Porcentaje de personas con subalimentación, años seleccionados



A pesar de mostrar niveles bajos de desnutrición global y haber alcanzado la meta en la mitad del tiempo previsto, el país presenta una situación muy diferente en los niveles de subalimentación de la población. Junto con el aumento sostenido en el ingreso per cápita y la disminución de la pobreza, el porcentaje de población subalimentada es superior que a principios de los '90, alcanzando en el período 2002-2004 al 29% de la población, lo que en números absolutos representa 2.5 millones de personas, es decir, dos de cada siete dominicanos y dominicanas, aparentemente, padecían hambre.

Estas diferencias en las tendencias de los dos indicadores, desnutrición infantil y subalimentación de la población, hacen que el logro de la segunda meta del milenio sea dispar.

El problema en República Dominicana no es la falta de alimentos. Entre 1990-1992 y 2002-2004, el país tuvo la capacidad de producir alimentos que aportaban entre 2,260 y 2,290 Kcal por persona por día, superior al mínimo de 1,920 Kcal per cápita. Esto sin contabilizar la energía alimenticia adicional aportada por los alimentos importados para suplir la demanda nacional.

De acuerdo con estudios de la CEPAL¹⁷ sobre América Latina y el Caribe, la subalimentación se vincula directamente con la pobreza extrema y la distribución del ingreso. La mala alimentación es una de las causas de la desnutrición además de las condiciones sanitarias deficientes, la prevalencia de enfermedades, la falta de cuidado médico y otras, lo que afecta el desarrollo de las personas, su capacidad de aprender y su productividad laboral. De modo que toda estrategia de lucha contra la pobreza debe ocuparse por la seguridad alimentaria de la población, teniendo en cuenta factores físicos, económicos y culturales.

Resumen de hallazgos del ODM I, Meta 2

Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre

- Desde hace más de dos décadas, la desnutrición infantil se ha venido reduciendo de manera sostenida en el país. En 2007, de acuerdo con los nuevos

¹⁷ CEPAL 2007.

estándares de la OMS, el 3.1% de los niños y niñas menores de cinco años padecían desnutrición global, el 2.2% desnutrición aguda y el 9.8% desnutrición crónica.

- Para evaluar la meta 2 de los ODM se toma como referencia el valor de la desnutrición global (bajo peso para la edad) observado en 1991 (10.4%). Desde 1996, el país se ha aproximado mucho a la meta de 5.2%, logrando en 2007 la evidencia de haberla alcanzado. De continuar esta tendencia, al año 2015 se podría lograr la erradicación de la desnutrición infantil (menos del 2.5%).
- A pesar de este logro, la desnutrición crónica (baja talla para la edad) representa un serio desafío, puesto que el 10% de los niños y niñas menores de 5 años presentan esta deficiencia, con efectos negativos irreversibles para su desarrollo físico y motor.
- Existen disparidades por sexo, zona de residencia y educación de la madre en las tasas de desnutrición de la población infantil. Los grupos que presentan mayor prevalencia de desnutrición son los que viven en zonas rurales y provincias pobres, así como los hijos e hijas de madres que no tienen educación superior.
- La lactancia materna se vincula estrechamente con el estado nutricional de la población infantil. En República Dominicana se observa una tendencia hacia el abandono de esta práctica. En 2007 apenas el 2% de los niños y niñas menores de 6 meses estaba recibiendo lactancia materna exclusiva, el 46% no recibió lactancia temprana, y si bien el 92% de todos los niños y niñas lactaron alguna vez, sólo el 69% lo hizo en la primera hora de nacido.
- El segundo indicador seleccionado para el seguimiento de la meta del milenio relacionada con el hambre es la subalimentación de la población, la cual es superior que a principios de los '90, alcanzando en el período 2002-2004 al 29% de la población. Es decir, 2.5 millones de personas, ó dos de

cada siete dominicanos y dominicanas, aparentemente, padecían hambre.

- Estas diferencias en las tendencias de los dos indicadores, desnutrición infantil y subalimentación de la población, hacen que el logro de la segunda meta del milenio sea dispar.



Glosario:

- **Hambre:** Es la forma más restringida y grave de privación. Se define como la sensación de dolor o desasosiego provocada por la falta de alimentos.
- **Desnutrición infantil:** La desnutrición proteínico-energética (DPE) es el desorden nutricional infantil más importante en países en vía de desarrollo debido a su alta prevalencia y a su asociación con altas tasas de mortalidad infantil, alteraciones en el crecimiento y en el desarrollo. Es el resultado del aporte insuficiente de energía, proteínas o ambos, que proporciona la dieta, para satisfacer las necesidades del organismo.
- **Desnutrición global o insuficiencia ponderal:** Bajo peso para la edad. Es un indicador compuesto de la desnutrición crónica y la desnutrición aguda. Arroja una medida global de la desnutrición. Es el indicador seleccionado para darle seguimiento a la Meta 2 del ODM I.
- **Desnutrición crónica:** Baja estatura para la edad. Indica retrasos de largo plazo en el crecimiento a causa de la ingesta insuficiente de alimentos y nutrientes de manera prolongada.
- **Desnutrición aguda:** Bajo peso para la estatura. Se manifiesta por delgadez extrema, siendo el reflejo de pérdidas de peso recientes.
- **Subalimentación:** Consumo insuficiente de nutrientes, especialmente energía, pero también proteínas, vitaminas y minerales.
- **Estado nutricional:** Es el reflejo del grado o nivel en que se satisfacen las necesidades de energía y nutrientes del organismo.
- **Seguridad alimentaria y nutricional:** Es el estado en el cual todas las personas gozan, en forma oportuna y permanente, de acceso a los alimentos que necesitan, en cantidad y calidad, para su adecuado consumo y utilización biológica, garantizándoles un estado de bienestar general que coadyuve al logro de su desarrollo.
- **Seguridad alimentaria:** Se relaciona con la disponibilidad y el acceso a los alimentos. Se refiere a la suficiente disponibilidad de alimentos nutricionalmente adecuados e inoocuos para la población. También, a la capacidad de adquirir alimentos adecuados en formas socialmente aceptables.
- **Disponibilidad de alimentos:** Se refiere a la cantidad y variedad de alimentos con que cuenta un país, región, comunidad o individuo.
- **Acceso a los alimentos:** Se refiere a las posibilidades y capacidades que tienen las personas para adquirir los alimentos.
- **Alimentos:** Productos derivados del reino animal, vegetal o mineral que el hombre ha encontrado comestibles y que constituyen vehículos de nutrientes y/o energía.
- **Dietas:** son combinaciones de alimentos y sus preparaciones, que han emergido de grupos sociales, cuya naturaleza y composición, producto de la evolución histórica, dependen del ambiente físico, biológico, cultural, económico-social de cada población.
- **Nutrientes:** Son sustancias químicamente definidas, que se encuentran en los alimentos de origen vegetal, animal o mineral, requeridos por el cuerpo humano para realizar sus diferentes funciones, aportando energía o ayudando a su producción y los materiales necesarios para la formación, mantenimiento, crecimiento, reparación y reproducción de la masa vital.
- **Comportamiento alimentario o consumo:** Es la expresión de los aspectos culturales del consumo de alimentos. Tiene que ver con las normas sociales, los preceptos religiosos, la aceptación o rechazo de alimentos, entre otros aspectos.
- **Utilización biológica o aprovechamiento de los alimentos:** Se refiere a las condiciones en que se encuentra el cuerpo, que le permiten utilizar al máximo todas las sustancias nutritivas que está consumiendo.

Páginas Web – Recursos claves

- Subsecretaría de Nutrición, SESPAS www.sespas.gov.do
- FAO - Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación www.fao.org
www.fao.org.do (página de la Representación en República Dominicana).

Preguntas para discusión

Sobre desnutrición infantil

- Si consideramos las desigualdades por zona de residencia y educación de las madres, ¿podemos decir que realmente estamos en camino de erradicar la desnutrición infantil?
- ¿Es posible revertir la tendencia al abandono de la lactancia?
- ¿Por qué motivos la lactancia materna no es valorada en el país como la forma más adecuada para alimentar a los bebés y niños? ¿Es por falta de conocimiento de los beneficios? ¿Se vincula a aspectos culturales o tradiciones familiares?
- ¿Cuál es el costo de alimentar a un niño o niña dominicana con lactancia artificial en sus primeros 6 meses de vida?
- ¿De quién es la responsabilidad de que los y las recién nacidas no reciban los beneficios de la lactancia temprana? ¿Por qué no se sanciona a los establecimientos de salud que no cumplen con la Ley 8-95, sus reglamentos y las Normas Nacionales de Salud de la SESPAS? ¿Quién vigila o monitorea el cumplimiento de la ley?
- ¿Cuáles son los conocimientos sobre lactancia materna del personal de salud?
- ¿Qué acciones podrían tomarse desde las instancias locales?
- ¿Cómo deberían reestructurarse los lugares de trabajo para que las mujeres puedan ejercer su derecho a continuar la lactancia materna una vez se reincorporen a sus actividades laborales? ¿Cuántas empresas o instituciones ya han adoptado esas medidas?
- ¿Qué opinan los hombres de la lactancia materna?

Sobre subalimentación de la población

- ¿Es posible mejorar el nivel de nutrición de la población dominicana?
- La subalimentación en nuestro país, ¿es más un problema vinculado al acceso a recursos y alimentos, a condiciones sanitarias, a patrones culturales o al conocimiento de lo que constituye una dieta con la energía (Kcal) necesaria para el desarrollo de las personas?
- ¿Qué acciones pueden tomar las Secretarías de Estado de Agricultura, Salud Pública y Asistencia Social y Educación así como el sector privado y el Sistema de Agencias de las Naciones Unidas ante este panorama? ¿Y las ONG y la sociedad civil?
- ¿Cuáles han sido los impactos del Programa Solidaridad en la seguridad alimentaria y nutricional (SAN) de las familias beneficiarias? ¿Se puede complementar la entrega de subsidios directos con un programa de capacitación a las familias sobre el aporte nutritivo de los alimentos y las necesidades nutricionales de adultos y niños? ¿El monto asignado es suficiente? ¿Es mejor darles a las familias el dinero o una canasta de alimentos que sea equilibrada en términos alimenticios? ¿Hay alternativas a la ayuda directa? ¿Por cuánto tiempo más el Estado deberá dar ayuda directa para satisfacer las necesidades mínimas de alimentación?
- ¿Cómo inciden las condiciones sanitarias de la preparación de alimentos en la absorción de los nutrientes?



Preguntas para discusión

- La subalimentación y desnutrición en las áreas urbanas, ¿están más asociadas al acceso a los alimentos, a la disponibilidad o a la calidad nutricional de lo que ingiere la gente? ¿Es lo mismo en las áreas rurales?
- ¿Qué rol podrían tener las Direcciones Provinciales de Salud, las Direcciones de Áreas Municipales de Salud, los Distritos Escolares, los ayuntamientos municipales, las iglesias y las organizaciones comunitarias en asegurar a las comunidades la provisión oportuna y permanente de alimentos de calidad?
- ¿Qué medidas se pueden tomar para aumentar el acceso a los recursos e información por parte de las mujeres, de manera que un mayor empoderamiento económico de ellas se refleje en una mejor nutrición de los niños y niñas?
- Las medidas de preparación para catástrofes naturales y los planes ante emergencias, ¿incluyen acciones para asegurar a toda la población el acceso a una alimentación adecuada que contribuya al mantenimiento y/o logro de un estado nutricional adecuado?



OBJETIVO 2

Lograr la enseñanza primaria universal

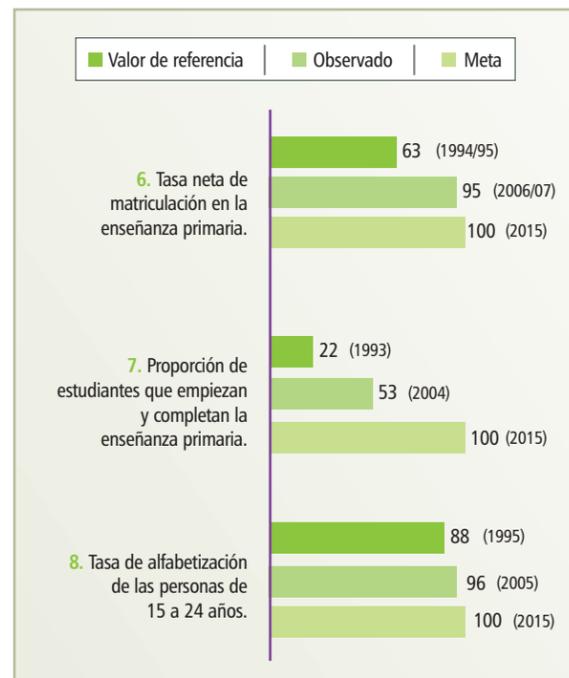




Meta 3.

Velar por que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.

Para darle seguimiento al segundo Objetivo de Desarrollo del Milenio se definieron tres indicadores vinculados con la asistencia de todos los niños y niñas en edad escolar a la escuela primaria, la permanencia de los y las estudiantes en ese nivel, y la alfabetización de los jóvenes de 15 a 24 años de edad:



El cumplimiento del segundo Objetivo del Milenio se relaciona principalmente con dos aspectos del sistema educativo: el ingreso y la permanencia de los y las estudiantes en la educación primaria. En República Dominicana, la educación primaria abarca el nivel Inicial y el nivel Básico¹⁸.

Además de los desafíos que plantean el ingreso y la permanencia de la población infantil en la educación primaria, hay otros aspectos que complementan el análisis del

sector educativo dominicano, tales como la educación secundaria, la calidad de la enseñanza y los niveles de alfabetización de la población joven. La educación de la población es una de las capacidades¹⁹ que tiene mayores sinergias con el cumplimiento de otras metas del milenio y con el bienestar de las personas en general, por ello se ampliará el análisis de los aspectos relacionados estrictamente con los ODM. Una mayor educación no sólo permite a las personas alcanzar mejores puestos de trabajo y un salario más elevado, sino que brinda mayores oportunidades de desarrollo y fortalece su capacidad de agencia, es decir, de convertirse en personas que pueden tomar las riendas de su destino. Está demostrado que una alta educación se vincula con menores tasas de mortalidad infantil, mejor nutrición de los niños, menor prevalencia de enfermedades transmisibles, mejores condiciones de sanidad en los hogares, entre otras sinergias, y además permite reducir las brechas sociales, contribuyendo a la equidad.

I de cada 12 niños y niñas no asiste a la escuela

La tasa neta de matriculación de niños y niñas en el Nivel Básico ha venido aumentando de manera sostenida, desde un 63.2% en el año 1994/1995 hasta 94.9% en 2006/2007, según datos de la Secretaría de Estado de Educación (Gráfico 14). No hay diferencias en los valores entre las zonas urbanas y rurales, pero sí cuando se desagregan los datos por sexo, revelando que los niños asisten a la primaria en menor proporción que las niñas.

Los datos de ENDESA 2007 indican una menor tasa neta de asistencia a primaria. Según esta encuesta, la tasa de

¹⁸ Según la Ley General de Educación, "el Nivel Inicial es el primer nivel educativo y será impartido antes de la Educación Básica [...] Está dirigido a la población infantil comprendida hasta los seis años. El último año será obligatorio y se inicia a los cinco años de edad" (Art. 33). Por su parte, "El Nivel Básico es la etapa del proceso educativo considerado como el mínimo de educación a que tiene derecho todo habitante del país. Se inicia ordinariamente a los seis años de edad. Es obligatorio y el Estado lo ofrecerá de forma gratuita" (Art. 35). "El Nivel Básico tendrá una duración de ocho años, divididos en dos ciclos" (Art. 37).

¹⁹ El término "capacidades" se refiere a las oportunidades que tiene una persona de ser o hacer algo en la vida.

Gráfico 14
Tasa neta de matriculación en Nivel Básico, 1994/1995 a 2006/2007



asistencia neta es de 89.1% para el año 2007, por lo que 1 de cada 10 niños de 6 a 13 años que no estaría asistiendo a la escuela primaria.

En el Gráfico 15 se muestra la tasa neta de asistencia a la escuela primaria de cada provincia dominicana, según sexo, para el año 2007. En este gráfico las provincias están ordenadas de mayor a menor según las tasas netas de asistencia de las niñas. En el extremo superior, las provincias de Duarte, Monte Cristi y Hermanas Mirabal presentan tasas netas de asistencia superiores al 95% para las niñas, y Santiago Rodríguez, Duarte, San José de Ocoa y Hermanas Mirabal, por su parte, son las que presentan las mayores tasas de asistencia neta para los niños.

En el otro extremo, San Pedro de Macorís y El Seibo, para las mujeres, y San Pedro de Macorís y La Romana, para los varones, son las provincias con menores tasas netas de asistencia a la escuela primaria.

Por medio de un análisis de regresión econométrica se comprobó que no existe relación entre las tasas de asistencia neta a primaria y los niveles de pobreza de las provincias. Es decir, las provincias más pobres no muestran menores tasas de asistencia neta a la escuela primaria que las provincias de mayor ingreso.

Asimismo, a pesar de no estar incluido específicamente en los indicadores establecidos por los ODM, se observa que en el nivel de educación secundaria la situación sigue siendo preocupante. La tasa neta de asistencia en 2007 fue del 45% en promedio, 53% para las mujeres y 38% para los varones (ENDESA 2007). Es decir que solamente cerca de la mitad de las jóvenes y dos de cada 5 varones en edades de 14 a 17 años cursan el bachillerato. En este nivel educativo, el país se encontraba muy rezagado respecto del promedio latinoamericano del 68% para el año 2005 (70% para las mujeres y 66% para los varones), según datos de CEPAL²⁰.

Según la zona de residencia, las tasas de asistencia neta en secundaria son mayores para la población de áreas urbanas, alcanzando al 57% de las mujeres y 43% de los varones, en comparación con el 44% de las mujeres y el 28% de los varones de las zonas rurales.

Los retos principales: Ingreso tardío y alta deserción

En cuanto al acceso, la educación dominicana enfrenta un **primer desafío: el ingreso tardío al sistema**. Para el

²⁰ CEPAL, Estadísticas de América Latina y el Caribe (CEPALSTAT).



Gráfico 15
Tasa neta de asistencia en primaria, por provincia y sexo, 2007



año 2004, se estimó que la tasa de matriculación es menor de 90% para las edades de 6 y 7 años (Banco Mundial 2006). Dado que restan ocho años para el año 2015, incluyendo el 2008, en el ciclo escolar 2008/2009 deber-

an ingresar todos los niños y niñas de 6 años y más al primer grado de básica, para que puedan completar el ciclo entero de educación básica para el año 2015.

Para República Dominicana, que ha sido bastante exitosa en términos del ingreso de los niños y niñas al sistema educativo, *el segundo reto para alcanzar este Objetivo del Milenio es la permanencia de los y las estudiantes hasta completar el ciclo completo de básica*. En este sentido, se estima que el 89% de los niños y niñas alcanzan el quinto grado, el 53% completa básica y el 40%, el nivel secundario. Con estas cifras, y tomando en cuenta el avance registrado²¹, es poco probable que el país alcance el segundo Objetivo del Milenio. Aunque se logre el acceso universal al sistema, aún estamos muy rezagados en lograr la retención de los y las estudiantes durante todo el Nivel Básico.

La principal causa para dejar la escuela es la falta de recursos

Entender la causa de la deserción escolar es crucial para dimensionar el problema y plantear alternativas de solución. Tanto para los hombres como para las mujeres, aunque en diferentes magnitudes, la principal causa de abandono de la escuela primaria es la falta de recursos o la necesidad de buscar un trabajo (Gráfico 16). Para los hombres este motivo llega a representar el 68% de los casos, seguido de un 15% al que "no le gustaba estudiar", un 5% porque se casaron y un 5% por problemas de infraestructura en la escuela.

En el caso de las mujeres, el 37% dejó por motivos económicos, el 30% porque se casó o unió, el 9% porque no le gustaba, el 9% por escasa infraestructura escolar y el 4% para atender hermanos mayores. Existe una clara diferenciación de los motivos por sexo, identificados por los roles de género tradicionales.

Baja escolaridad debido a la repitencia

Además de la deserción, otros aspectos vinculados con la eficiencia del sistema educativo dominicano son la

²¹ En 1993, sólo el 22% de los y las estudiantes lograban completar un ciclo de primaria (Banco Mundial, 2006).

Gráfico 16
Porcentaje de la población que abandonó la escuela primaria, según motivo, por sexo, 2002



repitencia y la sobreedad. Para el año escolar 2005/2006, el 5% de todos los estudiantes matriculados en básica eran repitentes, y asistían en su mayoría a escuelas públicas (94%).

El Banco Mundial (2006) estimó que el país ha logrado uno de los mayores niveles en la región de años de asistencia de los jóvenes menores de 18 años. Sin embargo, también es uno de los países con mayores dificultades para transformar los logros de asistencia en logros de escolaridad²², debido principalmente a las altas tasas de repitencia. Los y las jóvenes logran en promedio 11.5 años de asistencia, pero sólo 8.4 años de escolaridad, resultando en una pérdida de 3.1 años.

Esta situación no es igual para todos. Los varones, los hijos de familias más pobres y los que residen en áreas rurales logran peores rendimientos en años de escolaridad.

Respecto de la sobreedad en primaria, la misma ha disminuido entre los años 2002 y 2007. Según lo registra-

²² Logros de escolaridad se refiere a la cantidad de años de estudio aprobados. Se relaciona con la repitencia y la deserción, las cuales disminuyen los años aprobados, y por lo tanto, los logros de escolaridad.

do por ENDESA 2002 y 2007, las tasas netas de asistencia aumentaron y las tasas brutas de asistencia disminuyeron, tanto en los varones como en las mujeres.

La relación entre estas tasas indica que ha disminuido durante este período la asistencia a edades por fuera del rango oficial, la cual en este nivel educativo está explicado por la sobreedad. En general, la sobreedad pasó de 29% a 21%. En 2007, los varones presentaron un 25% de sobreedad en primaria y las mujeres, de 17%.

La infraestructura y los recursos para el aprendizaje

El acceso universal y lograr que todos y todas terminen la escuela primaria debe ser abordado desde la oferta y la demanda de educación. Se pueden diseñar políticas que promuevan la matriculación universal a edad temprana que sean efectivas en el corto plazo, sin embargo, ¿existen los recursos necesarios para absorber esa mayor demanda de educación? ¿Se disponen de aulas, materiales, y docentes para atender todos los niños y todas las niñas que están en edad de asistir a la escuela?

Una estimación de la Oficina de Desarrollo Humano



del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo²³ indica que en el país harían falta unas 16,854 aulas, distribuidas en 2,408 planteles, para poder brindar educación sin condiciones de hacinamiento²⁴ a la cantidad actual de estudiantes de primaria y secundaria.

La disponibilidad de infraestructura, así como los recursos para la enseñanza que las escuelas ponen a disposición de los y las estudiantes, son de fundamental importancia para brindar una educación de calidad, por su influencia en la creación de un ambiente propicio para el aprendizaje.

El acceso a agua potable y la disponibilidad de baños suficientes son aspectos básicos de las condiciones de las escuelas. En el año 2007, solamente el 61% de las escuelas primarias del país tenían agua potable y el 74% disponían de servicios sanitarios suficientes para atender a la población infantil (Cuadro 1). Estos indicadores nos señalan carencias elementales de infraestructura de las escuelas dominicanas.

En cuanto a los recursos para la enseñanza, el acceso y la disponibilidad de libros de texto distintos a los manuales o textos básicos les permite a los jóvenes potenciar los aprendizajes, desarrollar el pensamiento crítico, y fomentar el gusto por la lectura. Por ello es fundamental contar con bibliotecas en las escuelas, especialmente en las zonas rurales, donde es más difícil el acceso a estos materiales. En el país, tan sólo el 39% de las escuelas primarias tenían biblioteca en el año 2007, y el promedio de libros por escuela (578 libros) era menos de la mitad de lo observado en el promedio regional (1,211 libros).

Para insertarse en la agenda actual de las nuevas tecnologías de la información y comunicación se han hecho esfuerzos para dotar de salas de computación y de computadoras a los establecimientos escolares. En el año 2007, el 15.7% de las escuelas tenían salas de computación, y un

promedio 17.3 computadoras por escuela. En comparación con la situación en otros países de la región, el país tiene un promedio de computadoras por escuela mayor que la media latinoamericana (de 15.7 computadoras), pero una menor proporción de escuelas con salas destinadas a computación (Cuadro 1).

Cuadro 1
Infraestructura básica en las escuelas primarias, República Dominicana y América Latina y el Caribe, 2007

Infraestructura	República Dominicana	América Latina y el Caribe
% Escuelas con agua potable	61.3	79.5
% Escuelas con baños suficientes	73.6	68.7
% Escuelas con bibliotecas	39.0	52.9
Libros promedio en bibliotecas	578	1211
% Escuelas con salas de computación	15.7	37.0
Computadoras promedio por escuela	17.3	15.7

Fuente: SERCE 2007.

Las situaciones descritas en este apartado suponen grandes desafíos que debe enfrentar el sistema educativo nacional, que necesariamente implica el compromiso de una mayor asignación de recursos.

Alfabetismo de jóvenes en aumento

El tercer indicador seleccionado para darle seguimiento al ODM 2 es la tasa de alfabetización de los y las jóvenes de 15 a 24 años, estimada en 96% para 2005. La tendencia y los logros alcanzados son acordes con los estándares definidos por los ODM (Gráfico 17).

Según la UNESCO, una persona alfabetada es aquella que sabe leer y escribir simples mensajes de la vida cotidiana. Sin embargo, cada día hacen falta mayores habilidades para poder manejarse en la vida diaria, en estrecha vinculación con el auge de las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones. Por lo tanto, la alfabetización

Gráfico 17
Tasa de alfabetismo entre 15 y 24 años de edad, años seleccionados



funcional es más difícil de medir y se relaciona con la calidad de la educación. Es un tema crucial de equidad y de acceso a oportunidades.

La calidad de la educación

El informe más reciente sobre la calidad de la educación dominicana es el Segundo Estudio Regional Comparativo y Explicativo (SERCE), elaborado por el Laboratorio Latinoamericano de Evaluación de la Calidad de la Educación (LLECE) de la UNESCO, con información recolectada en el año 2006 y presentado en este año 2008. El estudio abarcó 200,00 estudiantes de 3o y 6o grado de primaria de 16 países de América Latina y el Caribe²⁵, con el objetivo de evaluar y comparar el desempeño alcanzado por estudiantes en Matemática, Lectura y Ciencias. Asimismo, incluyó un análisis de factores explicativos del estudiante, aula, escuela y contexto relacionados con la calidad de la enseñanza.

Los análisis se presentan según los niveles de desempeño alcanzados por los y las estudiantes en cada grado y área evaluada. Los logros de los estudiantes se clasifican en cuatro niveles de desempeño, del I al IV, cuya complejidad

²⁵ En República Dominicana se aplicó en 175 escuelas, para un total de 208 aulas de 3er grado y 172 aulas de 6o grado. El tamaño de la muestra en el país fue de 4,554 estudiantes de 3er grado y 4,618 estudiantes de 6o grado.

es creciente. Cada nivel corresponde a un conjunto de tareas evaluadas en las pruebas, cuya resolución implica el dominio de ciertos contenidos y la movilización de determinados procesos cognitivos por parte de los estudiantes.

De los 16 países estudiados, las y los estudiantes dominicanos, tanto de 3o como de 6o grado, presentan los peores desempeños de la región en las tres áreas: **Matemática, Lectura y Ciencia**. En el Gráfico 18 se resumen los logros alcanzados según área y grado, para República Dominicana y la región de Latino América y el Caribe. Algunos resultados son:

- El 41% de los estudiantes de 3er grado ni siquiera alcanzaron el primer Nivel de desempeño en Matemática, la mitad sólo alcanzó el Nivel I, el 8% logró llegar al Nivel II, y menos de un 1% alcanzó el Nivel III. Estos resultados quedaron muy por debajo de la región, donde un 10% no logró el Nivel I y el 11% logró el Nivel IV. En República Dominicana, prácticamente nadie (0.1%) alcanzó el nivel más alto.
- En Lectura, los estudiantes de 3er grado se desempeñaron levemente mejor que en Matemática, pero igualmente quedaron por debajo del promedio de la región, y en último lugar respecto de los 16 países analizados. Casi un tercio de los estudiantes ni siquiera alcanzó el Nivel I, cerca de la mitad se ubicó en el Nivel I, y menos del 4%, en los Niveles III y IV.
- En 6o grado, en Matemática, la mayoría (87%) se repartió entre el Nivel I y el Nivel II, y casi nadie logró el Nivel IV (0.2%). Menos del 7% alcanzó el Nivel III, cifra muy escasa en comparación con el 32% que alcanzaron el Nivel III en el promedio regional.
- En Lectura, la mitad de los alumnos de 6o alcanzaron el Nivel I, un 38% el Nivel II, un 9% el Nivel III y menos del 2% el último nivel. Esta situación contrasta con los promedios regionales en esta misma área, donde más del 20% alcanzó el Nivel IV, el 27% el Nivel III y el 35% el Nivel III.
- En Ciencias, los estudiantes de 6o grado también quedaron en último lugar, en este caso, entre 10 países

²³ ODH/PNUD 2008

²⁴ La estimación se basó en 25 estudiantes por aula y 1.5 tandas por aula, teniendo en cuenta los mismos niveles de repitencia y sobreedad observados en el ciclo escolar 2005/2006.



Gráfico 18
Calidad de la enseñanza. Logros alcanzados en las pruebas SERCE, por nivel, según área y grado, en República Dominicana y América Latina y el Caribe, 2006



donde se aplicó el estudio. Como resultado, el 14% no alcanzó el primer nivel de aprendizaje, el 63% logró solamente el Nivel I, y el 22% el Nivel II. Se destaca que ningún estudiante logró el Nivel IV.

Otros resultados se desprenden del estudio. En cuanto a la relación entre el desempeño observado y el esperado de acuerdo a PIB per cápita, República Dominicana presenta la mayor brecha de la región. Es decir, los desempeños de los estudiantes observados en el estudio quedan muy por debajo de lo esperado, teniendo en cuenta el PIB per cápita del país, siendo la mayor diferencia entre los 16 países.

El bajo desempeño en educación tampoco puede explicarse por la desigual distribución del ingreso. El país también presenta la mayor brecha regional entre los logros

observados y esperados dado el Coeficiente de Gini. O sea, aún con el nivel de desigualdad del país, los logros en educación son inferiores a los que debería tener, en relación a los niveles de desigualdad de los demás países de la región.

En cuanto a las diferencias respecto de la zona de residencia y el sexo, las conclusiones son las siguientes. Por zona de residencia no se aprecian grandes diferencias entre los desempeños de los estudiantes de áreas rurales y urbanas, especialmente en Matemática; en Lengua y Ciencias hay una mayor diferencia en detrimento de las y los estudiantes de las zonas rurales. Por sexo hay una diferencia significativa a favor de las niñas en Matemática y Lectura en 3er grado y en Lectura en 6º grado, es decir, en estas áreas las niñas mostraron mejores logros que los niños. En

Matemática y Ciencias en 6º grado no hay diferencia en logros por sexo.

En conclusión, el estudio afirma que “los resultados de República Dominicana son los más bajos entre el grupo de países evaluados, y la escasa dispersión de las puntuaciones indica que en esa nación los estudiantes obtienen resultados generalmente bajos. [...] Es posible encontrar casos (República Dominicana) donde la distribución de los resultados es equitativa pero con bajos niveles de aprendizaje.”

“La escuela hace la diferencia”

El SERCE también permitió concluir, a través del estudio de los factores asociados a la educación, que las escuelas son fundamentales no sólo para mejorar la calidad de la educación, sino para igualar los desempeños de los estudiantes, sin importar el grupo socioeconómico al que pertenezcan, es decir, lograr la equidad en el acceso a una educación de calidad. “Si bien los factores de contexto socioeconómico tienen una influencia poderosa en el rendimiento, las variables asociadas a la escuela pueden contribuir significativamente a disminuir las desigualdades de aprendizaje asociadas a disparidades sociales.” Este hallazgo pone en relevancia a la educación como una importante herramienta de movilización social.

En cuanto a los factores que influyen en el rendimiento de los estudiantes, el *clima escolar* es la variable que tiene la mayor influencia. Por lo tanto, un ambiente de respeto, acogedor y positivo en las escuelas es fundamental para mejorar el desempeño de los estudiantes y maximizar el aprendizaje.

La segunda variable de mayor influencia es el *nivel socioeconómico y cultural*, en dos aspectos, el nivel socioeconómico de la escuela y el del estudiante. El que tiene más importancia de estos dos, es el nivel de las escuelas, implicando que las escuelas con mayor índice socioeconómico presentan mejores rendimientos escolares. El aumento en el nivel socioeconómico de los estudiantes, también lleva a que aumente el rendimiento de éstos. Además, se verifica que las escuelas son más o menos homogéneas en cuanto

al nivel socioeconómico de los estudiantes, y que por lo tanto las diferencias se dan entre escuelas. Por lo tanto, se puede mejorar el rendimiento de los estudiantes evitando la segregación escolar.

Por otro lado, recursos escolares en conjunto, también tienen un efecto positivo en mejorar el aprendizaje de los estudiantes. Se comprobó que, individualmente, cada uno de los recursos escolares (infraestructura, servicios básicos, cantidad de libros de la biblioteca y años de experiencia del docente) no tienen gran influencia; sin embargo, en conjunto, sí pueden hacer una diferencia importante en el rendimiento escolar. “Al respecto el mensaje esencial que queda es que los recursos son necesarios para impulsar el rendimiento.”

Resumen de hallazgos del ODM 2, Meta 3

Velar por que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria

- La tasa neta de matriculación de niños y niñas en el Nivel Básico ha aumentando de manera sostenida, desde 63.2% en el año 1994/1995 hasta 94.9% en 2006/2007.
- La tasa neta de asistencia en el Nivel Secundario para el año 2007 fue del 45% en promedio, 53% para las mujeres y 38% para los varones.
- La educación primaria enfrenta dos desafíos: el ingreso tardío al sistema y la permanencia de los y las estudiantes (sólo el 53% completa el Nivel Básico). En base a esto, es poco probable que el país alcance el segundo Objetivo del Milenio.
- Tanto para los hombres como para las mujeres, la principal causa de abandono de la escuela primaria es la falta de recursos o la necesidad de buscar un trabajo.
- Respecto de la región latinoamericana, el país presenta para los y las jóvenes menores de 18 años, altos niveles de asistencia a la escuela en años cursados. Sin



embargo, debido a la elevada tasa de repitencia, muestra un bajo logro de escolaridad, medida en años aprobados.

- La sobreedad en primaria ha disminuido entre 2002 y 2007. En 2007, los varones presentaron un 25% de sobreedad en primaria y las mujeres, de 17%.
- Se estima que hacen falta más de 16 mil aulas y 2,400 planteles para evitar el hacinamiento en primaria y secundaria.
- En 2007, solamente el 61% de las escuelas primarias del país tenían agua potable y el 74% disponían de servicios sanitarios suficientes para atender a la población infantil. Asimismo, tan sólo el 39% de las escuelas primarias tenían biblioteca, y el promedio de libros por escuela (578 libros) era menos de la mitad de lo observado en el promedio regional (1,211 libros).
- Debido a los esfuerzos nacionales por insertarse en la agenda actual de las nuevas tecnologías de la información y comunicación, al año 2007, el 15.7% de las escuelas tenían salas de computación, y un promedio 17.3 computadoras por escuela.
- La tasa de alfabetización de los y las jóvenes de 15 a 24 años pasó de 83% en 1981 a 96% en 2005, una tendencia acorde con los Objetivos del Milenio.
- Las y los estudiantes dominicanos de primaria muestran un rendimiento muy bajo en Matemática, Lengua y Ciencias, no sólo muy por debajo del promedio de la región, sino que el último estudio SERCE los ubica en el último lugar de los 16 países de América Latina y el Caribe que participaron del estudio.
- El SERCE demostró que las escuelas son fundamentales no sólo para mejorar la calidad de la educación, sino para igualar los desempeños de los estudiantes, sin importar el grupo socioeconómico al que pertenezcan, es decir, lograr la equidad en el acceso a una educación de calidad. Este hallazgo pone de relevancia a la educación como una importante herramienta de movilización social.

- Los factores que más influyen en el rendimiento de los estudiantes de primaria son, en orden descendente: el clima escolar, el nivel socioeconómico y cultural de la escuela y de los estudiantes, y el conjunto de los recursos escolares.

Glosario:

- **Nivel Inicial:** Según la Ley General de Educación, "el Nivel Inicial es el primer nivel educativo y será impartido antes de la Educación Básica [...] Está dirigido a la población infantil comprendida hasta los seis años. El último año será obligatorio y se inicia a los cinco años de edad" (Art. 33).
 - **Nivel Básico:** Según la Ley General de Educación, "El Nivel Básico es la etapa del proceso educativo considerado como el mínimo de educación a que tiene derecho todo habitante del país. Se inicia ordinariamente a los seis años de edad. Es obligatorio y el Estado lo ofrecerá de forma gratuita" (Art. 35). "El Nivel Básico tendrá una duración de ocho años, divididos en dos ciclos. a) Primer ciclo, con una duración de cuatro años, que incluye de 1ro. a 4to. grados. Se inicia ordinariamente a los seis años de edad, nunca antes de los cinco años; b) Segundo ciclo, con una duración de cuatro años que incluye 5to. a 8vo. grados" (Art. 37).
 - **Nivel Medio:** Según la Ley General de Educación, "El Nivel Medio es el período posterior al Nivel Básico. Tiene una duración de cuatro años dividido en dos ciclos, de dos años cada uno. Ofrece una formación general y opciones para responder a las aptitudes, intereses, vocaciones y necesidades de los estudiantes, para insertarse de manera eficiente en el mundo laboral y/o estudios posteriores" (Art. 40).
 - **Tasa bruta de matriculación en primaria:** Se calcula dividiendo la cantidad total de estudiantes matriculados
- en el nivel de enseñanza primaria, por la población total que tiene la edad oficial correspondiente al nivel primario. Cuando hay problemas de repitencia y sobreedad, la tasa bruta de matriculación puede ser tomar valores superiores al 100%.
- **Tasa neta de matriculación en primaria:** Número de alumnos del grupo de edad oficial de primaria y matriculados en el mismo nivel, expresado como porcentaje del total de población de ese grupo de edad. Se calcula dividiendo la cantidad de estudiantes que tiene la edad oficial correspondiente al nivel de educación primaria, por la población total que tiene la edad oficial correspondiente al nivel primario. Esta tasa también incluye a los niños y niñas que tienen edad oficial correspondiente a primaria, pero que están matriculados en secundaria.
 - **Matriculación:** Proceso de inscribirse o registrarse para estudiar en un establecimiento educativo.
 - **Deserción:** Abandono de los estudios. Dejar de asistir a un establecimiento educativo una vez que se ha matriculado.
 - **Sobre-edad:** Cuando el o la estudiante tienen una edad mayor que la estipulada oficialmente para el año actualmente en curso.
 - **Tasa de repitencia:** Porcentaje de estudiantes que se encuentran en calidad de repitentes (que han cursado o iniciado más de una vez el nivel donde se encuentran) respecto del total de estudiantes matriculados.
 - **Tasa de alfabetismo:** El número de

personas con habilidades para leer y escribir en un grupo de edad dado, expresado como un porcentaje de la población total de dicho grupo de edad. La tasa de alfabetismo adulta mide el alfabetismo en personas de 15 años de edad o mayores; la tasa de alfabetismo de jóvenes, a su vez, mide la alfabetización de las personas entre 15 y 24 años de edad (SERCE 2008)

- **Aprendizaje:** Es el proceso de adquirir conocimientos nuevos (conceptuales, procedimentales y actitudinales, entre otros), mediante la interacción con conocimientos anteriores y con el entorno interpersonal y material, a través de la experiencia, el estudio o la enseñanza. Dicho proceso origina un cambio medible y específico en el individuo que depende tanto del grado de desarrollo cognitivo del sujeto como de las condiciones –didácticas, de entorno, de objeto de aprendizaje– en que se produce la interacción (SERCE 2008).
- **Niveles de desempeño:** Categorías de tareas que permiten identificar grupos de estudiantes con niveles similares de rendimiento frente a la prueba. Se establecen con el propósito central de facilitar la comunicación de lo que pueden hacer los estudiantes. Se determinan combinando criterios empíricos y conceptuales–pedagógicos. Un estudiante ubicado en un determinado nivel de desempeño muestra el rendimiento necesario para realizar, con alta probabilidad de éxito, las actividades propuestas en ese nivel y en los inferiores a éste; es decir, los niveles son inclusivos (SERCE 2008).



Glosario:

- **Rendimiento:** Indicador o estimación de lo que una persona ha aprendido en una materia determinada como consecuencia de un proceso de aprendizaje. El indicador se obtiene considerando el grado de éxito en la ejecución o realización de tareas específicas planteadas en una situación de evaluación (SERCE 2008).
- **Logro:** Éxito o resultado muy satisfactorio con relación a alcanzar metas de aprendizaje definidas de acuerdo a evidencias sustentadas en normas de calidad establecidas a partir del marco *curricular común* y las *habilidades para la vida* (SERCE 2008).
- **Índice de Clima Escolar en la Opinión de los Estudiantes:** Indica el grado en el cual el estudiante se siente a gusto, bien, en su escuela y en el aula de clase con base en los sentimientos que despiertan diferentes situaciones del contexto educativo relacionados con sus compañeros y docentes. Tiene en cuenta aspectos relacionados con el agrado y la tranquilidad que siente el estudiante cuando se encuentra en la escuela, el grado de pertenencia a la institución y la relación con sus compañeros. En grado sexto, además, incluye la dedicación y atención que siente el estudiante le prestan sus docentes, la disciplina (orden) de los estudiantes en el aula y la violencia verbal y física que ocurre en la institución (SERCE 2008).
- **Índice de Estatus Socioeconómico y Cultural (ISEC):** Indica el nivel socioeconómico de la familia desde el punto de vista del bienestar del estudiante y la posibilidad de acceso a la cultura en los contextos local, regional y universal. Dada la relación que existe entre los bienes materiales con los bienes que facilitan el acceso a la cultura se incluyen variables relacionadas con: los servicios con que cuenta la vivienda, los bienes disponibles que pudiera utilizar el estudiante y el material de los pisos del lugar en que habita. Adicionalmente se incluye el nivel educativo de los padres, el idioma que aprendió a hablar primero el estudiante y la cantidad de libros en el hogar (SERCE 2008).
- **ENCOVI 2004:** Encuesta Nacional sobre Condiciones de Vida 2004, realizada por el Banco Central de la República Dominicana con el apoyo del programa MECOVI del Banco Mundial. Con esta encuesta se relevaron patrones de ingreso y consumo, recepción de remesas, indicadores de condiciones de vida y acceso a pro-
- **gramas sociales,** así como activos financieros de las familias.
- **SERCE:** Segundo Estudio Regional Comparativo y Explicativo preparado por el Laboratorio Latinoamericano de Evaluación de la Calidad de la Educación (LLECE), fundado en Ciudad de México en 1994, y coordinado por la OREALC/UNESCO Santiago. El SERCE se realizó entre los años 2002 y 2008, como una continuación al primer estudio realizado entre 1995 y 1997. El SERCE constituye el más importante estudio evaluativo sobre el desempeño de los estudiantes de primaria realizado en América Latina y el Caribe. Por medio de este estudio se busca conocer con mayor precisión qué saben los estudiantes y obtener datos que ayuden a identificar los elementos propios de la escuela, del aula y del contexto que contribuyen a la apropiación de aprendizajes que posibilitan y definen los rendimientos alcanzados por los niños y las niñas. Los países incluidos en el SERCE fueron: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay, además del estado mexicano de Nuevo León.

Páginas Web – Recursos claves

- Secretaría de Estado de Educación
www.see.gov.do
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)
www.unesco.org
www.unesco.cl OREAL/UNESCO Santiago.

Preguntas para discusión

- ¿Qué incentivos pueden crearse para el ingreso temprano de los niños y niñas a la escuela?
- ¿Qué impacto ha tenido el programa Incentivo a la Asistencia Escolar (ILAE) vinculado al Programa Solidaridad en la deserción escolar? ¿Ha ayudado a combatir la deserción entre las niñas y los niños?
- ¿Cuáles son las causas principales de la repitencia? ¿Cómo podemos superarlas para facilitar el cumplimiento de este Objetivo de Milenio?
- Además de la repitencia, ¿Cuáles son las otras causas del alto nivel de deserción? ¿Qué soluciones viables se pueden plantear para reducir esta tendencia? Por ejemplo, ¿Es posible implementar un sistema de transporte público escolar para reducir la deserción?
- ¿Qué políticas pueden ayudar a combatir la deserción entre los hombres, especialmente en los niveles secundario y superior?
- ¿Qué medidas se pueden tomar para que en las escuelas se cumpla con las horas de clase programadas?
- ¿Cuánto hay que invertir para que la calidad de la educación dominicana se acerque al promedio de la región? ¿Cuántos años tomará revertir el patrón de baja calidad en educación?
- Los egresados de secundaria, ¿tienen los conocimientos necesarios para conseguir un empleo?
- ¿Es posible definir mecanismos de evaluación permanente a los y las docentes? ¿Se pueden combinar con un esquema de incentivos monetarios y no monetarios?
- ¿Qué mecanismos de control hay sobre las escuelas privadas?
- ¿Cuántos maestros y maestras manejan adecuadamente internet?
- El Presidente Fernández ha comentado que el país, en términos de educación, enfrenta una doble agenda, la del sub-desarrollo (para suplir las necesidades físicas de aulas, equipamiento, docentes) y la de un país desarrollado (la necesidad de responder a los cambios de la globalización y competir en la economía mundial, teniendo en cuenta las nuevas tecnologías de información y comunicación, el idioma inglés, las ciencias aplicadas, etc.). ¿Cuál es el balance que tenemos que alcanzar entre estas dos agendas?
- Si se incrementa el presupuesto asignado a la Secretaría de Estado de Educación (SEE) del 2% actual al 4% del PIB, como lo establece la Ley 66-97, ¿Este aumento representaría recursos suficientes para alcanzar el ODM 2 y responder a los retos de la globalización?
- ¿Existen los recursos necesarios para financiar una mejor educación en el país? ¿Puede la SEE hacer un uso más eficiente de los recursos? ¿Qué partidas podrían reducirse para aumentar la inversión y la calidad?
- ¿Es el financiamiento el factor principal para alcanzar el ODM 2? Es decir, ¿Se puede “comprar” el cumplimiento del ODM 2? ¿Cuáles son las otras limitaciones humanas, institucionales, culturales, sociales o políticas que impiden el cumplimiento del segundo ODM?



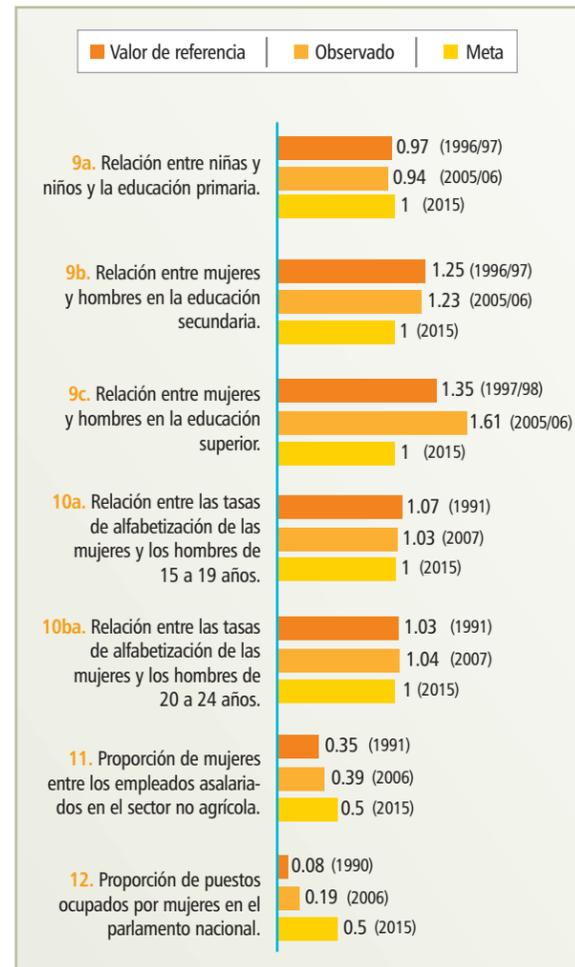
OBJETIVO 3

Promover la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer



Meta 4.
Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes de fines de 2015

Para el seguimiento del tercer Objetivo del Milenio, se identificaron indicadores relacionados con el acceso a la educación, al empleo y a puestos de decisión en el gobierno por parte de las mujeres, para medir las desigualdades de género.



En este objetivo se analiza si en la sociedad dominicana las mujeres y los hombres tienen el mismo nivel de oportunidades. Para ello se utilizan indicadores que miden la equidad de género en la educación, en el empleo y en la representación política. Además, hay otros ámbitos donde se manifiesta la igualdad, como en los niveles de ingresos que reciben o el tipo de puestos donde se emplean, la toma de decisiones en los hogares respecto de la asignación del ingreso, el cuidado y la educación de los hijos e hijas o la planificación familiar, la asignación de roles según el sexo en el ámbito público y privado, entre otros. La violencia de género física o psicológica afecta mayormente a las mujeres, poniendo en riesgo las oportunidades que ellas pueden alcanzar.

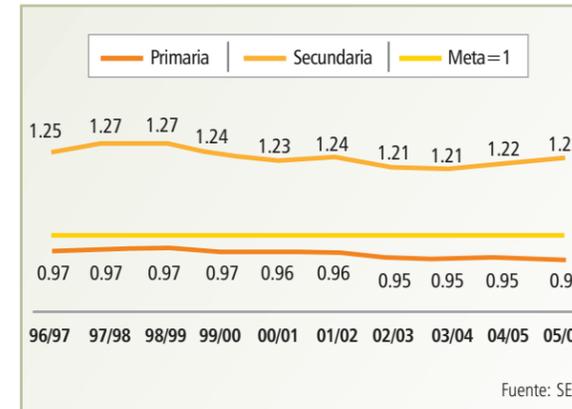
Más varones en inicial y básica y más mujeres en secundaria y superior

La relación entre niñas y niños en la educación primaria y secundaria se ha mantenido casi invariable durante la última década (Gráfico 19). Sin embargo, se observa un leve deterioro en términos de equidad en perjuicio de las niñas en el nivel básico, dado que se pasó de 97 a 94 niñas por cada 100 varones entre 1996 y 2006. En el nivel inicial, la relación es 97 niñas por 100 niños.

En el nivel secundario, por el contrario, la cantidad de niñas superaba a la de varones en un 23%, en el año 2005/2006. Es decir que por cada 100 varones había 123 mujeres. Esta proporción ha mejorado levemente en el período analizado, dado que hace unos años esta relación llegó a ser de 127 contra 100. Es decir, se ha avanzado un poco hacia la equidad de género en secundaria, pero aún siguen siendo las diferencias muy marcadas. Sin embargo, es importante destacar que las tasas de asistencia neta en el nivel secundario son en general muy bajas, tanto para las mujeres (53%) como para los varones (38%), como se vio en el análisis del ODM 2.

En el nivel de educación superior, la preponderancia de mujeres respecto de hombres es más alta. En el año 2002 había 168 mujeres por cada 100 hombres matriculados en las universidades, y hacia 2005 la composición era

Gráfico 19
Relación niñas a niños en educación primaria y secundaria, 1996/1997 a 2005/2006



sólo un poco más equilibrada, con 161 mujeres por cada 100 varones²⁶.

En base a las tendencias analizadas para los tres niveles educativos, las brechas de género en la educación secundaria y superior serán muy difíciles de cerrar en los próximos años, mientras que con un mayor esfuerzo podrá alcanzarse la igualdad en la primaria. Cabe destacar que la Meta 4 establecía alcanzar la equidad en la educación primaria y secundaria preferiblemente para el año 2005.

Las brechas en el acceso a la educación entre niñas y niños no son iguales en todas las provincias

En el nivel de educación básica se da la menor diferencia o variabilidad entre las provincias en las brechas de género. (Cuadro 2). En este nivel, la provincia de La Romana junto con el Distrito Nacional son los únicos que tienen igual número de niñas y de niños matriculados, logrando la equidad. En el otro extremo están Elías Piña (83 por 100) y El Seibo y San Juan (87 por 100) con la mayor diferencia en perjuicio de las niñas.

La matriculación de niñas en básica guarda una estrecha relación con los niveles de pobreza. En efecto, en las provincias con mayor pobreza, la matriculación bruta de

niñas es menor que la de niños²⁷. Es decir, las familias pobres estarían prefiriendo enviar a sus hijos varones a la escuela y dejar a las niñas en la casa para ayudar en las tareas del hogar, limitando seriamente el desarrollo de sus capacidades y oportunidades.

Cuadro 2
Relación niñas a niños en educación, según provincia y nivel, 2005-2006

Provincia	Inicial	Básica	Media
Azua	0.94	0.89	1.16
Bahoruco	0.96	0.89	1.25
Barahona	0.93	0.94	1.25
Dajabón	0.97	0.91	1.24
Distrito Nacional	0.98	1.00	1.20
Duarte	0.95	0.92	1.24
El Seibo	0.93	0.87	1.26
Elías Piña	0.99	0.83	1.14
Españillat	0.97	0.9	1.16
Hato Mayor	0.96	0.91	1.13
Independencia	1.08	0.90	1.26
La Altagracia	1.01	0.98	1.33
La Romana	1.03	1.00	1.22
La Vega	0.97	0.91	1.24
M. Trinidad Sánchez	0.96	0.91	1.19
Monseñor Nouel	0.93	0.95	1.21
Monte Cristi	0.93	0.88	1.21
Monte Plata	0.89	0.90	1.33
Pedernales	1.06	0.89	1.18
Peravia	0.95	0.97	1.60
Puerto Plata	0.97	0.92	1.20
Hermanas Mirabal	1.03	0.91	1.20
Samaná	0.98	0.93	1.31
San Cristóbal	0.97	0.93	1.24
S. José de Ocoa	0.87	0.90	1.17
San Juan	0.96	0.87	1.07
S. Pedro de Macorís	0.98	0.96	1.20
Sánchez Ramírez	0.95	0.89	1.29
Santiago	0.99	0.96	1.26
Santiago Rodríguez	0.87	0.88	1.12
Santo Domingo	0.95	0.99	1.26
Valverde	0.94	0.95	1.24
Nacional	0.97	0.94	1.23
Diferencia entre provincias	0.21	0.17	0.53

Fuente: ODH/PNUD 2008.

²⁶ Información de la Secretaría de Estado de Educación Superior, Ciencia y Tecnología.
²⁷ ODH/PNUD 2008.



Por su parte, en el nivel inicial, la tasa de niñas a niños varía entre 0.87 en San José de Ocoa y Santiago Rodríguez, y 1.06 en Pedernales y 1.08 en Independencia. Elías Piña, Santiago y La Altagracia muestran equidad de género en este nivel educativo.

La situación es muy diferente en la educación secundaria, con una diferencia interprovincial de más de 0.5 y con una mayor cantidad de mujeres que de hombres en todas las provincias. Así, San Juan presenta la mayor igualdad con 107 niñas cada 100 varones, y Peravia, la mayor desigualdad, con 160 niñas cada 100 varones.

Mejora del alfabetismo en los y las jóvenes

Entre los años 2002 y 2007, la tasa de alfabetismo en la población joven se ha incrementado, tanto para las mujeres como para los hombres (Cuadro 3). En el año 2007, las mujeres presentaban mayores niveles de alfabetismo que los varones, fenómeno que se repite desde la medición en el año 2002. Asimismo, el grupo de edad de 15 a 19 años, el tramo de los más jóvenes, presenta una mayor tasa de alfabetismo para ambos sexos que los jóvenes del tramo comprendido entre los 20 y 24 años.

Para el grupo de edad de 15 a 19 años, el 96.5% de las mujeres y el 94.1% de los varones eran alfabetos. Esta misma situación se cumple en el 94.9% de las mujeres y el 91.6% de los hombres del tramo de 20 a 24 años de edad. Con estas cifras hay inequidad de género en el alfabetismo de la población juvenil en detrimento de los hombres: la relación entre las tasas de alfabetismo de mujeres a hombres es de 1.03 en el primer tramo de edad, y 1.04 en el segundo.

Por otro lado, analizando la tasa de avance de los niveles de alfabetismo entre 2002 y 2007, se aprecia que las tasas de alfabetización de las mujeres aumentaron más rápidamente que las correspondientes a los varones en los dos tramos de edad, aumentando la inequidad de género. En efecto, la razón entre las tasas de alfabetismo entre ambos sexos para el grupo de 15 a 19 años, pasó de 1.02 a 1.03 en el quinquenio estudiado.

Cuadro 3
Tasas de alfabetismo de mujeres y hombres de 15 a 24 años, 2002 y 2007

	Grupo	2002	2007
Mujeres	15-19	93.9	96.5
	20-24	92.9	94.9
Hombres	15-19	92.4	94.1
	20-24	89.5	91.6
Razón M/H	15-19	1.02	1.03
	20-24	1.04	1.04

Fuente: ENDESA 2002 y 2007.

Si se analiza la situación diferenciando las zonas rurales y urbanas en base a la evolución del alfabetismo desde el año 1991, los resultados para la equidad de género de la población joven son los siguientes (Gráfico 20):

- El grupo de 15 a 19 años ha logrado una mayor equidad de género que la que tenía a principios de los '90, tanto en las zonas urbanas como rurales, acercándose al valor de igualdad.
- El grupo de 20 a 24 años de las zonas urbanas no mejoró en términos de equidad en el período considerado, sin embargo se mantiene en un nivel cercano al de igualdad (1.02). Por su parte, los jóvenes del sector rural lograron un mejor desempeño, pudiendo avanzar hacia una mayor equidad (1.04).

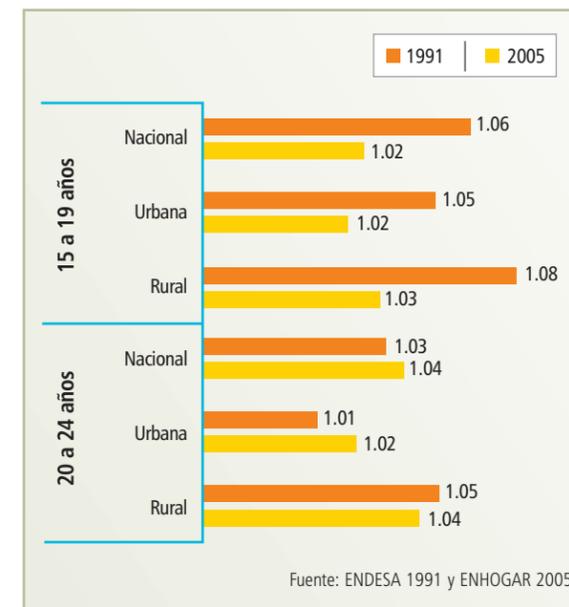
Las mujeres tienen una tasa de desempleo tres veces mayor que los hombres y realizan trabajos no remunerados

En el mercado laboral, el 27% de las mujeres están desempleadas, mientras que la proporción de hombres bajo la misma condición es sólo de 9%²⁸. Además, los hombres encuentran su primer trabajo más rápido que las mujeres. En efecto, más de la mitad de las mujeres que

²⁸ Datos de la Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo 2006.

Gráfico 20

Relación entre tasas de alfabetismo de mujeres a hombres, población de 15 a 24 años, por zona de residencia y grupos de edad, 1991 y 2005



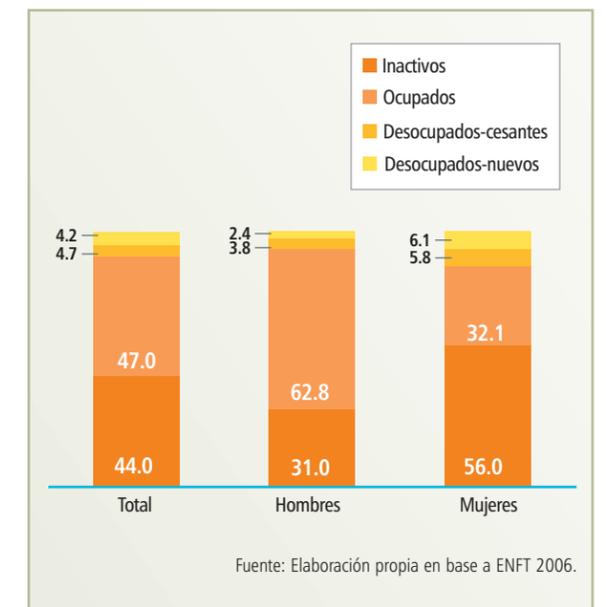
buscan trabajo, lo hacen por primera vez, es decir, nunca han trabajado. En los desocupados hombres, el 40% busca por primera vez y el resto es cesante.

La composición de la población en edad de trabajar es muy diferente entre uno y otro sexo y revela patrones asociados a los roles de género asignados a los hombres y las mujeres. Mientras que casi el 70% de los hombres en edad de trabajar forma parte de la población económicamente activa²⁹, en las mujeres sólo es el 44%, indicando que hay un 56% de mujeres "inactivas" (Gráfico 21). A pesar de que muchas de estas mujeres "inactivas" trabajan para cuidar el hogar y los hijos, u otros familiares, o "ayudar" al esposo en el campo, no son tenidas en cuenta en las encuestas como parte de la población ocupada, no reciben una remuneración, y tampoco se perciben a sí mismas como trabajado-

²⁹ La población en edad de trabajar que está trabajando o desea hacerlo forma parte de la población económicamente activa o PEA.

Gráfico 21

Distribución de la población en edad de trabajar según condición de actividad, por sexo, 2006



ras porque no reciben un ingreso formal por ello. Adicionalmente, el trabajo femenino no remunerado tampoco es tenido en cuenta en las cuentas nacionales en su aporte al producto nacional.

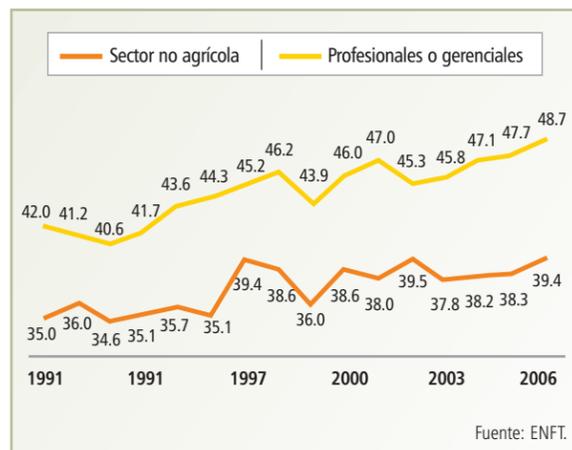
Según la clasificación tradicional, sólo el 32% de las mujeres estarían trabajando, comparado con el 63% de los hombres, y el 31% de los hombres sería inactivo, versus el 56% de las mujeres.

Las mujeres han ganado terreno en puestos asalariados y en cargos gerenciales

En los últimos quince años, las mujeres han avanzado en conseguir más empleos asalariados en sectores no agrícolas, aunque a un ritmo lento y aún están por debajo de la igualdad en relación con los hombres (Gráfico 22). Entre 1991 y 2006 la proporción de mujeres pasó de ser 35% a 39% del total, lo que manifiesta una preferencia mayor por contratar empleados hombres.



Gráfico 22
Proporción de mujeres entre los empleos asalariados del sector no agrícola y puestos gerenciales o profesionales, 1991-2006



En cuanto a los puestos gerenciales o trabajos profesionales, las mujeres han podido ganar más terreno, y para el año 2006 prácticamente había la misma proporción entre hombres y mujeres, logrando la equidad de género.

A pesar de lograr mayores niveles de estudios, las brechas salariales entre hombres y mujeres son significativas

Las mujeres reciben en promedio salarios mucho más bajos que los hombres con la misma educación, para todos los niveles de estudio (Gráfico 23). Por otro lado, a medida que las mujeres poseen mayor educación formal, la brecha salarial disminuye, aunque sigue siendo significativa. Así, las mujeres con educación universitaria ganan en promedio un 52% menos respecto del salario que reciben los hombres con la misma educación. Si sólo alcanzaron el nivel primario, en promedio reciben un 71% menos que lo que reciben los hombres con el mismo nivel.

En el Distrito Nacional esta relación es más marcada. La brecha para las mujeres sin ninguna educación es del 97% del salario de los hombres, mientras que la brecha entre mujeres y hombres con grado universitario es del 46%.

En las áreas rurales se da la relación inversa: la brecha

salarial de las mujeres aumenta a medida que aumenta el nivel educativo, es decir, las mujeres con universidad reciben un salario que es 61% inferior al de los hombres universitarios, y las mujeres sin formación reciben un salario que es un 32% inferior al de los hombres sin formación. Además, en el campo, los salarios son más igualitarios entre mujeres y hombres (las brechas son menores).

Es decir, en el Distrito Nacional, la mayor educación reduce la brecha salarial entre mujeres y hombres, mientras que en las zonas rurales, la educación aumenta dicha brecha.

La formalidad reduce la brecha salarial

En el sector formal de la economía, las mujeres reciben salarios más cercanos a los de los hombres, a pesar de que siguen existiendo diferencias. Por el contrario, en el sector informal es donde hay mayor inequidad de género. Así pues, las mujeres empleadas en el sector informal enfrentan una brecha salarial del 63% respecto de los asalariados varones. En cambio, en los empleos formales, las mujeres reciben un ingreso que es en promedio un 21% inferior a la remuneración de los hombres (Gráfico 24).

La mayor diferencia en los salarios entre los empleos formales e informales se observa en el Distrito Nacional,

Gráfico 23
Brecha salarial de las mujeres, por nivel educativo y zona de residencia, octubre 2006

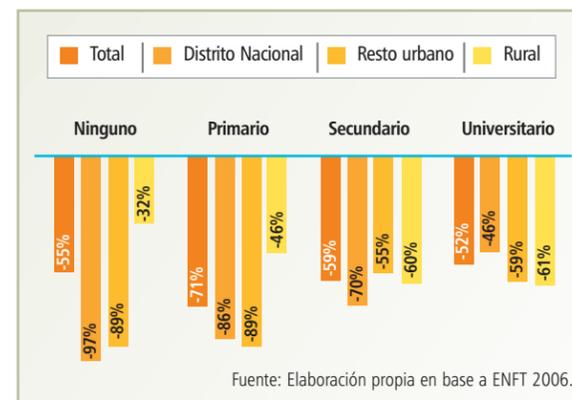
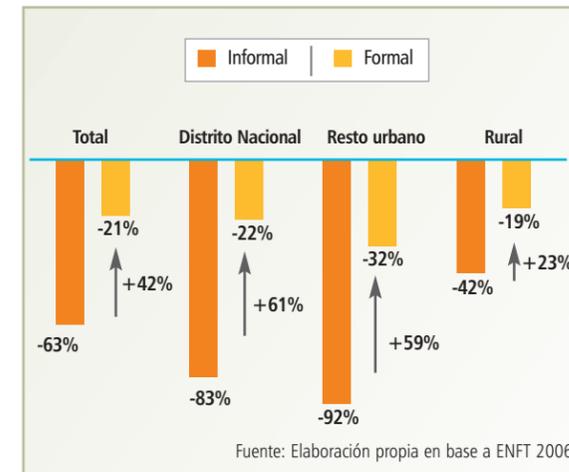


Gráfico 24
Brecha salarial de las mujeres, según informalidad y dominio. Octubre 2006



donde la variación al pasar de un empleo informal a uno formal es del 61%, es decir, la brecha se reduce desde 83% en el sector informal a 22% en el formal.

El sector rural, las brechas salariales son más bajas que en las áreas urbanas y las grandes ciudades. En los empleos formales, las mujeres reciben una remuneración salarial un 19% inferior que la de los hombres.

Otro factor de inequidad: La desigualdad en la representación política

Para avanzar en la equidad de género es importante conseguir que los intereses de las mujeres estén representados en igual medida que los de los hombres en las instancias de poder. Es necesario poder identificar las necesidades y demandas de las mujeres para poder aumentar sus oportunidades en la vida. En estos principios se basan las políticas que valoran las acciones afirmativas temporales para corregir las desigualdades de representatividad en los cargos electos. Las mujeres deben ser consideradas como actoras estratégicas en la democracia participativa.

En el Congreso Nacional, la proporción de diputada pasó de ser el 12% en 1997 al 19.7% en 2006 (35 mujeres en 178 cargos electos), indicando que aún se está a

mitad de camino de lograr la equidad de género en el ámbito legislativo. En América Latina y el Caribe ningún país ha logrado la equidad, sin embargo en algunos de ellos la proporción de mujeres es significativa. En los primeros puestos están Argentina (40%) y Costa Rica (36.8%). República Dominicana se encuentra en una posición intermedia.

En cuanto a las senadoras, en 2006 fueron elegidas sólo dos senadoras de los 32 asientos en el Senado, para una participación femenina de 6.3%. Ésta es una de las participaciones más bajas a nivel mundial.

Los otros cargos electos ocupados por mujeres son las sindicaturas y regidurías. En estos cargos, la proporción de mujeres que resultaron elegidas en 2006 fue del 11.3% para las sindicaturas y el 26.9% para las regidurías. Además, el 88.7% de los cargos de vice-sindico/a fueron ocupados por mujeres, y el 28.4% de los suplentes de regidores/as. (Cuadro 4).

En total, el porcentaje de cargos electos que son ocupados por mujeres en el país es del 29.6%

A pesar de que algunos de estos indicadores de participación femenina son elevados, como el caso de las regidoras, suplentes de regidores/as y, especialmente, las vice síndicas, en el contexto nacional las mujeres tienen una limitada participación en el liderazgo político. Como se analiza en el Informe Nacional de Desarrollo Humano 2008,

Cuadro 4
Distribución por sexo de cargos electos, 2006

Cargos electos	Mujeres	Hombres	Total	% Mujeres
Diputado/a	35	143	178	19.7%
Senador/a	2	30	32	6.3%
Regidor/a	259	704	963	26.9%
Síndico/a	17	134	151	11.3%
Suplente regidor/a	273	688	961	28.4%
Vice síndico/a	134	17	151	88.7%
Total	720	1,716	2,436	29.6%

Fuente: ODH/PNUD 2008 y Unión Interparlamentaria.



“que postulen una mujer como candidata no necesariamente implica empoderamiento político de las mujeres de una comunidad. El porcentaje de regidoras es un indicador de equidad de género, pero no se deben olvidar varias características: este indicador no habla de la capacidad del votante de elegir mujeres, sino de la capacidad que tienen las mujeres dentro de los partidos para ser colocadas en posición de ser elegidas. Esto porque no hay voto preferencial en el plano de las regidoras y regidores; es decir, hombres y mujeres son arrastrados por la candidatura a síndico/a y es el partido quien establece en qué posición de las listas se sitúan las candidatas.”

Además, el referido informe agrega que: “Existe un conjunto de prácticas que dificultan su inclusión política (de las mujeres), a pesar de la existencia de leyes que establecen cuotas para la presentación de candidaturas femeninas en todos los ámbitos. Sin embargo, en la práctica, tanto los partidos como la Junta Central Electoral (JCE) han encontrado formas de esquivar estas cuotas. Para las elecciones municipales, en vez de buscar una forma de ofrecer un porcentaje de sindicaturas a las mujeres, colocan a hombres como candidatos a síndicos y a las mujeres como vice síndicas, cuando éstas carecen de funciones reales. En el caso de las elecciones congresuales postulan las candidatas en las zonas donde los partidos tienen menos probabilidades de ganar. Así cumplen con la ley, pero como las listas son abiertas, son los electores que deciden según su preferencia.”

En definitiva, aún falta mucho camino por avanzar para lograr una representación política de las mujeres más equitativa y con verdadero poder en la toma de decisiones.

Resumen de hallazgos del ODM 3, Meta 4

Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes de fines de 2015

- La relación entre niñas y niños en la educación primaria y secundaria se ha mantenido casi invariable durante la última década. En el año 2006, la proporción de niñas

a niños en la educación inicial era de 97 niñas por cada 100 niños; en básica era de 94 niñas por cada 100 varones; y en el nivel secundario, de 123 mujeres por cada 100 varones. En los últimos años se ha deteriorado esta relación en nivel básico, en perjuicio de los estudiantes varones, y ha mejorado en la educación secundaria, esta vez en beneficio del sexo masculino.

- En la educación superior, la diferencia es más marcada en detrimento de los hombres. En el año 2005 habían matriculadas 161 mujeres cada 100 hombres.
- En base a las tendencias analizadas para los tres niveles educativos, las brechas de género en la educación secundaria y superior serán muy difíciles de cerrar en los próximos años, mientras que con un mayor esfuerzo podrá alcanzarse la igualdad en la primaria.
- Las brechas en el acceso a la educación entre niñas y niños no son iguales en todas las provincias. La matriculación de niñas en básica guarda una estrecha relación con los niveles de pobreza. En efecto, en las provincias con mayor pobreza, la matriculación bruta de niñas es menor que la de niños.
- Entre los años 2002 y 2007, la tasa de alfabetismo en la población joven se ha incrementado, tanto para las mujeres como para los hombres, sin embargo, las mujeres siguen mostrando mayores niveles de alfabetismo que los varones. Asimismo, el grupo de edad de 15 a 19 años presenta una mayor tasa de alfabetismo y una mayor equidad entre ambos sexos, que los jóvenes del tramo comprendido entre los 20 y 24 años. El índice de equidad es de 1.03 para el grupo de 15 a 19 años, y de 1.04 para el de 20 a 24 años.
- Las mujeres tienen una tasa de desempleo (27%) tres veces mayor que los hombres (9%). Además, los hombres encuentran su primer trabajo más rápido que las mujeres. La composición de la población en edad de trabajar es muy diferente entre uno y otro sexo y revela patrones asociados a los roles de género asignados a los hombres y las mujeres. Mientras que casi el 70% de los hombres en edad de trabajar forma parte

de la población económicamente activa, en las mujeres sólo es el 44%, indicando que hay un 56% de mujeres “inactivas”.

- En los últimos quince años las mujeres han avanzado en conseguir más empleos asalariados en sectores no agrícolas, aunque a un ritmo lento y aún están por debajo de la igualdad en relación con los hombres (39% de los puestos son ocupados por mujeres). En cuanto a los puestos gerenciales o trabajos profesionales, las mujeres han podido ganar más terreno y para el año 2006 prácticamente había la misma proporción entre hombres y mujeres, logrando la equidad de género.
- Las mujeres reciben en promedio salarios mucho más bajos que los hombres con la misma educación, para todos los niveles de estudio. A medida que las mujeres poseen mayor educación formal, la brecha salarial disminuye, aunque sigue siendo significativa. En el nivel universitario, la brecha salarial es del 52%, y con nivel primario es del 71%. En las zonas rurales se da la relación contraria.
- En el sector formal de la economía, las mujeres reciben salarios más cercanos a los de los hombres, a pesar de que siguen existiendo diferencias (brecha salarial del 21%). Por el contrario, en el sector informal es donde hay mayor inequidad de género (brecha del 63%).
- Se ha avanzado en aumentar la representación de las mujeres en los cargos electivos, sin embargo aún falta lograr la equidad en este sentido y otorgar verdadero poder de decisión a las mujeres. Actualmente, si bien el 30% de todos los cargos electivos son ocupados por mujeres, en la Cámara de Diputados hay una representación femenina del 20% y en la Cámara de Senadores, del 6%.



Glosario:

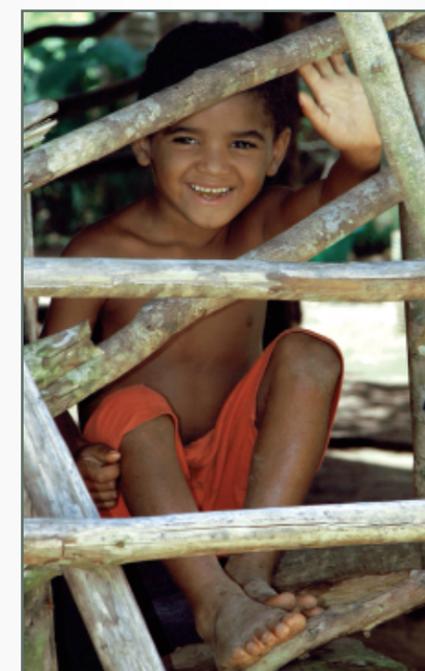
- **Género:** Se refiere a la construcción social de las diferencias biológicas entre hombres y mujeres. El género requiere la desconstrucción de las expectativas sobre el comportamiento y las características de mujeres y hombres - descrito como "feminidad" y "masculinidad". Contrario a la opinión popular, género no significa "la mujer" o "feminismo", se refiere a las relaciones desiguales de poder entre las mujeres y los hombres y el impacto que esta desigualdad ejerce sobre la vida de las personas.
- **Equidad:** Es alcanzar la resolución de inequidades que son innecesarias, evitables e injustas. La equidad es distinto al concepto de la igualdad. No significa una distribución igual de recursos, sino una distribución diferencial de acuerdo con las necesidades particulares de cada sexo, etnia o grupo social.
- **Equidad de género:** Es el goce equitativo de hombres y mujeres de los bienes socialmente valiosos, de las oportunidades, de los recursos y recompensas. El propósito no es que mujeres y hombres sean iguales, sino que sus oportunidades en la vida sean y permanezcan iguales (CAD, OCDE, 1998). En el contexto del trabajo de desarrollo, una meta de equidad de género suele incluir medidas diseñadas para compensar las desventajas históricas y sociales de las mujeres (OMS).
- **Población en edad de trabajar (PET):** Incluye a todas las personas mayores de 10 años de edad.
- **Población económicamente activa (PEA):** Se refiere a la población mayor de 10 años, que son capaces de trabajar y desean hacerlo, estén empleadas o buscando trabajo.
- **Tasa global de participación:** es el cociente entre la Población económicamente activa (PEA) y la Población en edad de trabajar (PET). Esta tasa es un indicador que refleja el nivel de actividad económica de un país.
- **Población ocupada (PO):** Proporción de la población en edad de trabajar (PET) que labora por lo menos una hora en el período de referencia. Esta categoría incluye a todas aquellas personas de 10 años y más que realizan una actividad económica y además, a las que al momento de la encuesta, teniendo una ocupación, no asisten a su lugar de trabajo por razones circunstanciales tales como: vacaciones, enfermedad, huelga, etc.
- **Tasa de ocupación:** Indica el grado de aprovechamiento efectivo de los recursos humanos disponibles para la actividad económica y es la relación entre la Población Ocupada (PO) y la Población en Edad de Trabajar (PET). Este indicador toma como denominador la oferta disponible (PET) y no la oferta efectiva de trabajo (PEA)
- **Trabajo en sector informal:** Incluye tanto a los trabajadores asalariados con precarias condiciones de trabajo, como a los trabajadores por cuenta propia que optan voluntariamente por el trabajo independiente, incluyendo los propietarios de negocios que se abstienen de registrar formalmente sus actividades (Banco Central RD).
- **Sector no agrícola:** Incluye los sectores de la economía que no se relacionan con el agro, y que se consideran con mayor valor agregado, como la industria, el comercio, los servicios financieros, el transporte, entre otros.
- **Puestos gerenciales:** Son cargos elevados dentro de una empresa u organización que ocupan personas que tienen la responsabilidad general de administrar una compañía. Pueden ocuparse de las funciones de mercadeo y ventas de una empresa, así como las operaciones del día a día, de administración del personal, y/o de liderar y coordinar las funciones de planeamiento estratégico.

Páginas Web – Recursos claves

- Secretaría de Estado de la Mujer
www.sem.gob.do
- Secretaría de Estado de Educación
www.see.gov.do
- Secretaría de Estado de Educación Superior, Ciencia y Tecnología
www.seescyt.gov.do
- Banco Central de la República Dominicana
www.bancentral.gov.do
- Senado de la República Dominicana
www.senado.gov.do
- Unión de Mujeres Municipalistas Dominicanas
ver información en: www.desarrollomunicipal.blospot.com
- Instituto Internacional de Investigación y Capacitación de las Naciones Unidas para la Promoción de la Mujer (INSTRAW)
www.un-instraw.org
- Fondo de Población de las Naciones Unidas
www.unfpa.org
www.unfpa.org.do (Oficina en República Dominicana)

Preguntas para discusión

- ¿Con qué incentivos se pueden incorporar a la escuela primaria las niñas que viven en el sector rural?
- ¿Por qué los hombres se ven menos atraídos que las mujeres a continuar los estudios secundarios y superiores? ¿son sólo motivos económicos?
- ¿Por qué las mujeres tienen mayor nivel educativo que los hombres y sin embargo les cuesta más conseguir un empleo y cuando lo tienen reciben un salario menor? ¿Qué factores culturales, sociales, económicos hay detrás?
- ¿Ha sido efectiva la ley de cuotas femeninas en la legislatura y en los gobiernos locales? ¿Cuál sería la situación si la ley no existiera?
- ¿Las mujeres deben ganar su espacio meramente por ser mujer o por sus calificaciones? ¿Qué relevancia tiene esto con el cumplimiento del ODM 3?
- En la formulación de políticas públicas, ¿la incorporación de los temas de género va más allá del uso de un lenguaje apropiado?



OBJETIVO 4

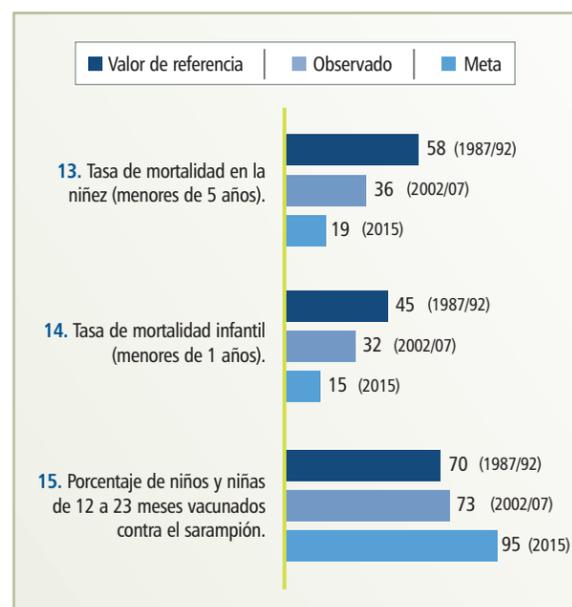
Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años



Meta 5

Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los menores de 5 años

Los indicadores que se han definido para darle seguimiento al ODM 4 y la Meta 5, vinculados con la mortalidad infantil, son las tasas de mortalidad de los menores de 1 año y de los menores de 5 años, así como la población infantil vacunada contra el sarampión.



La tendencia en la reducción de la mortalidad en la niñez es adecuada pero no suficiente

Para cumplir con la meta 5 de reducir en dos tercios la mortalidad de los y las menores de cinco años, República Dominicana debería alcanzar para 2015 una tasa de mortalidad en la niñez cercana a 19 muertes de cada mil nacimientos con vida³⁰. Según la última estimación de ENDESA 2007, la mortalidad de este grupo asciende a 36 muertes de cada mil para el quinquenio 2002-2007.

³⁰ Ver la Nota Técnica para la explicación de las estimaciones.

Desde finales de la década de 1970, el país ha mostrado una tendencia adecuada hacia el cumplimiento de esta meta, presentando consistentemente cifras decrecientes de la mortalidad de los menores de cinco años, como se observa en el Gráfico 25.

Sin embargo, si se proyecta la misma tendencia que ha experimentado el país en el largo plazo, para el año 2015 la tasa de mortalidad en la niñez (menores de 5 años) sería de 26 muertes de cada mil nacimientos con vida, quedando por debajo de la meta de los ODM. A este ritmo, el país alcanzaría la meta 10 años más tarde, es decir, en el año 2025.

En conclusión, para alcanzar la meta 5 de los ODM, es necesario aumentar los esfuerzos nacionales para duplicar el ritmo de reducción de la mortalidad en la niñez, alcanzando una tasa promedio quinquenal del 27%, en vez del 15% que ha mostrado en el largo plazo.

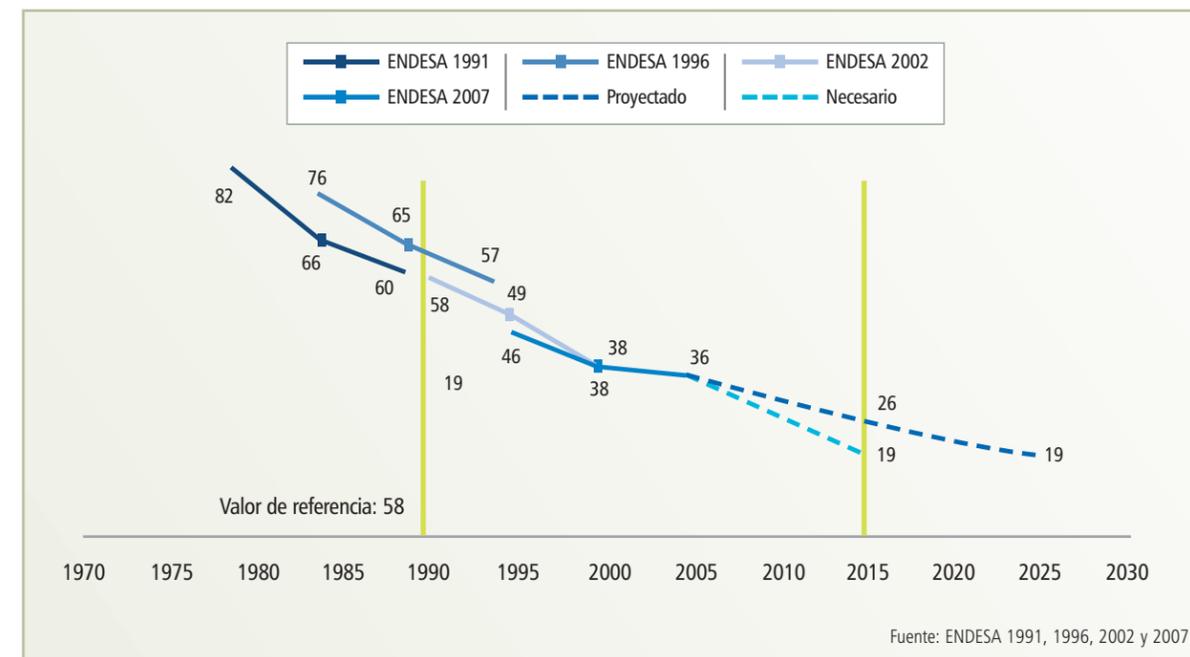
En el Gráfico 25 se observan los valores presentados en cada una de las encuestas ENDESA desde 1991. En cada encuesta se muestran tres valores de las tasas de mortalidad en la niñez, válidas para el último quinquenio del año de la encuesta y los dos quinquenios anteriores. Por ejemplo, en la ENDESA de 2007 se presenta la estimación de la mortalidad en la niñez promedio del quinquenio 2002-2007 (el último quinquenio del año de la encuesta), y las estimaciones de los quinquenios 1997-2002 y 1992-1997 (los dos quinquenios anteriores). Por ello es que en el gráfico hay tres valores para cada ENDESA, y más de una estimación para algunos años.

La mortalidad infantil depende principalmente de la mortalidad neonatal

Una mirada desagregada a los componentes de la mortalidad de los y las menores de cinco años permite identificar las principales áreas de intervención. La definición de los componentes de la mortalidad en la niñez, según tramos de edad es la siguiente:

- Mortalidad en la niñez: Probabilidad de morir antes de cumplir 5 años (0 a 5 años de edad)

Gráfico 25
Tasa de mortalidad en la niñez, en muertes cada 1,000 nacimientos con vida



- Mortalidad infantil: Probabilidad de morir durante el primer año de vida (0 a 1 año de edad)
- Mortalidad neonatal: Probabilidad de morir durante el primer mes de vida (0 a 28 días de edad)
- Mortalidad pos neonatal: Probabilidad de morir entre el segundo mes y antes de cumplir un año de vida (28 días a 1 año)
- Mortalidad pos infantil: Probabilidad condicional de morir entre el primer y quinto aniversario (1 a 5 años de edad)

Según esta clasificación, la mortalidad en la niñez se compone de la mortalidad infantil (durante el primer año de vida) y la mortalidad pos infantil (entre 1 y 5 años). A su vez, la mortalidad infantil se subdivide para dos grupos de edad: la mortalidad neonatal (durante los primeros 28 días de nacido/a) y pos neonatal (desde 28 días a 1 año). Por lo tanto, la tasa de mortalidad en la niñez debe ser la suma de las tasas de mortalidad infantil y pos infantil, o lo que es lo

mismo, la suma de las tasas de mortalidad neonatal, pos neonatal y pos infantil.

El Cuadro 5 resume las tendencias de la mortalidad en la niñez para diferentes grupos de edad³¹.

Si bien la tasa de mortalidad de los menores de 5 años es de 36 por mil nacimientos con vida, la probabilidad que tienen los niños y niñas de morir antes del primer año de vida es seis veces más alta que cuando tienen entre 1 y 5 años. Efectivamente, para el quinquenio 2002-2007, la tasa de mortalidad infantil fue de 32 por mil, mientras que la mortalidad post infantil fue de sólo 5 por mil (Cuadro 5).

Además de ser más elevada, la mortalidad infantil se ha reducido en mucha menor proporción que la post infantil. En la última década, la mortalidad de los menores de un

³¹ La suma de las tasas componentes de la tasa de mortalidad en la niñez arrojan una suma diferente al valor de esta última. Los valores del Cuadro 5 son los publicados por ENDESA 2007 y la diferencia puede deberse al redondeo de las cifras.



Cuadro 5

Tasas de mortalidad en menores de 5 años, según grupos de edad, en muertes cada 1,000 nacimientos con vida, períodos seleccionados

Período	1992 /1997	1997 /2002	2002 /2007	Variación 92-97 a 02-07
Niñez (0-5 años)	46	38	36	-22%
Infantil (0-1 año)	36	33	32	-11%
Neonatal (0-28 días)	22	21	23	5%
Pos neonatal (28 días-1 año)	14	12	10	-29%
Pos infantil (1-5 años)	10	5	5	-50%

Fuente: ENDESA 2007.

año sólo ha disminuido un 11%, desde 36 a 32 por mil, mientras que la mortalidad post infantil disminuyó a la mitad y se mantuvo en ese valor, pasando de 10 a 5 muertes por mil nacimientos con vida.

En definitiva, **la estrategia para reducir la mortalidad de los menores de cinco años debe orientarse a abordar los factores que se relacionan con la mortalidad de los niños y niñas durante el primer año de vida, y en consolidar los logros en materia de prevención y atención para niños y niñas de 1 a 5 años, para mantener la mortalidad post infantil en cifras bajas.**

Para profundizar el análisis, es posible comparar las tasas de mortalidad de los dos grupos de edad principales que componen la mortalidad en los menores de un año, es decir, la mortalidad neonatal (durante el primer mes de vida) y la post neonatal (de 28 días a 1 año). Según ENDESA 2007, la probabilidad de morir durante el primer mes de vida es más del doble que entre el primer mes y el año, y además, esta probabilidad no se ha reducido en la última década, sino que ha permanecido estancada entre 21 y 23 muertes cada mil. Por su parte, la mortalidad post neonatal se ha reducido en 29%, pasando de 14 a 10 muertes cada mil.

En conclusión, para reducir la mortalidad infantil, el principal desafío consiste en controlar las causas de la mor-

talidad neonatal, la cual, además de ser la más elevada entre todos los grupos de edad, ha mostrado una tendencia a no disminuir, sino por el contrario, a aumentar en el último quinquenio.

Factores asociados a la mortalidad neonatal

Las causas de la alta mortalidad neonatal se relacionan, por un lado, con una buena atención materna, para reducir la incidencia del bajo peso al nacer, prematuridad, asfixia o infecciones, y, por el otro, con la calidad en la atención del parto y una mejor atención neonatal, es decir, el servicio que se les brinda a las y los recién nacidos.

Asimismo, otros aspectos que deben tenerse en cuenta para reducir la mortalidad infantil son:

- Asegurar la dotación de agua a los hospitales durante las 24 horas del día; poner lavamanos con llaves que se manipulen con el pie o codo, en lugares estratégicos de los hospitales que atienden partos; asegurar el suministro continuo de energía eléctrica.
- Disponer de personal calificado y actualizado en el uso de tecnología apropiada; establecer turnos presenciales del personal especializado; asegurar la disponibilidad de los medicamentos básicos y equipos en todos los turnos del servicio.
- Implementar un sistema de monitoreo y seguimiento de la calidad del servicio con rendición de cuentas, en cada establecimiento.
- Promover la práctica de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y de la alimentación complementaria adecuada por lo menos hasta los dos años de edad, en las embarazadas y mujeres en edad fértil.
- Promover el pinzamiento del cordón umbilical prolongado después del parto para favorecer la formación de reservas de hierro que contribuyan a mejorar el estado nutricional de este mineral en los neonatos.

Finalmente es necesario también abordar los determinantes sociales de la salud, tanto para la mortalidad mater-

na como la infantil, a fin de acelerar el ritmo de la reducción de la mortalidad en ambos grupos.

La variabilidad de la mortalidad infantil en las provincias

Las provincias dominicanas presentan una amplia variabilidad en las tasas de mortalidad de la población infantil. Para ilustrarlo, se reproduce en el Cuadro 6 cifras de ENDESA 2007, donde se muestran los valores provinciales de la tasa de mortalidad en la niñez (menores de 5 años) y las tasas de mortalidad neonatal, pos neonatal, infantil y pos infantil. La información se ha organizado según las tasas de mortalidad en la niñez, en orden ascendente.

La incidencia de la mortalidad en los menores de 5 años fluctúa entre 13 por mil nacimientos con vida, en Espaillat, y 60 por mil en Barohuco. Otras provincias con bajas tasas de mortalidad en la niñez son: San José de Ocoa (21 por mil), Sánchez Ramírez (23 por mil) y Hermanas Mirabal (23 por mil). Por su parte, las demás provincias con altas tasas de mortalidad en la niñez son: La Romana y Monte Cristi, con 49 por mil, y Peravia, San Pedro de Macorís y Elías Piña, con 45 por mil nacimientos con vida. Es notable que un tercio de las provincias tienen tasas entre 39 y 45 por mil, es decir, se verifica una alta concentración de valores en ese rango.

En el Cuadro 6 se puede apreciar que hay provincias como Elías Piña donde el principal problema de la alta mortalidad de los menores de 5 años radica en la elevada tasa de mortalidad pos infantil (de niños/as de 1 a 5 años de edad), en vez de la mortalidad neonatal, según se vio para el total nacional. Por lo tanto, para focalizar las intervenciones a nivel provincial es útil conocer cuál es el componente de la mortalidad de los menores de 5 años que más influye en cada provincia.

Cuadro 6

Tasas de mortalidad en la niñez, neonatal, pos neonatal, infantil y pos infantil, cada mil nacimientos con vida, por provincia, 2007

Provincia	En la Niñez (0 a 5 días de edad)	Neonatal (0 a 28 días de nacido/a)	Pos neonatal (28 días a 1 año de edad)	Infantil (0 a 1 año de edad)	Pos infantil (1 a 5 años de edad)
Espaillat	13	10	2	11	2
San José de Ocoa	21	15	3	19	3
Hermanas Mirabal	23	12	5	17	7
Sánchez Ramírez	23	15	4	20	4
Santiago Rodríguez	25	15	6	21	3
Samaná	26	15	6	21	5
Santiago	27	21	3	23	3
La Vega	29	17	6	23	6
Valverde	29	22	5	27	2
Duarte	30	21	5	26	4
Hato Mayor	30	12	15	27	4
Monseñor Nouel	30	18	8	26	4
María T. Sánchez	31	25	4	29	2
Puerto Plata	32	18	9	27	5
El Seibo	33	20	9	29	5
Monte Plata	35	14	14	29	6
Dajabón	38	19	12	30	8
Pedernales	38	19	12	32	7
Azua	39	21	14	35	4
La Altagracia	39	21	7	28	11
San Cristóbal	40	21	11	32	8
Santo Domingo	42	26	13	39	3
Distrito Nacional	43	22	18	40	2
San Juan	43	20	16	36	7
Barahona	44	21	19	40	4
Independencia	44	19	16	35	10
Elías Piña	45	11	15	26	19
Peravia	45	22	16	38	8
San Pedro de Mac.	45	32	9	41	4
La Romana	49	27	12	40	9
Monte Cristi	49	31	11	42	8
Bahoruco	60	23	22	45	16
Total nacional	36	23	10	32	5

Fuente: ENDESA 2007.



Cuadro 7
Clasificación de las provincias según la influencia de los componentes de la mortalidad en la niñez, 2007

Neonatal (0 a 28 días de nacido/a)	Pos neonatal (28 días a 1 año de edad)	Pos infantil (1 a 5 años de edad)
María T. Sánchez Santiago Espaillat Valverde San José de Ocoa San Pedro de Mac. Duarte	Hato Mayor Barahona Distrito Nacional Monte Plata San Juan Bahoruco Independencia Azua Peravia Dajabón Pedernales Santo Domingo	Elías Piña Hermanas Mirabal La Altagracia Bahoruco Independencia Dajabón La Vega San Cristóbal Samaná Pedernales La Romana Peravia Sánchez Ramírez Monte Cristi Puerto Plata El Seibo

Fuente: Elaboración propia en base a ENDESA 2007

Para ello se construyó el Cuadro 7, donde se han clasificado las provincias de acuerdo al componente de la mortalidad en la niñez que tiene una influencia más importante que lo verificado en el promedio nacional. Así, en las provincias de María Trinidad Sánchez, Santiago, Espaillat, etc., la mortalidad neonatal es la que tiene un peso más significativo en la mortalidad de los menores de 5 años que el peso promedio nacional. En las provincias de Hato Mayor, Barahona, el Distrito Nacional, etc., la mortalidad pos neonatal es significativamente más elevada que en el promedio nacional. Por último, en Elías Piña, Hermanas Mirabal, La Altagracia, etc., debe prestarse una atención especial al componente de mortalidad pos infantil.

Dos aclaraciones adicionales sobre el Cuadro 7 son, primero, que las provincias están colocadas en orden descendente de acuerdo al peso del componente en la mortalidad en la niñez. Por ejemplo, en María Trinidad Sánchez la mortalidad neonatal es más relevante que el promedio

nacional, que lo que lo es en Santiago, y así sucesivamente. Segundo, hay provincias que aparecen en más de un componente, como Independencia, puesto que tienen dos componentes de la mortalidad en la niñez con mayor peso relativo que el promedio nacional, y por lo tanto, debe prestarse atención a ambos componentes.

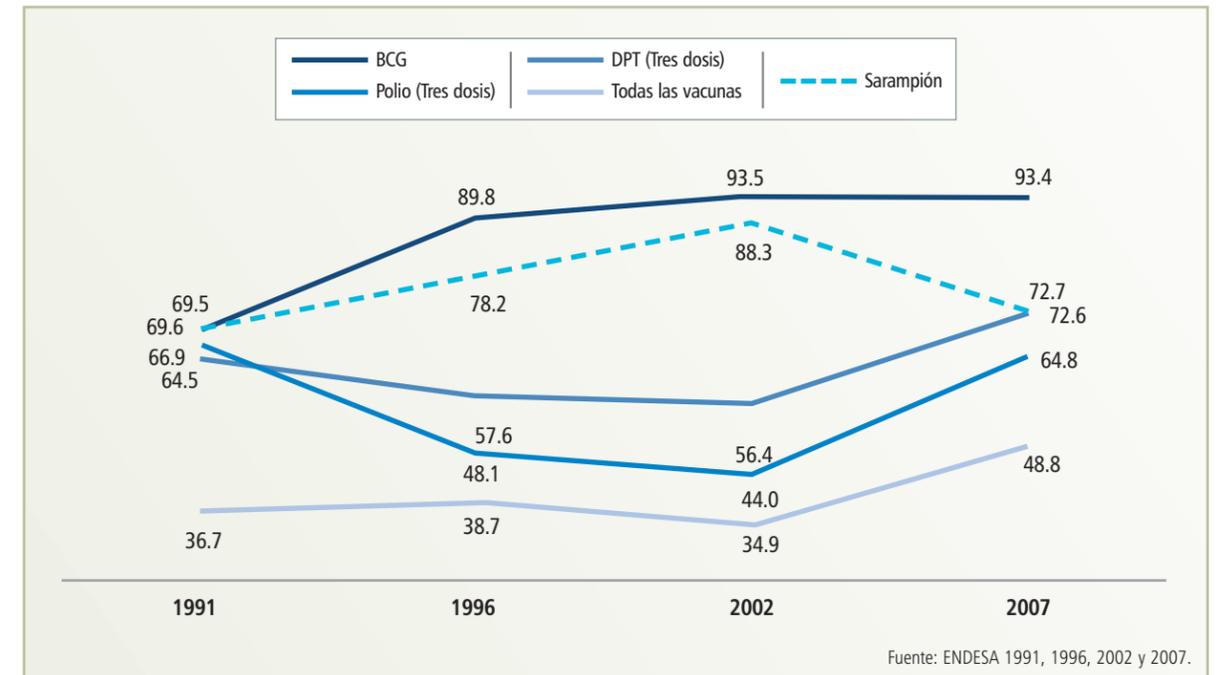
Sigue siendo un gran desafío lograr que todos los niños y niñas menores de dos años reciban todas las vacunas. La vacuna contra el sarampión ha disminuido su cobertura.

A pesar de que entre 2002 y 2007 se logró un avance importante en cuanto a la cobertura de vacunas, aún hoy día más de la mitad de los niños y niñas menores de dos años no han completado el esquema de vacunación, quedando lejos de la meta de alcanzar el 95% de cobertura. En el año 2002, sólo un tercio de los y las menores tenían todas las vacunas, porcentaje que aumentó al 49% en 2007 (Gráfico 26).

La vacuna BCG, la cual proporciona protección contra la tuberculosis, es la que presenta mayor cobertura en los niños y niñas menores de dos años (93.4%) y se ha mantenido constante en los últimos años. La cobertura de la DPT (Difteria, Tos Ferina y Tétanos) y la Polio ha mostrado avances significativos en los últimos cinco años, puesto que a pesar de que había venido disminuyendo en la década anterior, en ENDESA 2007 se observa que el 73% de la población infantil había recibido las tres dosis de la DPT y el 65%, las tres dosis de la Polio, valores muy superiores a las cifras de 2002.

Sin embargo, la cobertura de la vacuna contra el sarampión ha disminuido, puesto que en 2007 un 16% menos de niños y niñas la habían recibido respecto del año 2002, y un 6% menos que en 1996. En definitiva, en 2002 con 88% de los y las menores vacunados contra el sarampión, el país casi había alcanzado la meta internacional del 90% de cobertura. Con el retroceso experimentado en el último quinquenio, el país se aleja de la meta, aunque tiene posibilidades de alcanzarla si implementa una estrategia para ampliar y consolidar la cobertura.

Gráfico 26
Porcentaje de niños y niñas de 12 a 23 meses que han recibido vacunas, 1991, 1996, 2002 y 2007



Para el caso de todas las vacunas, si no se mejora y consolida la cobertura de la población infantil, persiste el riesgo de que la ganancia en la reducción de muertes de los menores de cinco años se estanque o se reduzca.

Grandes desigualdades provinciales en la cobertura de vacunación

Evidentemente, la cobertura de vacunación no es igual en todo el territorio dominicano, destacando las desigualdades existentes en esta materia. En San Pedro de Macorís se observa la mayor proporción de niños y niñas de 12 a 23 meses de edad que tienen todas las vacunas, alcanzando al 70% (Gráfico 27). Le siguen Puerto Plata (63%) y Duarte (60%) con mayor cobertura. En el otro extremo se encuentra la provincia de María Trinidad Sánchez, con una cobertura del 32%, seguida de Pedernales con el 38%. Se verificó que esta distribución no guarda una relación aparente con los niveles de pobreza.

Los casos de diarrea no disminuyen, pero ahora los padres y madres buscan tratamiento

A pesar de que hasta el año 2002 la población infantil había presentado una menor incidencia de diarrea, para el año 2007 esta tendencia se revierte y se observa una mayor prevalencia, aunque muy leve. En efecto, entre 1991 y 2002 la prevalencia de diarrea disminuyó de 17 a 14% de la población infantil; sin embargo, en 2007, el 15% de los niños y niñas menores de cinco años presentaron síntomas de diarrea (Gráfico 28).

A pesar de esta situación, el comportamiento de las madres y padres de los niños y niñas ante la presencia de diarrea ha mejorado sustancialmente las posibilidades de su tratamiento temprano. En 2007, los padres revelaron que el 53% de las veces que los niños o niñas presentaron diarrea, fueron llevados a un proveedor de salud en busca de atención y tratamiento, cifra muy superior al 36% que había resultado en la encuesta de 2002. Asimismo, más del 40% fueron tratados

Observaciones sobre las estadísticas de vacunación presentadas en ENDESA 2007 y el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) formuladas por la OPS/OMS

La información disponible sobre coberturas de vacunación de la última ENDESA debe ser tomada con reservas puesto que presenta algunos problemas en su diseño, procesamiento y análisis, lo que dificulta su interpretación y comparabilidad. Sin embargo, es un documento importante de referencia y de utilidad para el análisis de tendencias en algunos aspectos.

El análisis de información proporcionada por el documento de referencia indica que la cobertura con la vacuna BCG se ha mantenido constante, y que las vacunas DPT y polio han mostrado avances significativos. Por su parte, la vacuna contra el sarampión (SRP) muestra un retroceso importante (16%) en 2007 respecto a la ENDESA 2002. Sin embargo, de acuerdo a los datos administrativos del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), la vacuna que ha mostrado mejores coberturas administrativas en los últimos años es la SRP, por lo que es poco probable que haya una reducción de esta magnitud en el periodo de referencia, tal como publica ENDESA 2007. De hecho, la cobertura con esta vacuna en los niños de 18 a 35 meses (los más pequeños en la encuesta) es superior al 73%, mientras que en los niños de 36 a 59 meses es de un 64.5%, lo cual indica, de manera indirecta, que la cobertura ha mejorado en los últimos años.

El indicador oficial de los ODM para vacunas es la cobertura con vacuna conteniendo el componente de sarampión (SRP), pero otros documentos de seguimiento agregan las coberturas con DPT3 (DPT3/Pentavalente3 en el caso de República Dominicana).

Asimismo, la comparación de coberturas geográficas ("desigualdades provinciales") que se refieren en la ENDESA 2007 carece de la potencia estadística deseada, pues en varias de las provincias las "coberturas" se estiman con tamaños de muestra inferiores a 20 observaciones.

En base a distintas fuentes de información se puede llegar a algunas conclusiones:

- La información disponible a partir de los datos administrativos del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), como de la ENDESA muestra diferencias considerables;
- No es posible conocer con certeza las coberturas reales de vacunación para los distintos biológicos, pero probablemente se encuentran alrededor del 80%;
- El resultado de la ENDESA 2007 es determinante para el PAI, como fuente básica para observadores nacionales e internacionales (ODM y Tolerancia Cero, entre otros) y como punto de referencia para las autoridades nacionales y la opinión pública;
- Las vacunas, y obviamente las coberturas de vacunación, son responsables de al menos un 25% de la reducción en la mortalidad infantil en los últimos años; éste es un logro "vulnerable" que puede revertirse rápidamente si los programas de vacunación no mantienen los logros alcanzados;
- Las distintas fuentes de información indican que existen brechas e inequidades importantes en

las coberturas de vacunación, que deben ser documentadas y analizadas para poder aplicar las medidas de intervención necesarias;

- Alcanzar el indicador de vacunación para los ODM (sarampión y DPT3) y el resto de las vacunas es factible (cobertura de 95% con todos los biológicos en todos los municipios del país), pero requiere de un esfuerzo especial para conocer los niveles de cobertura en grupos y áreas geográficas (municipios), y el apoyo político, financiero y logístico correspondiente;
- Demostrar una mejora en las coberturas de vacunación permitiría al PAI tener acceso a apoyo financiero sustancial a través del Proyecto del Milenio;
- Las autoridades nacionales en los distintos niveles de decisión, así como los organismos y agencias de cooperación internacional están interesadas en disponer de información objetiva y real sobre los procesos en salud. En el caso de las coberturas de vacunación, es recomendable realizar encuestas rápidas de cobertura, de base poblacional y con un tamaño de muestra que permita resultados significativos a nivel municipal, para la toma de decisiones basada en evidencia;
- Es necesario además apoyar el desarrollo y fortalecimiento de componentes fundamentales para el PAI, entre ellos: estimación de denominadores, sistemas de información, análisis de coberturas, fortalecimiento de recursos humanos, apoyo logístico, y otros.

con sales de rehidratación oral (SRO) para su recuperación, 12 puntos porcentuales más que cinco años atrás.

También existe mayor percepción del riesgo sobre las enfermedades respiratorias

Es notable la reducción de la presencia de infecciones respiratorias agudas o IRA en los y las menores de cinco

años. En la encuesta de 2007, sólo el 7% de los niños y niñas presentaron síntomas de IRA, comparado con una prevalencia de 20% en 2002 y de 25% en 1996 (Gráfico 29).

Además, al igual que en los casos de diarrea, los padres y madres tienen una mayor percepción del riesgo sobre estas enfermedades y, para el año 2007, el 67% de

Gráfico 27
Porcentaje de niños y niñas de 12 a 23 meses que han recibido todas las vacunas, por provincia, 2007

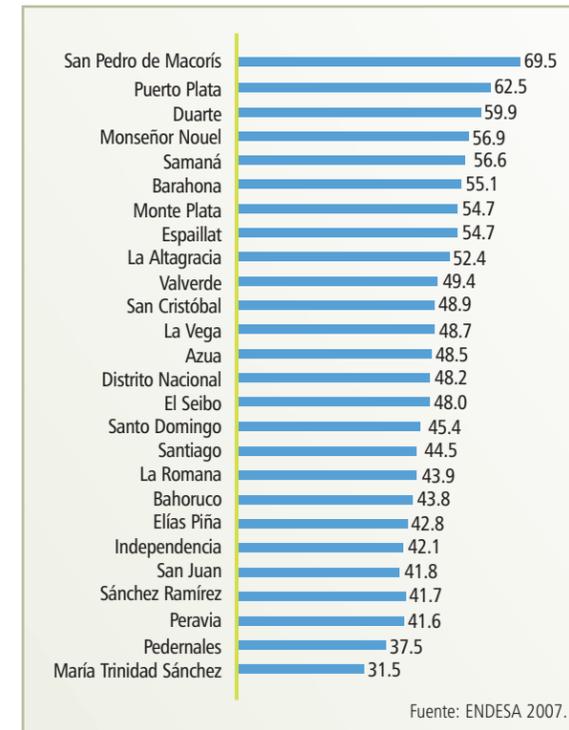


Gráfico 28
Porcentaje de niños y niñas con diarrea y tratamiento, 1991, 1996, 2002 y 2007

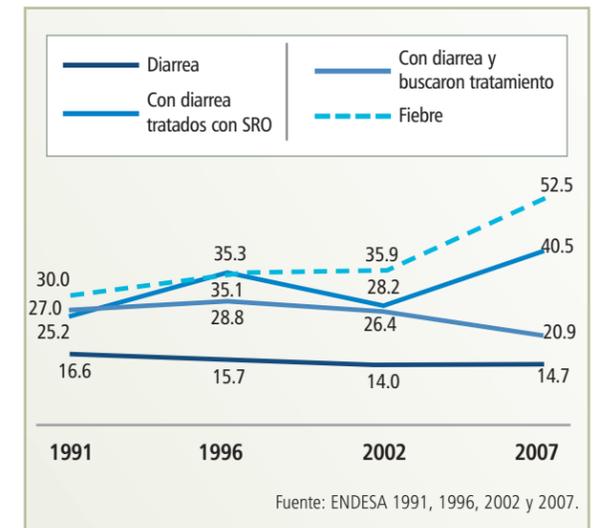


Gráfico 29
Porcentaje de niños con IRA y tratamiento, 1991, 1996, 2002 y 2007



los niños que presentaron enfermedades respiratorias fueron llevados para su atención médica. Esto representa un aumento sustancial con relación a una década atrás, en 1996, cuando sólo el 48% de los y las menores eran atendidos ante la presencia de infecciones respiratorias agudas.

Esta mayor percepción del riesgo asociado a las enfermedades respiratorias y diarrea en los niños y niñas menores de cinco años de edad guarda relación con la difusión de programas de información, educación y comunicación auspiciados por instituciones públicas y de la sociedad civil, muy difundidos en los últimos años.

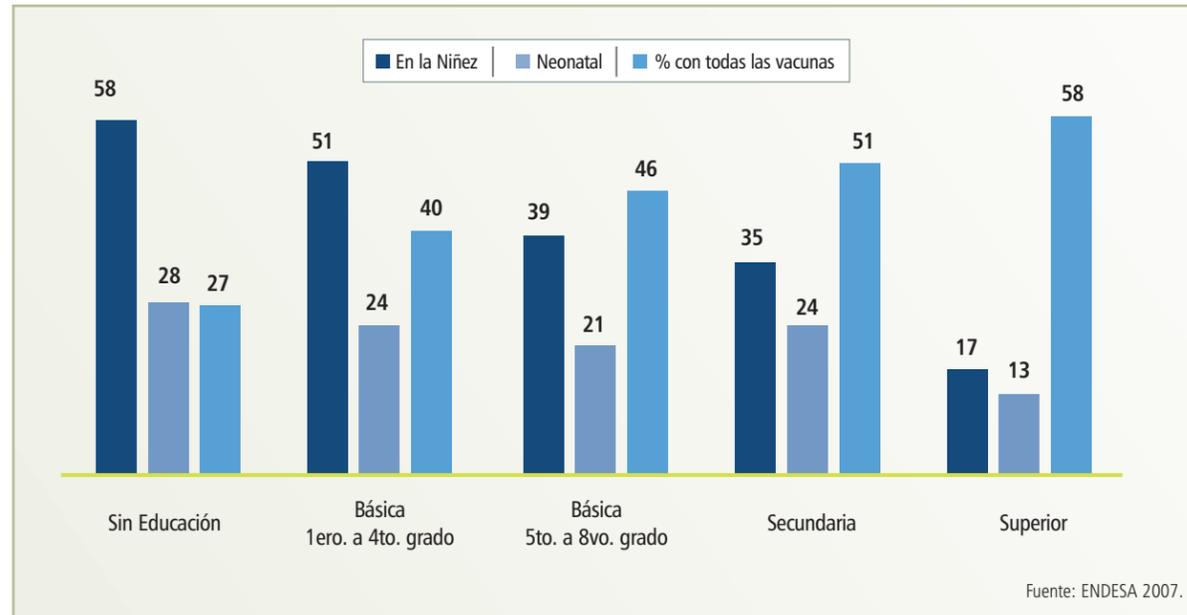
El problema de las enfermedades diarreicas y respiratorias se mejora en forma considerable con las acciones educativas a nivel familiar y colectivo, pero la forma de

combatirla es actuando sobre los determinantes que la mantienen como círculo vicioso: Disponibilidad de agua potable, disposición adecuada de excretas y otros residuos, entre otros aspectos críticos que necesitan intervención.



Gráfico 30

Tasas de mortalidad en la niñez y neonatal, y porcentaje de niños de 12 a 23 meses con todas las vacunas, según el nivel educativo de la madre, 2007



La educación de la madre es una de las herramientas más potentes

Efectivamente, existe una sinergia muy significativa entre la educación de las madres y la salud de los hijos. Las cifras indican que los niños y las niñas de las madres que tienen un mayor nivel educativo presentan menores tasas de mortalidad y mayor cobertura de vacunación (Gráfico 30).

Los hijos de las madres que alcanzaron el nivel de educación superior, con una tasa de mortalidad en la niñez del 17 por mil, presentan un tercio de la incidencia que tienen los niños cuyas las madres sólo completaron el primer ciclo de básica (51 por mil nacimientos con vida). En el caso de la mortalidad neonatal, la de más difícil reducción en el país, la educación de la madre permite reducir la incidencia desde un 28 por mil, en los hijos de madres sin educación, a un 13 por mil, cuando las madres alcanzan el nivel de educación superior.

Asimismo, los hijos e hijas de las mujeres que tienen nivel educativo superior tienen en promedio el doble de

cobertura de todas las vacunas (58%) de la de aquéllos cuyas madres no poseen ningún estudio (27%).

Resumen de hallazgos del ODM 4, Meta 5

Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los menores de 5 años

- Hacia 1990 la tasa de mortalidad de los y las menores de 5 años era de 58 por mil nacimientos vivos y en 2007 es del orden de 36 por mil.
- Para alcanzar la meta 5 de los ODM es necesario acelerar el ritmo de reducción de la mortalidad de los y las menores de cinco años al doble de lo que se ha verificado en los últimos 25 años.
- La estrategia para reducir la mortalidad de los menores de cinco años debe orientarse a abordar los factores que se relacionan con la mortalidad de los niñas y niñas durante el primer año de vida, y en consolidar los logros en materia de prevención y atención para

niños y niñas de 1 a 5 años, para mantener la mortalidad post infantil en cifras bajas.

- Las provincias dominicanas presentan una amplia variabilidad en las tasas de mortalidad de la población infantil. La incidencia de la mortalidad en los menores de 5 años fluctúa entre 13 por mil nacimientos con vida, en Espaillat, y 60 por mil en Barohuco.
- A pesar del avance registrado en términos de vacunación, en 2007 sólo la mitad de los niños y niñas de 12 a 23 meses de edad tenían todas las vacunas.
- Ha aumentado la cobertura de todas las vacunas, excepto la del sarampión, la cual retrocedió en 16 puntos porcentuales.
- Existe una amplia desigualdad entre las provincias en cuanto al porcentaje de menores de 2 años que tienen todas las vacunas, el cual varía entre 70% (San Pedro de Macorís) y 32% (María Trinidad Sánchez).
- Si no se amplía y consolida la cobertura de vacunación de la población infantil, persiste el riesgo de que la ganancia en la reducción de muertes de los menores de cinco años se estanque o se reduzca.
- La prevalencia de diarrea en menores de 5 años no disminuye, sin embargo, existe una mayor conciencia en los padres y madres en cuanto a buscar atención y tratamiento en estos casos. También se verificó un aumento sustancial de los casos de diarrea tratados con sales de rehidratación oral.
- La presencia de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años disminuyó notablemente, y ante estas enfermedades también se reflejó una mayor respuesta de los padres y madres a acudir a centros de atención médica en busca de tratamiento.
- El mayor nivel educativo en las madres repercute en menores tasas de mortalidad en la niñez y mayor cobertura de vacunación.



Glosario:

- **Tasa de mortalidad en la niñez:** Cociente entre el número de muertes de niños menores de 5 años de edad y el número de nacidos vivos en el mismo año, para un determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 1.000 nacidos vivos (OPS/OMS).
- **Tasa de mortalidad infantil:** Cociente entre el número de muertes de niños menores de un año de edad en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, para un determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 1.000 nacidos vivos, según la información de la autoridad sanitaria nacional (OPS/OMS).
- **Tasa de mortalidad neonatal:** Cociente entre el número de nacidos vivos que mueren antes de cumplir 28 días de edad en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, para un determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 1.000 nacidos vivos, según la información de la autoridad sanitaria nacional (OPS/OMS).
- **Tasa de mortalidad postneonatal:** Cociente entre el número de nacidos vivos que mueren antes de cumplir un año de edad pero han vivido 28 días o más, en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, para un determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 1.000 nacidos vivos, según la información de la autoridad sanitaria nacional (OPS/OMS).
- **Tasa de mortalidad post infantil:** Cociente entre el número de muer-

- tes de niños mayores de un año y menores de 5 años de edad y el número de nacidos vivos en el mismo año, para un determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 1.000 nacidos vivos (OPS/OMS).
- **Vacuna BCG:** La vacuna Bacillus Calmette-Guerin proporciona inmunidad o protección contra la tuberculosis.
- **Vacuna DPT:** La vacuna DPT previene la Difteria, la Tos Ferina y el Tétanos.
- **Vacuna contra la Polio:** Previene el contagio de la poliomielitis.
- **SRO:** Sales o soluciones de rehidratación oral; es un compuesto de sales que se administra en casos de deshidratación a causa de la diarrea y ha demostrado ser muy eficiente para prevenir la muerte de los niños y niñas menores de cinco años por esta causa. SRO se refiere específicamente a la fórmula de la OMS basada en glucosa y distribuida en sobres de papel de aluminio producidos industrialmente. Esta fórmula consiste en una combinación de glucosa (un azúcar), cloruro sódico (sal común), cloruro potásico y citrato trisódico dihidratado (anteriormente bicarbonato sódico o carbonato).
- **IRA:** Infecciones respiratorias agudas, como resfrío, gripe, tos, bronquitis, faringitis, amigdalitis, pulmonía, neumonía, bronconeumonía o catarro. Son el tipo de infecciones más frecuentes en los niños, y una de las causas más importantes de

hospitalización, sobre todo en los menores de 5 años.

- **ENDESA:** Encuesta Demográfica y de Salud; ha sido diseñada para recolectar información sobre hogares, fecundidad, planificación familiar, mortalidad infantil y materna, salud materno-infantil, lactancia y nutrición en los niños, y servicios y gastos en salud. A la fecha, se han realizado cuatro encuestas, en los años 1991, 1996, 2002 y 2007. En las dos últimas encuestas se incluyó información sobre VIH-SIDA y enfermedades de transmisión sexual, a pesar de que en la encuesta de 1996 ya se había agregado un módulo sobre conocimiento y formas de prevención de estas enfermedades. A partir de la encuesta de 2002 también se incluyó el tema de violencia doméstica.

La ENDESA de 2007 fue realizada por el Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM) y el Laboratorio Nacional de Salud Pública Dr. Defilló para el análisis de las pruebas de VIH, con financiamiento de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) - República Dominicana, del Banco Mundial y el Fondo Global a través del Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA), y de la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS). Macro International Inc. proporcionó asistencia técnica, suministros y equipos para la encuesta a través del programa de Encuestas de Demografía y Salud (Programa MEASURE DHS) con financiamiento proveniente de USAID.

Páginas Web – Recursos claves

- Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
www.sespas.gov.do
- Organización Panamericana de la Salud
www.ops.org.do
- Organización Mundial de la Salud
www.paho.org
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
www.unicef.org.do

Preguntas para discusión

- ¿Cuáles son las principales causas de la mortalidad neonatal en el país? ¿Qué intervenciones son necesarias para reducirla?
- ¿Existen mecanismos en la SESPAS para investigar las causas de las muertes neonatales? ¿Pueden mejorarse?
- ¿Existen mecanismos para sancionar al personal médico y de enfermería responsable de las muertes neonatales?
- ¿Los gerentes de departamentos y directores de hospitales, tienen suficiente autoridad y autonomía para asumir el problema de mortalidad neonatal?
- ¿Es necesario redefinir los planes y estrategias en el sector salud para reducir la mortalidad infantil? ¿Cuáles planes vigentes deben continuarse para consolidar la reducción de la mortalidad de los niños de 1 a 5 años de edad?
- ¿Tiene la SESPAS los recursos materiales y humanos suficientes? ¿Puede ser más eficiente en el gasto? ¿Cuánto más necesita respecto de lo que recibe actualmente?
- ¿Cuáles son las principales causas de la diarrea en el país?
- ¿Por qué ha disminuido el porcentaje de niños y niñas vacunados contra el sarampión?
- ¿Qué porcentaje de los centros de atención que deben disponer según la normativa de servicio médico de pediatría lo tienen efectivamente implementado? ¿Cuántos hospitales públicos cuentan con una guardia de pediatría?
- ¿Qué pueden hacer los ayuntamientos para reducir las enfermedades respiratorias y la prevalencia de diarrea?
- ¿Es suficiente el conocimiento que tienen las familias sobre la manipulación, preparación y almacenamiento de alimentos para evitar enfermedades? ¿Y sobre higiene y saneamiento?



OBJETIVO 5

Mejorar la salud materna



Meta 6

Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes

El seguimiento del ODM 5 relacionado con la salud materna se realiza a través de la tasa de mortalidad materna y el porcentaje de partos atendidos por personal especializado.



La mortalidad materna está disminuyendo a un ritmo demasiado lento

La última encuesta ENDESA 2007 vuelve a mostrar un descenso de la tasa de mortalidad materna en República Dominicana, siguiendo la tendencia de los últimos diez años (Gráfico 31). Sin embargo, el ritmo de disminución está siendo demasiado lento para poder alcanzar la Meta 6 de disminuir la mortalidad materna en tres cuartas partes. En efecto, tomando como referencia el valor observado en 1996 de 229 muertes por cada 100 mil nacimientos con vida, la tasa de mortalidad materna coherente con los ODM debería ser de 57 por 100 mil para el año 2015.

El último valor observado en 2007 de 159 muertes por cien mil, permite deducir que la mortalidad materna se ha reducido a una tasa promedio del 3.3% anual. De continuar esa tendencia, al año 2015 la tasa de mortalidad

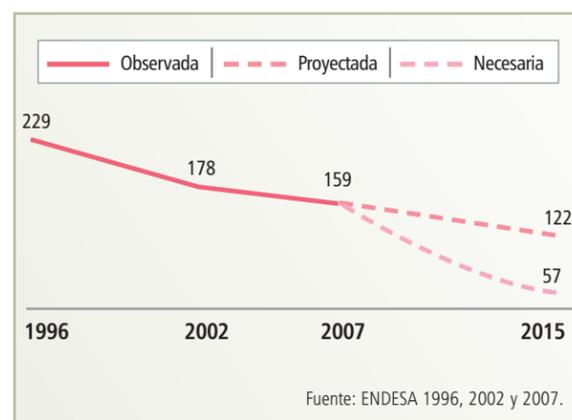
materna sería de 122 por cada 100 mil nacimientos con vida, más del doble del valor de la meta. Por lo tanto, para alcanzar la sexta meta del milenio, es necesario acelerar los esfuerzos nacionales y lograr que la mortalidad materna disminuya a un 12% anual a partir del año 2008.

La institucionalización de los partos no reduce la mortalidad materna

El segundo indicador relacionado con esta meta del milenio es el porcentaje de partos que fueron atendidos por personal sanitario especializado, dado que, a nivel mundial, la institucionalización de los partos ha contribuido a reducir la mortalidad materna. Pero en República Dominicana, estas dos variables no guardan la misma relación. Ya en el año 1991 el 92% de los partos eran atendidos en instituciones de salud por personal especializado y se ha mantenido en 98% desde 2002, con una cobertura casi completa. Asimismo, el porcentaje de mujeres embarazadas que recibieron atención prenatal por un profesional de la salud ha sido tradicionalmente elevada, alcanzando el 97% en 1991 y el 99% en 2007 (Cuadro 8).

Los datos evidencian pequeñas diferencias según zona de residencia en cuanto a la cobertura de la atención materna. En las zonas rurales una menor proporción de partos son atendidos por personal especializado (96.7%) y

Gráfico 31
Mortalidad materna por cada 100,000 nacimientos con vida, 1996 a 2007 y proyectado



Fuente: ENDESA 1996, 2002 y 2007.

Cuadro 8
Asistencia durante el embarazo y el parto, mujeres de 15 a 49 años, 1991, 1996, 2002 y 2007

Años	Porcentaje que recibió atención prenatal de un profesional de la salud*	Porcentaje de partos atendidos por profesionales de la salud*	Porcentaje de partos en establecimiento de salud
1991	96.8	92.5	92.1
1996	98.5	95.5	95.3
2002	99.2	97.8	97.9
2007	98.9	97.8	97.5

Fuente: ENDESA 1991, 1996, 2002 y 2007.

* Incluye médico general, ginecólogo obstetra, médico de otra especialidad y enfermera.

en instituciones de salud (96.2%) que en las zonas urbanas, donde alcanza al 98.4 y 98.1%, respectivamente. En cuanto al porcentaje de mujeres que recibió atención prenatal no hay diferencias entre áreas urbanas y rurales.

Entre las provincias, las diferencias son mayores. En Elías Piña y Pedernales se da la menor atención de partos en establecimientos de la salud (83 y 85%) y de atención por personal especializado (84 y 86%), con coberturas muy inferiores a las que tienen Santo Domingo, Hermanas Mirabal y La Altagracia en cuanto a la institucionalización de los partos (más del 99%) o Duarte, Hermanas Mirabal y La Vega en la proporción atendida por profesionales de la salud (más del 99%).

A pesar de estas diferencias, la alta tasa de mortalidad materna en nuestro país es un problema que excede la cobertura de cuidados y atención de las embarazadas, por lo que hay que buscar otras causas.

¿Con qué se vincula la mortalidad materna en nuestro país? Calidad vs. Cobertura

Según consta en el Informe Nacional de Desarrollo Humano 2008³², en base a los datos reportados por el Informe de Tolerancia Cero de la Dirección General de

Epidemiología de la SESPAS, en el año 2006, el 72% de las muertes maternas reportadas a nivel nacional eran calificadas como "evitables" debido a la baja calidad del sistema de atención.

Sin embargo, la falta de información sistematizada no permite identificar en este informe las causas directas de la mortalidad materna. Para ello es necesario revisar la evidencia disponible y sistematizarla a fin de poder describir los puntos críticos de la baja calidad de la atención.

Cuidados prenatales

Al analizar en detalle la calidad de los cuidados prenatales³³, se destacan los siguientes aspectos:

- **El 97% de las mujeres embarazadas realizaron al menos una consulta prenatal durante el embarazo.** La atención fue mayor para las mujeres con educación superior (99.5%) que para las que no tenían ninguna (92.5%), y para las que pertenecen al quintil de riqueza más alto (98.2%) que las del más pobre (94.4%). En el Cibao Noroeste el 12% de las mujeres embarazadas no hicieron ninguna consulta prenatal.
- **Las intervenciones contempladas en las normas de atención prenatal fueron adecuadas,** puesto que al 96% le tomaron una muestra de sangre, al 97% le controlaron la presión arterial y el peso, y al 95% le solicitaron un examen de orina. Una brecha del 9% se verificó entre las mujeres con educación superior respecto de las que no tenían educación.
- **A más de dos tercios (68%) de las embarazadas que recibieron cuidados prenatales las atendió un ginecólogo obstetra,** al 31.5% un médico general, y al 0.5% restante una enfermera. Estas diferencias son muy marcadas según el nivel educativo y socioeconómico de las madres y zona de residencia. Las mujeres embarazadas sin educación (34%) y las del quintil más pobre (49%) fueron atendidas en menor proporción

³² ODH/PNUD 2008.

³³ Basado en ENHOGAR 2006, referido a los nacimientos ocurridos en los dos últimos años de la encuesta.



por un ginecólogo obstetra en las consultas prenatales que las que tenían educación superior (86%) o pertenecían al quintil más rico (92%).

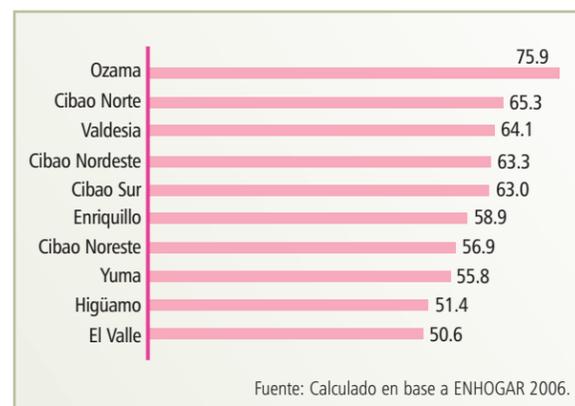
Atención durante el parto

- **Dos tercios (66%) de las mujeres que fueron atendidas por profesionales de la salud al momento del parto, recibieron atención de un médico ginecólogo obstetra.** El 32%, por un médico general, un 1%, por un médico de otra especialidad, y un 1%, por un personal de enfermería. Las diferencias entre regiones son notables³⁴: el 76% en la región Ozama (Distrito Nacional) que recibió atención de un médico obstetra contrasta con el 51% de Higuamo y de El Valle (Gráfico 32). Asimismo, las madres sin ninguna educación (41%) y las más pobres (48%) fueron atendidas en mucha menor proporción por obstetras, que las que tenían educación superior (79%) o pertenecían al quintil de mayor ingreso (81%), y en cambio, fueron atendidas en su mayoría por médicos generales.

En definitiva, si bien la cobertura general de la atención prenatal y del parto es muy alta en el país, aún persisten grandes brechas entre diferentes zonas del país, por nivel de ingreso y de educación.

Gráfico 32

Proporción de partos atendidos por ginecólogos obstetras del total atendido por profesionales de la salud, por regiones, 2006



Es importante destacar que según la normativa, en el nivel de atención primaria, el personal médico no especializado tiene capacidad para brindar atención prenatal y monitorear la evolución del parto y el estado de salud de la madre a través de protocolos establecidos. De esta manera tiene suficientes elementos para identificar signos de alerta que representan criterios para la referencia de aquellas mujeres que requieran de atención especializada.

El embarazo adolescente es elevado

En 2006, el 21% de las jóvenes de 15 a 19 años estaban embarazadas o ya eran madres. Para el grupo de edad de 19 años, esta proporción ascendía al doble (42%). Estos niveles de embarazo adolescente son similares a los observados en la última década (Gráfico 33), indicando una alta vulnerabilidad de la población adolescente a iniciar su etapa reproductiva a edad muy temprana.

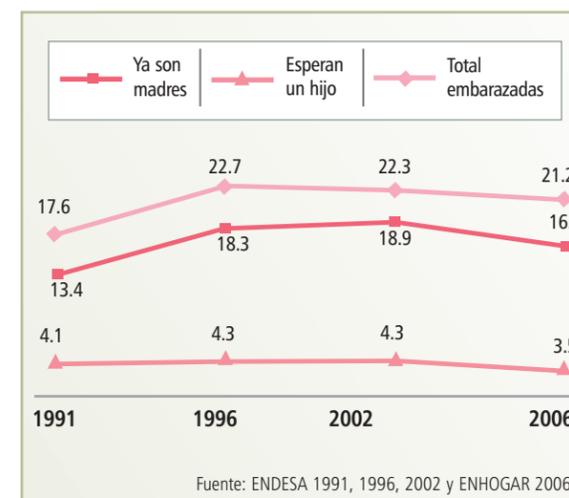
Los embarazos adolescentes tienen serias implicancias en la salud y en la situación socioeconómica de las madres y los niños y niñas. La mayoría son embarazos no planeados, que no resultan de una unión estable, y muchas veces obligan a la adolescente a abandonar sus estudios para cuidar a sus hijos e hijas o porque no son aceptadas en los centros educativos. Desde el punto de vista de la salud, los embarazos adolescentes presentan mayores complicaciones durante el embarazo y el parto que los de las mujeres mayores de 20 años de edad³⁵, y también se vinculan con la salud y sobrevivencia de los niños. Si no son deseados, pueden originar abortos practicados por personas no calificadas profesionalmente y en condiciones sanitarias inadecuadas (ENDESA 2007) y con importantes consecuencias

³⁴ Las regiones agrupan a las provincias de la siguiente manera: Ozama (Distrito Nacional), Cibao Norte (Santiago, Puerto Plata y Espaillat), Cibao Noreste (Hermanas Mirabal, Duarte, Samaná, María Trinidad Sánchez), Cibao Sur (Monseñor Nouel, Sánchez Ramírez y La Vega), Cibao Noroeste (Dajabón, Monte Cristi, Santiago Rodríguez y Valverde), Yuma (La Romana, La Altagracia y El Seibo), Higuana (San Pedro de Macorís, Hato Mayor y Monte Plata), Valdesia (San Cristóbal, San José de Ocoa, Peravia y Azua), Enriquillo (Independencia, Bahoruco, Pedernales y Barahona) y El Valle (San Juan y Elías Piña).

³⁵ Los embarazos entre mujeres muy jóvenes son vinculados a complicaciones. Los riesgos por muerte por eclampsia, obstrucción en el parto, hemorragia o infección entre las adolescentes son hasta tres veces mayores que en las mujeres de las principales edades reproductivas (ENHOGAR 2006, pág. 106).

para la salud física y psicológica de las mujeres. En cuanto a la situación económica, el abandono de los estudios limita un buen ingreso en el futuro y perpetúa la situación de pobreza y privaciones que ella y su hijo o hija sufrirán.

Gráfico 33
Porcentaje de adolescentes (15-19 años) embarazadas o que ya tienen un hijo, 1991-2006



En el país, la carencia de ingresos y la falta de educación se relacionan directamente con una mayor preponderancia de embarazo adolescente (Gráfico 34). Las jóvenes del quintil más pobre tienen más del triple de embarazos adolescentes (35%) que las del grupo de mayor riqueza (10.5%); y las que sólo cursaron primaria (37%), más del doble que las que terminaron la secundaria (15%), y diez veces más que las que tienen educación superior (3.7%).

Una de cada 8 mujeres en unión tiene necesidad insatisfecha de planificación familiar

De acuerdo a una amplia experiencia internacional contrastada, las intervenciones más eficaces para la reducción de la mortalidad materna combinan de manera integrada tres componentes fundamentales: atención calificada del embarazo y el parto, atención pertinente y adecuada de las emergencias obstétricas y planificación familiar de

calidad para evitar los embarazos no deseados y de riesgo (UNFPA 2006).

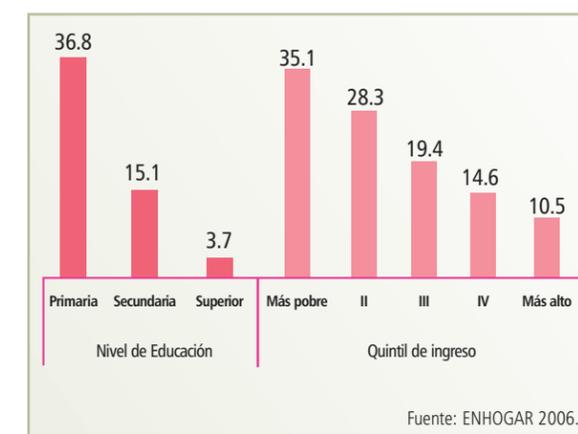
A principios de la década del '90, el 23% de las mujeres en unión y que demandaban algún método de planificación familiar, no habían satisfecho esta demanda de planificación familiar, es decir, a pesar de tener necesidad de espaciar o limitar los nacimientos, no estaban utilizando ningún método de planificación familiar. Esto implica que el restante 77% presentaba una demanda satisfecha de planificación familiar.

Desde entonces, la demanda insatisfecha de planificación familiar ha disminuido y, al año 2007 era del 13.5% entre las mujeres en unión (Cuadro 9).

La necesidad insatisfecha de planificación es mayor para espaciar los nacimientos (7%) que para limitarlos (4.4%). Asimismo, es superior en las mujeres más jóvenes (28% entre las adolescentes de 15 a 19 años) que entre las mayores (6.2% para las de 35 a 39 años), y en las del quintil de menor ingreso (15.3%) que en el quintil superior (9%). Las diferencias en las provincias van desde el 6% de necesidad insatisfecha en San José de Ocoa y Santiago Rodríguez, hasta el 18 y 19% en Elías Piña y Pedernales, respectivamente.

Gráfico 34

Porcentaje de embarazo adolescente, por nivel de educación y quintil de ingreso, 2006





Cuadro 9
Necesidad de servicios de planificación familiar para mujeres en unión, 1991-2002

Año	Necesidad insatisfecha de planificación familiar			Necesidad satisfecha de planificación familiar			Demanda total de planificación familiar			Porcentaje de demanda satisfecha
	Para espaciar	Para limitar	Total	Para espaciar	Para limitar	Total	Para espaciar	Para limitar	Total	
1991	8.0	9.2	17.2	10.9	45.5	56.4	19.5	55.4	75.0	77.1
1996	7.1	5.3	12.5	14.0	49.7	63.7	22.6	55.2	77.7	83.9
2002	6.7	4.2	10.9	14.8	54.9	69.8	22.5	59.5	82.0	86.8
2007	7.0	4.4	11.4	16.1	56.8	72.9	23.1	61.2	84.2	86.5

Fuente: ENDESA 1991, 1996, 2002 y 2007.

¿Qué se puede hacer?

Algunas de las medidas propuestas por la OPS/OMS para acelerar la disminución de la mortalidad materna son:

- Introducir la **calidad de la atención** en todos los niveles del servicio: Atención prenatal, parto y puerperio, incluyendo la consejería que se debe ofrecer a las usuarias del servicio.
- Guardia presencial de médicos bien calificados y actualizados para el uso de las herramientas más apropiadas y convenientes para la usuaria y el servicio.
- Disponibilidad permanente de sangre segura, y de los medicamentos que la evidencia científica recomienda.
- Respeto de los derechos y de la dignidad de las usuarias en los servicios.
- Funcionamiento real de los comités de vigilancia de las muertes maternas e infantiles en los hospitales.
- Aplicación de los resultados de las evaluaciones de las muertes maternas realizadas por la autoridad competente.
- Establecimiento de las redes de servicios funcionales, incluyendo la veeduría social por niveles de atención (aplicación de la APS).
- Rendición de cuentas a todos los niveles: gerenciales, clínicos y comunitarios.

- Desarrollo de programas continuos de educación a la población sobre riesgos biológicos y sociales que favorezcan un cambio en el estilo de vida.

Resumen de hallazgos del ODM 5, Meta 6

Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes

- La mortalidad materna está disminuyendo a un ritmo demasiado lento; ha pasado de 229 muertes por cada 100 mil nacimientos con vida en 1996, a 159 muertes por 100 mil en 2007.
- Sería necesario acelerar en casi el triple la tasa de reducción de la mortalidad materna para alcanzar la Meta 6 de 57 muertes maternas cada 100 mil nacimientos con vida al año 2015.
- En el caso de República Dominicana, la alta mortalidad materna no guarda relación con el nivel de institucionalización de los partos, o la proporción de partos que fueron atendidos por personal sanitario especializado. Ya en el año 1991, el 92% de los partos eran atendidos en instituciones de salud por personal especializado y se ha mantenido en 98% desde 2002.
- En 2006, el 72% de las muertes maternas reportadas

a nivel nacional eran calificadas como "evitables" debido a deficiencias en la calidad del sistema de atención.

- En cuanto a los cuidados prenatales se destaca que el 97% de las mujeres embarazadas realizaron al menos una consulta prenatal durante el embarazo; las intervenciones contempladas en las normas de atención prenatal fueron adecuadas; al 68% de las embarazadas las atendió un ginecólogo obstetra, al 31.5%, un médico general, y al 0.5% restante, una enfermera.
- En el momento del parto, dos tercios de las mujeres recibieron atención de un médico ginecólogo obstetra, el 32%, por un médico general, un 1%, por un médico de otra especialidad, y un 1%, por un personal de enfermería.
- El embarazo adolescente es elevado, alcanzando al 21% de las jóvenes de 15 a 19 años. Guarda una estrecha relación con la falta de ingresos y de educación.
- Ha disminuido la demanda insatisfecha de planificación familiar, siendo del 13.5% entre las mujeres casadas o unidas. Es superior en las mujeres más jóvenes y en las de menor ingreso.



Glosario:

- **Tasa de mortalidad materna:** Cociente entre el número de muertes maternas en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, expresado por 100.000 nacidos vivos, para un determinado país, territorio o área geográfica, según reportado por la autoridad sanitaria nacional. Muerte materna se define como la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de su embarazo, independientemente de la duración y sitio del embarazo debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. (OPS/OMS)
- **Atención prenatal por personal capacitado:** Número de mujeres gestantes que han recibido al menos una consulta de atención de salud durante el embarazo provista por un trabajador de salud entrenado, expresado como porcentaje de la población de nacidos vivos, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica. Se define como atención de salud durante el embarazo a los servicios de control y monitoreo del embarazo y/o la atención ambulatoria por morbilidad asociada; no incluye ni las actividades directas de vacunación ni la atención inmediatamente previa al parto. Personal capacitado es el que ha adquirido habilidad para proporcionar supervisión, cuidado y asesoramiento necesarios a una mujer durante el embarazo, parto y puerperio, atender el trabajo de parto bajo su propia responsabilidad. (OPS/OMS)
- **Atención del parto por personal capacitado:** Número de partos atendidos por personal capacitado durante un año específico, independientemente de su lugar de ocurrencia, expresado como porcentaje del número total de nacimientos en ese mismo año, en un determinado país, territorio o área geográfica. Personal capacitado es el que ha adquirido habilidad para proporcionar supervisión, cuidado y asesoramiento necesarios a una mujer durante el embarazo, parto y puerperio, atender el trabajo de parto bajo su propia responsabilidad y asistir adecuadamente al recién nacido. (OPS/OMS)
- **Puerperio:** Es el período que inmediatamente sigue al parto y que se extiende el tiempo necesario (usualmente 6-8 semanas) para que el cuerpo materno, incluyendo las hormonas y el aparato reproductor femenino, vuelvan a las condiciones pre-gestacionales, aminorando las características adquiridas durante el embarazo. En el puerperio también se incluye el período de las primeras 2 horas después del parto, que recibe el nombre de postparto.
- **Variables intermedias de la fecundidad:** Se refiere a los factores bien de carácter social, cultural, económicos o de salud que pueden ejercer influencia sobre los niveles de la fecundidad. Entre esos factores existen cuatro variables que tienen mayor importancia en la determinación de la fecundidad, ellas son (UNFPA):
 - **Proporción de mujeres que viven en pareja:** incluye aquellas que viven en uniones consensuales y en matrimonios legales.
 - **Proporción de mujeres que dan lactancia materna:** las mujeres que amamantan a sus hijos de forma exclusiva –es decir, cuando el niño no consume otros alimentos distintos a la leche materna durante los primeros seis meses de vida– prolongan su período de contracepción, lo cual es significativo para el cálculo de mujeres propensas a quedar embarazadas.
 - **Prevalencia de uso de anticonceptivos:** se trata del número de mujeres en edad reproductiva expuestas al riesgo de embarazo que utilizan algún método anticonceptivo.
 - **Abortos provocados o inducidos:** se expresa a través de una tasa que relaciona el número de abortos provocados por cada 1.000 mujeres en edad fértil en un período de un año.

Páginas Web – Recursos claves

- Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
www.sespas.gov.do
- Organización Panamericana de la Salud
www.paho.org
www.ops.org.do (Delegación en República Dominicana).
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
www.unfap.org.do

Preguntas para discusión

- ¿Se puede reducir la mortalidad materna por causas evitables? ¿Cómo se puede acelerar el progreso hacia el cumplimiento de este Objetivo del Milenio?
- ¿Cómo se puede mejorar la calidad de la atención prenatal, durante el parto y después del parto?
- ¿Tiene la SESPAS la estrategia adecuada y/o los recursos suficientes para mejorar la atención?
- ¿Se están identificando y tomando decisiones médicas apegados a las normas y protocolos de manejo clínico?
- ¿Tienen todas las redes regionales de servicios de médicos buenas estructuras de referimiento y contra-referimiento de pacientes? ¿Existen especialistas disponibles en todos los turnos en los niveles de referimiento para que atiendan a las pacientes referidas?
- ¿Hay capacidad resolutive (generales, especialistas, equipos, medicamentos) acorde a la complejidad de cada nivel de atención al interior de una red de servicios?
- ¿Los directores y gerentes de hospitales cuentan con el empoderamiento necesario para reducir la mortalidad materna? ¿El personal médico y de enfermería cuentan con los recursos necesarios para brindar una atención de calidad a las embarazadas antes, durante y después del parto?
- ¿Se puede lograr que las mujeres y adolescentes pobres en las áreas más remotas reciban atención prenatal de calidad y continuamente durante los 9 meses de embarazo?
- ¿Qué acciones pueden implementarse desde el nivel central, regional y provincial para reducir los embarazos en las adolescentes? ¿Cómo pueden contribuir otras Secretarías de estado, los ayuntamientos, los medios de comunicación, el sector empresarial, la comunidad religiosa?
- Con los programas vigentes, ¿es posible satisfacer totalmente la demanda por servicios de planificación familiar?
- ¿Cómo ha impactado la labor del Comité de Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA) en la demanda de insumos de planificación familiar?
- ¿Es posible focalizar los programas de formación y planificación familiar en los adolescentes de menores recursos y con menor educación?



OBJETIVO 6

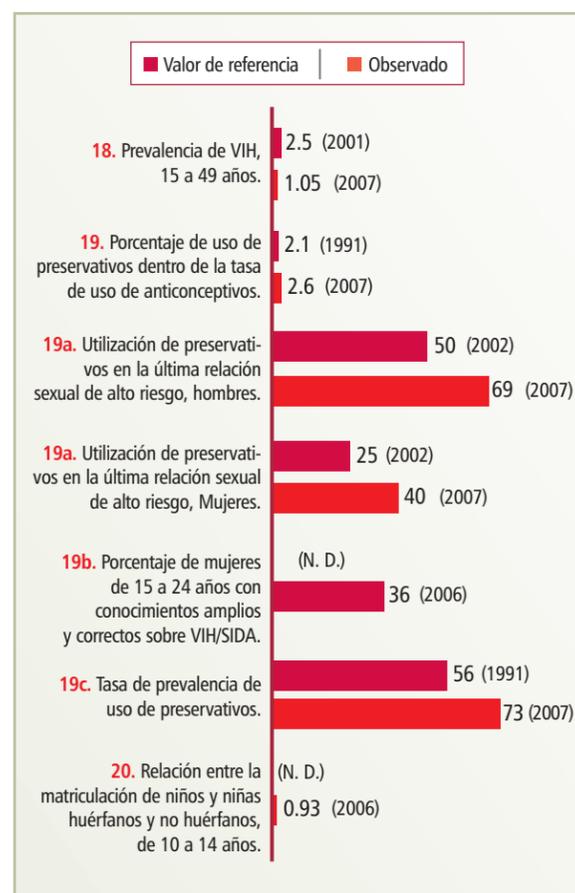
**Combatir el VIH/SIDA,
el paludismo
y otras enfermedades**



Meta 7:

Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA

Para monitorear el cumplimiento del sexto Objetivo de Milenio, relacionado con la prevalencia del VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, se han definido dos metas. La Meta 7 se relaciona con la propagación del VIH/SIDA, e incluye indicadores de seguimiento vinculados con la prevalencia del VIH, el uso de preservativos, el conocimiento sobre las formas de transmisión y prevención de la enfermedad. También incluye un indicador para medir el impacto de la enfermedad en los niños huérfanos a causa del VIH/SIDA. La Meta 7 se analiza en este primer apartado.



La incidencia del VIH se ha estabilizado

Según la información recolectada en la encuesta de hogares ENDESA, en los últimos cinco años la prevalencia del VIH en la población adulta pasó de 1% a 0.8%, entre 2002 y 2007.

La encuesta ENDESA captura una mayor representación de la población general que las encuestas basadas en puestos centinelas de consulta prenatal, y son más representativas geográficamente de la población del país, permitiendo así obtener mejores estimados de la prevalencia de punto a nivel nacional. Sin embargo, según ONUSIDA, esta encuesta no ofrece un análisis de tendencia, necesario para entender el comportamiento de la epidemia en un país determinado, en nuestro caso República Dominicana.

Por lo tanto, para citar tendencias en la prevalencia del VIH lo más adecuado es utilizar la información obtenida de las Encuestas de Seroprevalencia del VIH. En nuestro país se realizan dichas encuestas desde 1991, con el fin de contar con información fidedigna sobre la realidad epidemiológica de esta infección y así realizar análisis de tendencia. Según la información obtenida de 16 años de encuesta la **prevalencia del VIH en nuestro país presenta una tendencia a la estabilización.**

Por otro lado, para señalar la prevalencia del VIH a nivel nacional, se utilizan paquetes estadísticos que estimen con exactitud la prevalencia del VIH. Las estimaciones se realizan con la información producida por las encuestas centinelas en embarazadas además de los resultados de las encuestas con base poblacional, ENDESA. Estos métodos se complementan para estimar a nivel nacional la prevalencia de la infección; de esta forma completan el paquete de información necesaria para evaluar el impacto del plan nacional de lucha contra el VIH/SIDA. Las estimaciones nacionales realizadas utilizando el Paquete de Estimaciones y Proyecciones (EPP, por sus siglas en inglés) de ONUSIDA

³⁶ Es de notar que existen otras fuentes de información, como la "Evaluación de la Respuesta del Sistema Nacional de Salud al VIH en la República Dominicana", OPS/OMS - UNICEF, 2007.

DA³⁶ arrojó una prevalencia para el 2007 de VIH de 1.05% de la población adulta de 15 a 49 años³⁷.

En el Cuadro 10 se muestran las estimaciones de prevalencia de la epidemia del VIH a partir de las encuestas de base poblacional, como ENDESA, y las realizadas por ONUSIDA.

Cuadro 10
Prevalencia del VIH en población adulta según diferentes fuentes

Fuente	Año	Prevalencia %
Según encuestas poblacionales (ENDESA)	2002	1
	2007	0.8
Según ONUSIDA	2001	2.5
	2003	1.7
	2005	1.1
	2007	1.05

Fuente: ONUSIDA 2007.

En términos más generales, debido a la plausibilidad de las curvas epidemiológicas y teniendo en cuenta los rangos de incertidumbre, las características del sistema de vigilancia y las tendencias actuales de la epidemia los rangos de la estimación de la prevalencia por los adultos de 15 a 49 años varían entre 0.8% y 1.2%, lo que representa entre 50,000 y 70,000 personas (COPRESIDA/ONUSIDA 2008).

Características de la epidemia en el país

En República Dominicana, el principal patrón de transmisión de la enfermedad es a través del contacto sexual, siendo las relaciones sexuales sin protección entre profesionales del sexo y clientes un factor significativo en la transmisión del VIH. La epidemia en el país se caracteriza por ser de predominio masculino (63% en hombres) y heterosexual (75.7%), sin embargo, se ha verificado un aumento de la proporción de mujeres.

³⁷ Para más información sobre el EPP y los resultados de las estimaciones nacionales referirse al Informe de Estimaciones y Proyecciones Nacionales 2007.

Según ENDESA 2007, la prevalencia para hombres y mujeres es la misma, pero la reducción en los hombres fue superior a la de las mujeres entre el año 2002 y 2007 (Cuadro 11).

Cuadro 11
Tasa de prevalencia de VIH en personas de 15-49 años, según sexo, 2002 y 2007

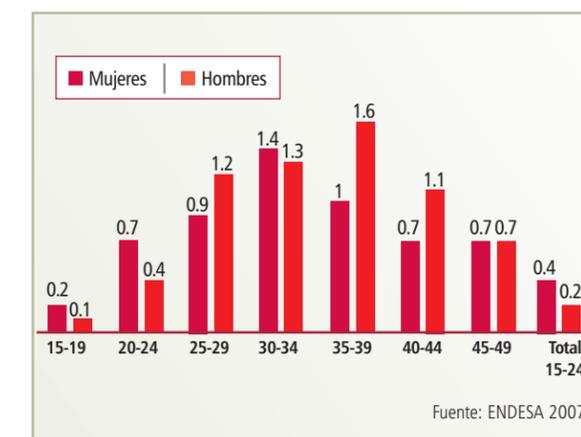
Año	Hombres	Mujeres	Total
2002	1.1	0.9	1.0
2007	0.8	0.8	0.8

Fuente: ENDESA 2002 y 2007.

Aunque en términos generales el país se encamina a la estabilización de la epidemia, las formas de propagación y la incidencia no son iguales en todas las zonas del país, ni para todos los grupos de edad, o grupos poblacionales.

De acuerdo a ENDESA 2007, los hombres de 35 a 39 años presentan la tasa de prevalencia más alta, del 1.6%, seguidos del grupo de 25 a 34 años, con una tasa entre 1.2 y 1.3% (Gráfico 35).

Gráfico 35
Tasa de prevalencia del VIH en personas de 15-49 años, por grupos de edad y sexo, 2007





En las mujeres, la mayor prevalencia se verifica en el grupo de 30 a 34 años, con 1.4%. En comparación con la medición realizada en el año 2002, se ha modificado notablemente la distribución por edades en las mujeres, aumentando la prevalencia a edades más jóvenes y disminuyendo después de los 35 años de edad. En 2002 la mayor prevalencia en las mujeres se registró para el grupo de 45 a 49 años.

Finalmente, se puede inferir que en las edades más jóvenes, la proporción de mujeres con VIH es superior a la de los hombres, pero a partir de los 35 años, los hombres tienen mayor prevalencia que las mujeres.

En el sector rural la prevalencia del VIH es un 0.3% más alta que en las zonas urbanas (Cuadro 12). Asimismo, la población de la zona fronteriza noroeste, la regional de salud VII³⁸, presentó la tasa más alta de prevalencia (1.6%), seguida de los habitantes de la zona este, regional V³⁹ (1.2%). En el otro extremo, con la menor prevalencia, se encuentran Elías Piña y San Juan (región VI) con una tasa del 0.4%.

Las diferencias entre hombres y mujeres en las regionales de salud son mayores en la zona fronteriza suroeste, regional IV⁴⁰, donde las mujeres tienen en promedio un 1.2% de prevalencia y los hombres, un 0.7% (Cuadro 12).

A partir de ENDESA 2007, se ha demostrado que la educación es un factor fundamental para reducir la propagación de la epidemia del VIH. Tanto hombres como mujeres presentan menores tasas de prevalencia a medida que tienen mayores niveles de estudios, siendo más marcado en las mujeres. Así, las mujeres sin educación formal tienen una tasa del 3.7% de prevalencia del VIH, mientras que las que tienen secundaria o superior, sólo tienen un 0.3% (Cuadro 12).

³⁸ La regional de salud VII incluye a las provincias de Dajabón, Monte Cristi, Santiago Rodríguez y Valverde.

³⁹ La regional de salud V incluye a las provincias de El Seibo, Hato Mayor, La Altagracia, La Romana y San Pedro de Macorís.

⁴⁰ La regional de salud IV incluye a las provincias de Independencia, Barahona, Barahona y Pedernales.

Cuadro 12

Tasa de prevalencia de VIH según zona de residencia, regiones de salud y nivel educativo, por sexo, 2007

Zona de residencia	Mujeres	Hombres
Urbana	0.7	0.7
Rural	1.0	1.0

Regiones de salud	Mujeres	Hombres
Región 0 (Distrito Nacional, Santo Domingo, Monte Plata)	0.7	0.5
Región I (Azua, Peravia, San Cristóbal, San José de Ocoa)	0.6	0.6
Región II (Españat, Puerto Plata, Santiago)	0.8	1.0
Región III (Duarte, María Trinidad Sánchez, Hermanas Mirabal, Samaná)	0.6	0.9
Región IV (Bahoruco, Barahona, Independencia, Pedernales)	1.2	0.7
Región V (El Seibo, Hato Mayor, La Altagracia, La Romana, San Pedro de Macorís)	1.1	1.3
Región VI (Elías Piña, San Juan)	0.3	0.5
Región VII (Dajabón, Monte Cristi, Santiago Rodríguez, Valverde)	1.5	1.7
Región VIII (La Vega, Monseñor Nouel, Sánchez Ramírez)	0.6	0.6

Educación	Mujeres	Hombres
Sin educación	3.7	1.6
Primaria 1 - 4	1.3	1.6
Primaria 5 - 8	1.0	0.8
Secundaria	0.3	0.5
Superior	0.3	0.5

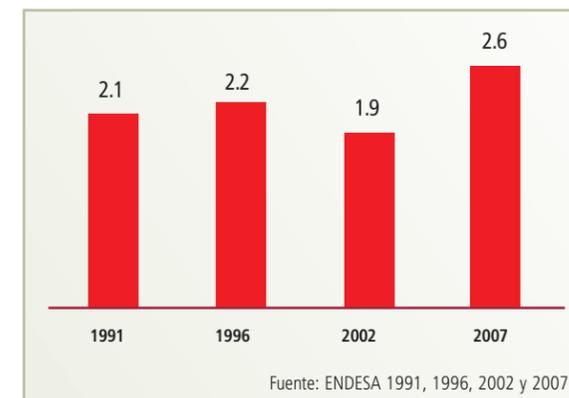
Fuente: ENDESA 2007.

Muy baja tasa de uso de preservativos

Además de la abstinencia y la fidelidad de la pareja, el uso de preservativos previene el contagio por VIH en las relaciones sexuales. En República Dominicana el uso de preservativos es muy bajo: sólo un 2.6% de las mujeres casadas o en unión que usaban algún tipo de método anticonceptivo en 2007, eligieron preservativos como medio de protección. La tasa de uso de preservativos tan baja pone en riesgo a la población femenina de contraer el VIH, teniendo en cuenta que la principal forma de transmisión es a través del contacto sexual y que el 23% de los hombres tuvieron en el último año relaciones sexuales fuera del matrimonio o unión, y que el 32% no utilizó condón en la última relación de alto riesgo.

Es de notar que en los últimos quince años la tasa de uso de preservativos ha aumentado solamente un 0.5%, pasando de 2.1% a 2.6%, como se observa en el Gráfico 36.

Gráfico 36
Tasa de uso de preservativos dentro de la tasa de uso de anticonceptivos, mujeres unidas de 15 a 49 años de edad, 1991 a 2007



Comparado con la región de Latinoamérica y el Caribe, la tasa de uso de preservativos en el país es la más baja de todos los países (Cuadro 13). En El Salvador, Nicaragua y Venezuela, los países de menor tasa de uso después de República Dominicana, el porcentaje de mujeres que utiliza preservativos ronda entre 4.3 y 4.6%.

Cuadro 13

Tasa de uso de preservativos dentro de la tasa de uso de anticonceptivos, países de América Latina y el Caribe, último dato disponible

País	1996-2007
Rep. Dominicana	2.6
El Salvador	4.3
Nicaragua	4.8
Venezuela	4.8
Honduras	5.2
Guatemala	5.3
México	5.4
Brasil	5.7
Ecuador	5.9
Surinam	5.9
Bolivia	6.7
Cuba	6.8
Puerto Rico	8.2
Colombia	9.1
Haití	10.3
Belice	11.8
Perú	12.2
Costa Rica	13.6
Paraguay	16.3
Guyana	17.6
Jamaica	25.8
Trinidad y Tobago	30.6

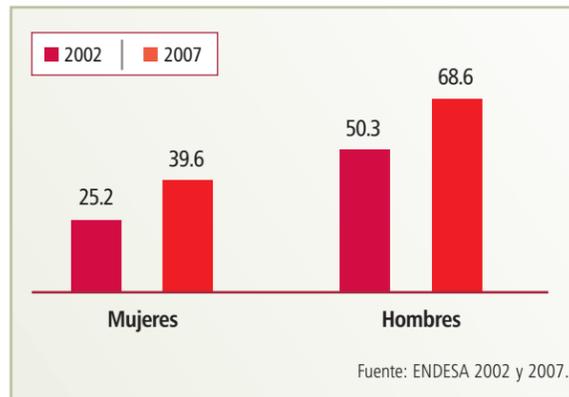
Fuente: UNSTAT.

Jamaica y Trinidad y Tobago, con 26 y 31%, respectivamente, son los países de mayor utilización de este método de prevención.

Diferencias de conducta entre mujeres y hombres en cuanto a la protección en relaciones sexuales de alto riesgo

Las relaciones sexuales sin protección exponen a las mujeres al peligro de contagio del VIH en mayor medida que a los hombres. En las relaciones sexuales de alto riesgo, si bien ha aumentado la protección en comparación con la situación de hace 5 años, en 2007 solamente el 40% de las mujeres que tuvieron relaciones de alto riesgo

Gráfico 37
Tasa de uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo, por sexo, 2002 y 2007



usaron preservativos. Esta tasa fue de 69% para los hombres (Gráfico 37).

En las mujeres, el uso de preservativos varía con la edad y la zona de residencia en mayor intensidad que en los hombres (Cuadro 14). Mientras el 44% de las mujeres más jóvenes, de 15 a 24 años, usaron preservativo en la última relación sexual de alto riesgo, sólo el 22% de las mayores de 40 años se protegieron. Asimismo, en las zonas urbanas se protegieron en mayor medida (41%) que en las áreas rurales (33%). Por su parte, los hombres mostraron un comportamiento similar en todos los tramos de edad y en las áreas urbanas y rurales.

El análisis por regiones de salud indica que en la región IV, en la zona fronteriza suroeste, tanto mujeres (24%) como hombres (49%) utilizaron en menor medida preservativos en las relaciones de alto riesgo. En las provincias del este del país, regional V, por el contrario, es donde las mujeres (44%) y los hombres (74%) tuvieron mayor precaución en relaciones sexuales fuera de la pareja habitual y utilizaron preservativo.

Las diferencias por nivel educativo alcanzado también se presentan en el Cuadro 14, indicando un mayor uso del condón en las relaciones de alto riesgo a medida que se

Cuadro 14
Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo, según edad, zona de residencia, regiones de salud y nivel educativo, por sexo, 2007

Edad	Mujeres	Hombres
15-24	43.9	70.0
25-29	42.9	68.1
30-39	36.9	69.0
40-49	21.5	64.8

Zona de residencia	Mujeres	Hombres
Urbana	41.3	68.5
Rural	33.4	69.0

Regiones de salud	Mujeres	Hombres
Región 0 (Distrito Nacional, Santo Domingo, Monte Plata)	41.5	68.7
Región I (Azua, Peravia, San Cristobal, San José de Ocoa)	37.1	66.2
Región II (Espaillat, Puerto Plata, Santiago)	39.3	70.4
Región III (Duarte, María Trinidad Sánchez, Hermanas Mirabal, Samaná)	38.2	70.6
Región IV (Bahoruco, Barahona, Independencia, Pedernales)	23.7	49.2
Región V (El Seibo, Hato Mayor, La Altagracia, La Romana, San Pedro de Macorís)	43.6	74.3
Región VI (Elías Piña, San Juan)	41.5	59.9
Región VII (Dajabón, Monte Cristi, Santiago Rodríguez, Valverde)	38.3	74.1
Región VIII (La Vega, Monseñor Nouel, Sánchez Ramírez)	34.1	68.0

Educación	Mujeres	Hombres
Sin educación	27.5	56.1
Primaria 1 - 4	41.5	61.9
Primaria 5 - 8	35.9	65.5
Secundaria	41.6	71.5
Superior	40.8	76.0

Fuente: ENDESA 2007.

tiene mayor nivel educativo, tanto en hombres como en mujeres.

En República Dominicana se estima que las profesionales femeninas del sexo tienen una prevalencia de VIH del 3.5%. Para determinar el comportamiento en el uso de preservativos, una encuesta realizada por USAID/CONNECTA en 2004, con una muestra de 2,435 trabajadoras sexuales, encontró que el 96% de ellas declaró haber usado preservativo con su último cliente⁴¹.

Sin embargo, en la Encuesta de Comportamiento con Trabajadoras Sexuales, realizada por el Centro de Orientación e Investigación Integral (COIN) y el Centro de Promoción y Solidaridad Humana (CEPROSH), de las 371 mujeres entrevistadas, el 74.5% afirmó que habían utilizado condón en su última relación con un cliente. Sin embargo, se reportó que cuando se cuestiona la frecuencia del uso del condón en los últimos 30 días, se evidencia una disminución en su uso. Sólo el 57% de las mujeres entrevistadas aseguraron usar el condón en todas las relaciones sexuales sostenidas con clientes que pagan. El 11.3% mencionó que utilizó el condón casi todo el tiempo y el 17.6% de las mujeres reportó usar el condón sólo algunas veces⁴².

Por otro lado, el Proyecto Delta, un estudio realizado en el año 2004 por USAID/CONNECTA con una muestra de 597 hombres que tienen sexo con otros hombres, arrojó que el 86% de los encuestados declaró haber usado preservativo con su último cliente⁴³.

Diferencias en el conocimiento sobre la transmisión del VIH/SIDA según educación y nivel de ingreso

Las mujeres más jóvenes, las que residen en ciudades urbanas pequeñas, las que tienen mayor nivel educativo y mayor nivel de ingreso son las que tienen mejores conocimientos integrales sobre la transmisión del VIH/SIDA. Esta

⁴¹ Citado de COPRESIDA/ONUSIDA 2008.

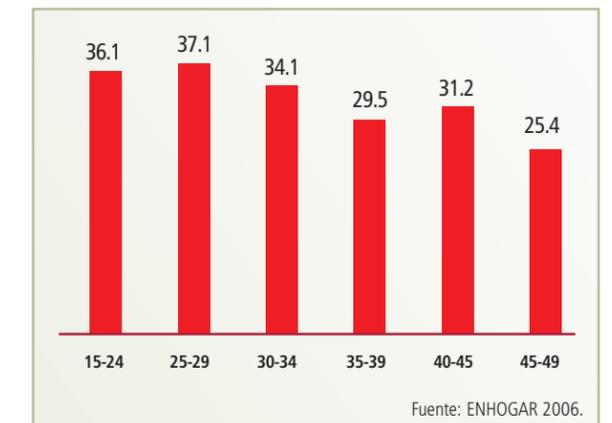
⁴² Ídem.

⁴³ Ídem.

situación pone en mayor riesgo a la población menos educada o de menores ingresos de contraer el VIH/SIDA, resultando en un asunto altamente discriminatorio desde el punto de vista de la equidad.

Sin embargo, el conocimiento integral de las mujeres sobre la transmisión y prevención del VIH es en general bajo: sólo un tercio de las mujeres (33.7%) pudieron identificar correctamente dos formas de transmisión y tres ideas equivocadas sobre la transmisión de la enfermedad. El grupo de edad con mejor información es el de las mujeres de 15 a 24 años, pero sólo entre 36 y 37% demostraron un conocimiento amplio sobre el tema (Gráfico 38).

Gráfico 38
Porcentaje de mujeres que tienen conocimiento integral sobre la transmisión de VIH/SIDA, por grupos de edad, 2006



En las zonas rurales sólo el 29% de las mujeres tienen un conocimiento que puede considerarse completo. En Santo Domingo alcanza al 36% de las mujeres, y en el resto urbano, al 38% (Cuadro 15).

Por otro lado, el grado educativo alcanzado es el factor que más se asocia con el conocimiento sobre la transmisión del VIH. Menos del 10% de las mujeres que no tienen educación formal conocen correctamente los aspectos relacionados con esta infección, mientras que esta proporción es cerca del 50% entre las universitarias. Aún para

Cuadro 15

Porcentaje de mujeres que tienen conocimiento integral sobre la transmisión de VIH/SIDA por zona de residencia, educación y quintil de ingreso

Zona de residencia	
Santo Domingo	35.6
Grandes ciudades	33.8
Resto urbano	38.0
Rural	28.7
Educación	
Sin educación	9.3
Primaria	23.3
Secundaria	37.7
Superior	48.0
Quintiles de ingreso	
Grupo más pobre	21.5
Segundo grupo	29.8
Tercer grupo	33.7
Cuarto grupo	35.6
Grupo más alto	43.8

Fuente: ENHOGAR 2006.

este último grupo, la noción sobre el VIH es baja, dado que una de cada dos mujeres con educación universitaria no tiene un buen conocimiento de la enfermedad.

Finalmente, la proporción de mujeres que tienen una idea correcta sobre el VIH también aumenta con el quintil de ingreso al que pertenecen.

Ha aumentado el uso de anticonceptivos

La prevalencia en el uso de anticonceptivos ha venido aumentando desde 1991, hasta alcanzar un 73% en la actualidad. Esto guarda una estrecha relación con las tasas de crecimiento poblacional y la expansión de la epidemia. Asimismo, la proporción de uso de métodos modernos⁴⁴ del 70% es elevada, y una de las más altas de la región (Cuadro 16).

Los niños y niñas huérfanos asisten a la escuela en menor proporción que los no huérfanos

El apoyo a niños huérfanos del SIDA sólo cuenta con informaciones parciales. El Taller de Estimaciones de la Prevalencia del VIH 2007, arroja una estimación media de 39,754 niños y niñas huérfanos. De acuerdo a los datos del Proyecto USAID/CONNECTA hasta septiembre del año 2007, este proyecto le había dado apoyo a un total de 1,705 huérfanos (4.3%) de los cuales la mitad son niñas⁴⁵.

En el país no se han estudiado los temas relacionados con la educación, salud, nutrición, etc., de los niños y niñas huérfanos a causa del SIDA. Solamente se dispone de alguna información general.

En total, en el país, un 6% de los niños y niñas de 10 a 14 años son huérfanos de los dos padres, y se estima que la asistencia escolar es un 7% menor que la de los no huérfanos. Las diferencias en el acceso a la educación son mayores para los varones que para las niñas, para los que viven en áreas rurales, y los que pertenecen al quintil más pobre de ingreso.

Cuadro 16

Tasa de uso actual de anticonceptivos entre mujeres casadas de 15 a 49 años de edad, 1991 a 2007

Año	Cualquier método	Método modernos	Preservativos
1991	56.4	51.7	1.2
1996	63.7	59.2	1.4
2002	69.8	65.8	1.3
2007	72.9	70.0	1.9

Fuente: ENDESA 1991, 1996, 2002 y 2007.

⁴⁴ Los métodos anticonceptivos modernos incluyen: píldora, condón masculino y femenino, esterilización masculina y femenina, DIU, inyecciones, implantes y amenorea por lactancia. Los métodos tradicionales son: abstinencia periódica, retiro y métodos folclóricos.

⁴⁵ Citado de COPRESIDA/ONUSIDA 2008.

Cuadro 17

Tasas de asistencia escolar de niños y niñas huérfanos y no huérfanos, 2006

	Asistencia escolar de niños y niñas huérfanas	Asistencia escolar de niños y niñas no huérfanas	Relación entre la asistencia de huérfanos y no huérfanos
Sexo			
Hombres	86.5	95.8	0.90
Mujeres	92.5	97.8	0.95
Zona de residencia			
Santo Domingo	92.9	98.1	0.95
Grandes ciudades	92.0	94.8	0.97
Resto urbano	90.2	96.5	0.93
Rural	86.1	97.0	0.89
Quintiles de ingreso			
Grupo más pobre	84.2	93.6	0.90
Segundo grupo	88.2	95.6	0.92
Tercer grupo	90.8	97.8	0.93
Cuarto Grupo	97.1	98.7	0.98
Grupo más alto	92.2	98.4	0.94

Fuente: ENHOGAR 2006

El 87% de los niños y el 93% de las niñas huérfanas asisten a la escuela, mientras que en los no huérfanos es de 96% para los niños y 98% para las niñas. Según zona de residencia, en el área rural, el 86% de los niños y niñas huérfanas van a la escuela, lo que representa un 11% menos de los no huérfanos (97%). Entre los niños más pobres, la situación es similar (Cuadro 17).

Aumenta el seguimiento y el tratamiento con ARV a las personas afectadas con VIH⁴⁶

Los avances logrados durante el año 2006 en el Programa Nacional de Atención Integral a las personas viviendo con VIH y SIDA (PVVS) continuaron y se solidifica-

⁴⁶ Este apartado se elaboró a partir del informe "Seguimiento y monitoreo de aplicación a la Declaración de UNGASS sobre VIH y SIDA. Informe de progreso del período 2006-2007" – COPRESIDA/ONUSIDA 2008.

ron en el 2007. Elementos como el mantenimiento de la implementación de las políticas públicas para la gratuidad de la prueba de VIH a la población general y atención integral a PVVS, han aportado los resultados esperados, en muchos casos, superando las expectativas planteadas.

Durante 2007, la cobertura de servicios de atención a PVVS se ha expandido en las diferentes áreas (Cuadro 18).

La provisión de servicios y la entrega de los medicamentos antirretrovirales se realiza a través de 46 Unidades de Atención Integral, de las cuales 24 se encuentran ubicadas en el interior del país.

De acuerdo al último Informe UNGASS, al finalizar el año 2005, unas 2,590 personas viviendo con el VIH, estaban recibiendo terapia antirretroviral. De ellos, 2,388 (92%) eran adultos y 202 (8%) niños. Asimismo, del total, el 47% eran adultos hombres y el 45% eran mujeres. Estas 2,590 personas que recibieron terapia al final del año 2005 representaba el 12.4% de las que necesitaban tratamiento, abarcando al 11.9% de los adultos y al 24.4% de los niños.

Según las proyecciones realizadas durante el mes de noviembre del año 2007 en el Taller de Estimaciones de la Prevalencia del VIH, en base a ENDESA 2007 y la Vigilancia Centinela, el total de las personas que estarían necesitando terapia antirretroviral, tomando en cuenta una estimación

Cuadro 18

Incremento de la cobertura del sistema de atención a PVVS, 2007

Área	Incremento en 2007
Número de unidades de atención Integral en servicios	32 %
Número de Provincias con Cobertura	43 %
Número de PVVS en seguimiento	19 %
Cobertura de PVVS en Tratamiento ARV	27 %
Cobertura en Número de unidades que brindan servicios pediátricos	65 %
Cobertura en Niños y niñas en Seguimiento Clínico	70 %
Cobertura en Niños y niñas en tratamiento	40 %

Fuente: COPRESIDA/ONUSIDA 2008.



media, ascenderían a 20,806 personas, 19,958 adultos y 848 niños.

Por otro lado, de acuerdo a las estimaciones de DIGECITSS, la población total que vivía con el VIH para el año 2005 eran de 64,440 personas, y de este total, las que necesitaban tratamiento antirretroviral eran unas 10,690 personas en edad adulta y 740 niños.

Para finales del 2006, las personas que estaban recibiendo terapia antirretroviral eran 5,001, lo cual representaba un 24.0% del total que necesitan la terapia. Para ese mismo año, según estimaciones de la DIGECITSS, unas 20,806 estarían necesitando los medicamentos. Para finales del año 2007, la cobertura se incrementó de manera que 7,768 personas estaban recibiendo terapia, es decir, un 29.9%. De este total, 7,213 corresponde a adultos (29.1%) y 555 a niños (46%). Es importante destacar que las estimaciones para el año 2007, de las personas que estarían necesitando los medicamentos eran de 25,983. Estas cifras se muestran en el Cuadro 19.

Los avances del Programa Nacional para la Reducción de la Transmisión Vertical del VIH (PNRTV)

Dentro del sistema de vigilancia epidemiológica a cargo de la DIGEPI, se monitorea el desempeño del Pro-

grama Nacional para la Reducción de la Transmisión Vertical del VIH (PNRTV), el cual ha venido aumentando su cobertura. Aunque es notable la eficacia de las intervenciones para prevenir la transmisión vertical, la cobertura del programa sigue siendo baja.

La proporción de embarazadas con VIH+ captadas por el programa se ha venido incrementando, pero al mes de noviembre de 2007 sólo alcanzó al 56% de las embarazadas con VIH+ esperadas (Cuadro 20). El porcentaje de embarazadas captadas por el PNRTV que a su vez ha recibido terapia con ARV se ha mantenido en el orden del 50% en los últimos cinco años, excepto en 2003, cuando fue de 70%.

Durante el año 2005 y 2006 se capturaron 778 y 813 recién nacidos/as de madres VIH+, respectivamente, y a noviembre de 2007 se habían capturado 894. Estas cifras representan para 2005 una captura del 36% de recién nacidos/as con madres VIH+ respecto de los esperados, y de 46% hacia noviembre de 2007. Por lo que también la captura de recién nacidos de madres con VIH, a pesar de haber aumentado rápidamente, sigue siendo baja. Inclusive, de los niños y niñas capturados, sólo el 70% nacieron a través de cesárea, siendo muy elevado el riesgo de transmisión del virus en el 30% restante de los casos.

Cuadro 19
Pacientes con VIH en seguimiento clínico y en tratamiento con ARV entre diciembre 2006 y diciembre 2007

		Pacientes en seguimiento clínico	Pacientes en tratamiento ARV	Total pacientes
Diciembre 2006	Total	9,049	5,001	14,050
	Adultos/as	94%	92%	93%
	Niños/as	6%	8%	7%
Diciembre 2007	Total	11,220	8,199	19,419
	Adultos/as	95%	93%	94%
	Niños/as	5%	7%	6%
Variación anual	Total	2,171	3,198	5,369
	Adultos/as	2,099	2,986	5,085
	Niños/as	72	212	284

Fuente: DIGECITSS.

Cuadro 20
Indicadores para el monitoreo del PNRTV, 2002 a 2007 (nov.)

Indicadores	2002	2003	2004	2005	2006	Acum. Nov. 2007
% embarazadas VIH+ captadas (respecto esperadas)	3.6	5.0	32.6	51.3	50.3	55.8
% embarazadas VIH+ captadas, recibió ARV	56.4	69.9	48.5	51.2	52.5	56.5
% nacidos vivos, madre VIH+, captados (respecto esperados)	3.1	5.0	23.1	36.5	38.5	46.0
% nacidos vivos, madre VIH+, captados, con cesárea	71.6	67.3	52.8	64.0	69.0	70.6
% nacidos vivos, madre VIH+, captados, recibió ARV (RN)	86.5	94.7	86.2	96.5	94.1	92.7
% nacidos vivos, madres VIH+, recibió ARV, evaluados postintervención y serorevertidos	s/d	91.7	95.8	89.7	92.0	85.6
% nacidos vivos, madres VIH+, recibió ARV, serorevertidos	s/d	10.3	15.6	19.7	24.1	10.0
Cobertura efectiva del PNRTV (% nacidos vivos serorevertidos en base a nacidos vivos madre VIH+ esperados)	s/d	0.5	3.1	6.9	8.7	4.3

Fuente: DIGEPI/SESPAS.

La eficacia de la seroreversión ha sido evaluada en menos del 10% de las cohortes de 2005, 2006 y 2007. Dentro de este porcentaje se documenta una eficacia por encima del 90%.

Para la prevención de la transmisión vertical, el programa cuenta con 132 unidades notificadoras. De éstas, 115 (87%) están en capacidad de realizar cesáreas; en tanto 17 (13%) realizan otras intervenciones del PNRTV y no realizan cesáreas.

Resumen de hallazgos del ODM 6, Meta 7

Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA

- Según ONUSIDA, la prevalencia del VIH en República Dominicana presenta una tendencia a la estabilización. La tasa de prevalencia de la enfermedad para el año 2007 es del 1.05% de la población adulta de 15 a 49 años.
- En República Dominicana, el principal patrón de transmisión de la enfermedad es a través del contacto sexual, siendo las relaciones sexuales sin protección entre profesionales del sexo y clientes un factor signi-

ficativo en la transmisión del VIH. La epidemia en el país se caracteriza por ser de predominio masculino (63% en hombres) y heterosexual (75.7%), sin embargo, se ha verificado un aumento de la proporción de mujeres.

- La tasa de uso de preservativos es muy bajo en las mujeres casadas o en unión (2.6%). Es la tasa más baja de todos los países de América Latina y el Caribe.
- El uso de preservativos en las relaciones sexuales de alto riesgo es del 40% en las mujeres y 69% en los hombres.
- Sin embargo, el conocimiento integral de las mujeres sobre la transmisión y prevención del VIH es en general bajo: sólo un tercio de las mujeres (33.7%) pudieron identificar correctamente dos formas de transmisión y tres ideas equivocadas sobre la transmisión de la enfermedad.
- El uso de anticonceptivos ha venido aumentando desde 1991, hasta alcanzar un 73% en la actualidad. La proporción de uso de métodos modernos del 70% es elevada, y una de las más altas de la región.
- La asistencia escolar de los niños y niñas huérfanas es un 7% menor que la de los no huérfanos.



En el año 2007 continuó aumentando la cobertura del programa de antirretrovirales, de manera que 7,768 personas estaban recibiendo terapia, es decir, un 29.9% del total estimado que la necesitan. Del que están bajo terapia, 7,213 son adultos (29.1%) y 555, niños (46%).

El Programa Nacional para la Reducción de la Transmisión Vertical del VIH (PNRTV) ha venido aumentando su cobertura. Aunque es notable la eficacia de las intervenciones para prevenir la transmisión vertical, la cobertura del programa sigue siendo baja.

Glosario:

- **VIH:** Virus de la inmunodeficiencia humana que provoca SIDA. Existen dos tipos fundamentales de virus VIH, el VIH 1, que es el causante de la pandemia mundial de SIDA, y el VIH 2, que también provoca SIDA y se da principalmente en África occidental.
 - **SIDA:** Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, es una enfermedad grave causada por el virus VIH, que destruye las defensas inmunitarias del organismo, que pasa a ser víctima de graves infecciones "oportunistas" y ciertos tipos de cánceres.
 - **Seropositivo o VIH positivo (VIH +):** persona que en un análisis selectivo presenta anticuerpos del VIH. Esa persona ha estado en contacto con el VIH y debe ser considerada potencialmente contagiosa a través de la sangre y las relaciones sexuales. Cuando el análisis no detecta anticuerpos, se dice que la persona en cuestión es "seronegativa" o "VIH-negativa".
 - **ETS:** Enfermedad/es de transmisión sexual. Enfermedades que pueden transmitirse por medio de las relaciones sexuales. El SIDA es, en esencia, una enfermedad de transmisión sexual. Las ETS tienden a denominarse cada vez más infecciones de transmisión sexual.
 - **Prevalencia:** La prevalencia del VIH a cualquier edad determinada es la diferencia del número acumulado de personas que se han infectado por el VIH hasta esa edad, menos el número de las que han fallecido, expresadas como porcentaje del número total de personas vivas a esa edad. A edades más avanzadas, los cambios en la prevalencia del VIH reflejan con lentitud los cambios en la tasa de nuevas infecciones (incidencia del VIH) porque la duración promedio de la infección es prolongada. Los descensos en la prevalencia del VIH pueden reflejar la saturación de la infección en los individuos más vulnerables y la mortalidad creciente, más que los cambios de comportamiento. En los jóvenes las tendencias en la prevalencia del VIH son un mejor indicador de las tendencias recientes de la incidencia del VIH y del comportamiento de riesgo. Por lo tanto, la disminución de la incidencia del VIH relacionada con un cambio de comportamiento real debe ser detectable fundamentalmente en las cifras de prevalencia del VIH en el grupo de edad de 15 a 19 años.
 - **Seroconversión:** Desarrollo de anticuerpos en respuesta a un antígeno.
- En el caso del VIH, la seroconversión tiene lugar generalmente entre 4 y 12 semanas después de que se haya contraído la infección, aunque en casos excepcionales puede demorarse seis meses o más.
- **Infección oportunista** – Infección por un microorganismo que normalmente no causa enfermedad, pero que se vuelve patógeno en personas con el sistema inmunitario debilitado, como, por ejemplo, las que están infectadas por el VIH. Las manifestaciones más graves del SIDA son causadas por infecciones oportunistas.
- Comportamiento de alto riesgo: Actividad que coloca a una persona en una situación de mayor riesgo de desarrollar una enfermedad concreta. Las actividades de alto riesgo asociadas al SIDA son las prácticas sexuales no protegidas y el intercambio de agujas y jeringas.
- **PVVS:** Personas que viven con el virus del VIH.
 - **ARV:** Antirretrovirales. Son sustancias que reducen la carga viral y fortalecen el sistema inmunitario. Todas están patentadas y han de ser utilizadas combinando varias para ser eficaces.

Páginas Web – Recursos claves

- Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
www.sespas.gov.do
- Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA)
www.copresida.gob.do
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas contra el SIDA (ONUSIDA)
www.unaids.org
- Organización Panamericana de la Salud
www.paho.org
www.ops.org.do (Delegación en República Dominicana).

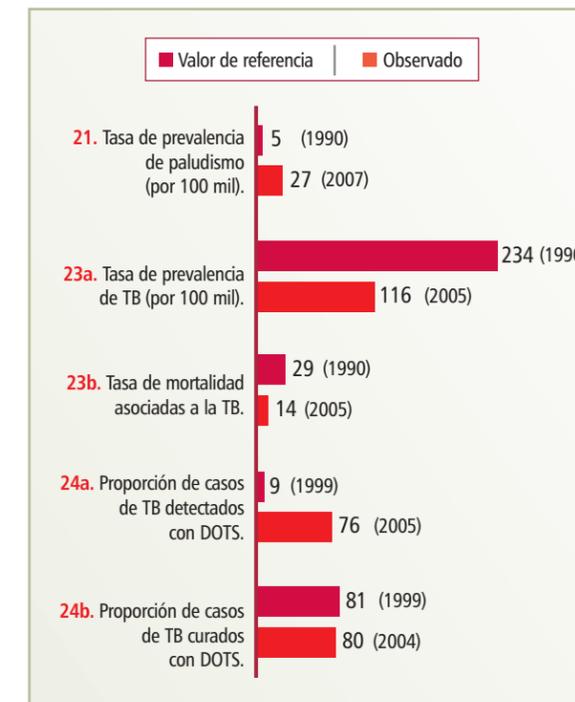


Preguntas para discusión

- ¿Cómo se pueden reforzar las actividades de información, educación y comunicación para aumentar los conocimientos sobre la transmisión del VIH?
- ¿Qué factores culturales, sociales, económicos, religiosos, institucionales, limitan la reducción del contagio del virus del VIH?
- Teniendo en cuenta la alta tasa de relaciones sexuales fuera del matrimonio o unión, ¿es posible aumentar el uso de preservativos?
- ¿Por qué factores las mujeres se protegen menos que los hombres en las relaciones de alto riesgo?
- De las 132 unidades notificadoras del PNRTV, ¿cuántos de los establecimientos cumplen con el esquema completo de atención, es decir, cuentan con los medicamentos tanto para las madres infectadas como para los neonatos y con servicio de cesárea una vez que se ha determinado que la madre es VIH+?
- ¿Qué estrategias se pueden delinear a través de las organizaciones comunitarias para captar a los niños beneficiados por el PNRTV para mejorar la evaluación del éxito en la seroconversión?
- ¿Qué apoyo necesitan los niños y las niñas huérfanos para asistir a la escuela?
- ¿Qué desafíos y amenazas enfrenta el Plan Estratégico Nacional 2007-2015 para su implementación?

Meta 8

Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves



Ha disminuido la prevalencia y mortalidad asociada a la tuberculosis

Al año 2005, con una tasa de 116 cada cien mil habitantes, la prevalencia general de la tuberculosis (TB) era la mitad de la que había 15 años antes. La mortalidad asociada a la enfermedad también se redujo a la mitad, desde 29 a 14 cada cien mil habitantes (Cuadro 21).

Otros indicadores analizados son la prevalencia y la mortalidad de la tuberculosis en los adultos con el virus del VIH. Ambos indicadores muestran una tendencia decreciente en la última década, indicando avances en el tratamiento de la enfermedad.

La estrategia recomendada internacionalmente para el control de tuberculosis es el tratamiento breve bajo observación directa, o DOTS, por sus siglas en inglés. Bajo este método, la tasa de detección de la enfermedad ha aumentado considerablemente, desde el 9% en 1999 al 76% en el 2005. Por su parte, la tasa de casos curados bajo el tratamiento DOTS se ha mantenido cercana al 80% en el período analizado.

En los últimos tres años, el sistema de vigilancia epidemiológica de la SESPAS, a través de DIGEPI, ha registrado que la proporción de pacientes con tratamiento completo

Cuadro 21
Prevalencia, mortalidad, detección y casos curados de tuberculosis, 1990-2005

Indicador	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Tasa de prevalencia de TB (por 100 mil habitantes)	234	224	214	205	196	188	180	177	172	164	161	157	139	128	123	116
Tasa de prevalencia de TB en adultos con VIH+ (por 100 mil habitantes)	0.6	1.1	1.7	2.3	2.8	3.0	3.1	3.0	2.8	2.6	2.4	2.3	2.1	1.9	1.8	1.8
Tasa de mortalidad de TB (por 100 mil habitantes)	29	29	28	27	27	26	22	24	24	22	22	21	18	16	16	14
Tasa de mortalidad de TB en adultos con VIH+ (por 100 mil habitantes)	0.5	0.9	1.4	2	2.3	2.5	2.4	2.5	2.3	2.1	2	1.8	1.5	1.3	1.2	1
Tasa de detección con el tratamiento DOTS (%)										9	6	9	41	65	69	76
Tasa de casos curados con el tratamiento DOTS (%)										81	79	85	78	81	80	

Fuente: OMS



	2005	2006	2007
% pacientes con tratamiento completo y baciloscopia negativa	77.8	84.3	87.7

Cuadro 22 - A
Casos y tasa de letalidad de dengue, 2005 a 2007

	2005	2006	2007
Casos de dengue	2,860	6,252	9,628
Tasa de letalidad dengue (por 100 casos de dengue hemorrágico)	22.0	22.5	20.9

Fuente: DIGEPI y OPS/OMS.

y baciloscopia negativa aumentó desde 78% en 2005, al 88% en 2007. En definitiva, en el país se ha venido luchando con éxito en la detección, prevalencia y tratamiento de la tuberculosis, aunque aún las tasas de prevalencia son altas.

El dengue y la malaria siguen teniendo alta incidencia

En los últimos tres años, la cantidad de casos de dengue ha venido en aumento, y la tasa de letalidad del dengue hemorrágico se ha mantenido entre 21 y 22% (Cuadro 22).

Según la DIGEPI, a través del sistema de monitoreo Tolerancia Cero, 22 de las 47 muertes por dengue hemorrágico ocurridas en 2007 se concentran en las provincias de Santo Domingo y Santiago. Sin embargo, la letalidad

entre los casos de dengue hemorrágico de la provincia de Santiago es de las más bajas del país. En cambio, en el caso de la provincia de Santo Domingo, que aporta el 18% de las muertes del año, la tasa de letalidad es el doble del valor promedio nacional. La provincia que presentó la mayor tasa de letalidad fue Duarte, con 63% de los casos.

En el caso de la malaria, la tasa de incidencia se ha venido reduciendo desde el año 2005. En los primeros ocho meses del año 2008 se registraron 711 casos menos que en el mismo período del año anterior, y la menor proporción de casos en los últimos 5 años (Cuadro 23). La tasa de letalidad disminuyó en 2005 y 2006, pero ha vuelto a aumentar en 2007 y los primeros ocho meses de 2008, con más de 5.2 muertes por cada mil casos de malaria.

El índice parasitario anual, calculado en base al número de casos de malaria entre la población del país para el año correspondiente por 1,000 habitantes, fue de 0.39 para el año 2006, disminuyendo a 0.28 para el año 2007.

En nuestro país, la malaria afecta predominantemente al sexo masculino (65%) y a la población de 10 a 49 años de edad (74%). El 75% de los casos ocurren en residentes de zonas rurales⁴⁷.

Por otra parte, la malaria en el país tradicionalmente ha estado relacionada con los ciclos de desplazamientos

⁴⁷ Información suministrada por CENCET.

Cuadro 22 - B
Casos y letalidad de la malaria, 2000 a 2008

Casos	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Casos de malaria (enero-diciembre)	1,233	1,038	1,296	1,529	2,355	3,837	3,525	2,711	-
Casos de malaria (enero-agosto)	-	-	-	-	1,537	1,624	2,655	1,742	1,031
Tasa de letalidad malaria (por 1,000 casos)	4.9	15.4	8.5	7.8	6.8	4.2	2.8	5.2	5.8

Fuente: CENCET y DIGEPI.

nacionales e internacionales de fuerza de trabajo migratoria y temporal, sobre todo en la producción de la caña de azúcar. Estos patrones se han modificado considerablemente con las variaciones del perfil económico del país. En la zona de cultivo de la caña aún prevalecen los patrones cíclicos tradicionales, pero cada vez más, la mano de obra migrante se concentra en otros rubros agrícolas (plátanos, tomate, cítricos, habichuelas, arroz, etc.) favoreciendo la transmisión en otras localidades. Del mismo modo, el incremento en las actividades de la industria de la construcción, sobre todo las inversiones en el sector turístico localizadas en zonas rurales y semirurales, donde existen condiciones ecológicas muy favorables para la reproducción del mosquito vector, favorece la migración de obreros desde áreas de elevada endemicidad del país y la isla posibilitando la ocurrencia de casos y brotes en esas localidades.

De acuerdo a la información disponible para el año 2007, la población nacional ha sido estratificada por el Centro Nacional de Control de Enfermedades Tropicales (CENCET) en cuatro niveles de riesgo:

- **Áreas de alto riesgo de transmisión:** Localizadas en los municipios que han registrado una incidencia parasitaria anual (IPA) de más de 10 casos por mil habitantes. Sólo el municipio de Dajabón en la provincia del mismo nombre se encuentra en esta condición. El patrón de transmisión es de endemicidad permanente con brotes epidémicos recurrentes.
- **Áreas de mediano riesgo de transmisión:** Constituidas por los municipios que han registrado una incidencia parasitaria anual (IPA) entre 1 y 10 casos por mil habitantes, y que abarca diez municipios (Pepillo Salcedo, Guayubin, Comendador, Bánica, Sabana Yégu, Azua, El Seibo, Imbert, Loma de Cabrera y Pedernales). El patrón de transmisión es estacional con brotes epidémicos ocasionales.
- **Áreas de bajo riesgo de transmisión:** Formadas por los municipios que han registrado una incidencia parasitaria anual (IPA) de menos de 1 caso por mil habitantes, abarcando 72 municipios.

- **Áreas sin riesgo de transmisión:** Ubicadas en los municipios que no han registrado casos positivos en el último año, incluye 65 municipios.

Resumen de hallazgos del ODM 6, Meta 8

Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves

- Al año 2005, con una tasa de 116 cada cien mil habitantes, la prevalencia general de la tuberculosis (TB) era la mitad de la que había 15 años antes. La mortalidad asociada a la enfermedad también se redujo a la mitad, desde 29 a 14 cada cien mil habitantes.
- En los últimos tres años, la cantidad de casos de dengue ha venido en aumento, y la tasa de letalidad del dengue hemorrágico se ha mantenido entre 21 y 22%.
- En el caso de la malaria, la tasa de incidencia se ha venido reduciendo desde el año 2005. En los primeros ocho meses del año 2008 se registraron 711 casos menos que en el mismo período del año anterior, y la menor proporción de casos en los últimos 5 años. La tasa de letalidad disminuyó en 2005 y 2006, pero ha vuelto a aumentar en 2007 y los primeros ocho meses de 2008, con más de 5.2 muertes por cada mil casos de malaria.



Glosario:

- **Tuberculosis:** Es una enfermedad infecto-contagiosa frecuente y a menudo mortal, causada por diversas especies del género mycobacterium. Es más grave en los niños y ancianos, que pueden morir por ella. La especie más importante y representativa, causante de tuberculosis es el bacilo de Koch. Aunque la tuberculosis es una enfermedad predominantemente de los pulmones, puede también verse afectando el sistema nervioso central, el sistema linfático, circulatorio, genitourinario, gastrointestinal, huesos, articulaciones y la piel. La tuberculosis se transmite por el aire, cuando el enfermo tose o estornuda. Los síntomas clásicos de la tuberculosis son una tos crónica con sangre, fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso. La prevención de contraer tuberculosis radica en programas de rastreo y vacunación, usualmente con BCG.
- **Dengue:** La fiebre del dengue y dengue hemorrágico son enfermedades febriles agudas, causadas por cuatro virus estrechamente relacionados con los serotipos del género Flavivirus. También conocida como fiebre rompe-huesos, caracterizada por fiebre y dolor intenso en las articulaciones y músculos, inflamación de los ganglios linfáticos y erupción ocasional de la piel, el dengue se encuentra a menudo en zonas urbanas de los países desarrollados tropicales. Cada serotipo es bastante diferente, por lo que no existe protección y las epidemias causadas por múltiples serotipos pueden ocurrir. El dengue se transmite a los humanos por el mosquito hembra *Stegomyia aegypti* (antes denominado *Aedes aegypti*).
- **Malaria:** También denominada fiebre palúdica o paludismo, es una enfermedad producida por parásitos del género *Plasmodium*. El vector de la malaria humana son las hembras de mosquitos del género *Anopheles*. Los síntomas son muy variados, empezando con fiebre 8 a 30 días después de la infección, acompañada, o no, de dolor de cabeza, dolores musculares, diarrea, decaimiento y tos.
- **DOTS:** Siglas en inglés para denominar al "Tratamiento breve para observación directa", que es la estrategia recomendada por la Organización Mundial de la Salud para la detección y cura de la tuberculosis. Combina cinco elementos: compromiso político, servicios de microscopía, provisión de medicamentos, sistemas de supervisión y monitoreo, y uso de tratamientos de observación directa.
- **Incidencia:** Es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado.
- **Letalidad:** Es sinónimo de mortalidad. Designa un número proporcional de muertes en una población y tiempo determinado.

Páginas Web – Recursos claves

- Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
www.sespas.gov.do
- Organización Mundial de la Salud
www.who.org

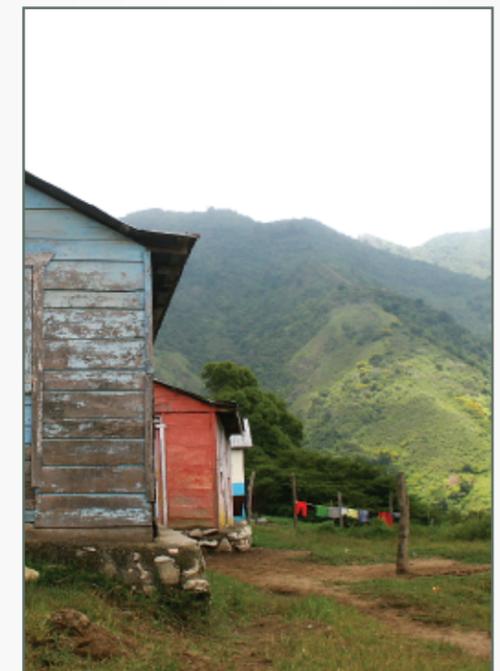
Preguntas para discusión

- ¿Qué desafíos enfrenta el Programa Nacional para el Control de la Tuberculosis? ¿Es posible ampliar el programa?
- Dado el rápido incremento de casos de dengue a partir de 2005, ¿qué acciones complementarias a las ya tomadas deben implementarse de inmediato?
- ¿Por qué la letalidad de los casos de dengue es mayor en Santo Domingo? ¿Se relaciona a condiciones ambientales, poblacionales o a la calidad de atención del servicio de salud?
- ¿Quién es responsable de la alta tasa de letalidad del dengue?
- ¿Es suficiente el conocimiento que tiene la población sobre la transmisión del dengue y la malaria y los métodos para prevenir la expansión de vectores?
- ¿Qué rol pueden tener los gobiernos locales en la prevención del dengue y la malaria?



OBJETIVO 7

Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente



Meta 9:

Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente

Para darle seguimiento al ODM 7, vinculado a la sostenibilidad medioambiental, se definieron tres metas: la primera trata sobre la inclusión de los principios del desarrollo sostenible en las políticas de los gobiernos y la protección de los recursos naturales; la segunda, sobre el acceso de la población a servicios de agua potable y saneamiento; y la última, sobre las carencias de las personas que residen en áreas urbano marginales o tugurios.

En este primer apartado se analiza el avance del país en el cumplimiento de la primera meta, Meta 9, a partir del uso de indicadores relacionados con la superficie cubierta



por bosques, las áreas protegidas, el consumo de energía, las emisiones de sustancias que afectan la capa de ozono, y el uso de combustibles sólidos en los hogares.

Aumento de la cobertura boscosa

La superficie del territorio nacional cubierta por bosques ha venido aumentando sustancialmente durante más de 40 años. Se estima que hacia 1967 sólo había un 12% del territorio con cobertura boscosa, aumentando al 20% en 1980, al 28% en 1998, hasta alcanzar el 33.4% en 2003. Este cambio en la tendencia estuvo basado en una combinación de factores⁴⁸: la diversificación de la economía dominicana, la expansión de las áreas protegidas, los programas gubernamentales de reforestación y control para frenar la tumba de árboles, el subsidio al gas licuado de petróleo, y el crecimiento de la industria, la cual impulsó la migración de la población del campo hacia las ciudades.

A pesar de este avance, se estima que estos cambios no han estado acompañados por la aplicación de instrumentos de gestión ambiental diversificados (Ref. Ley 64-00), tales como los económicos y de mercado, que modifiquen la gobernanza del bosque como recurso, involucrando a los interesados y promoviendo una gestión del recurso más responsable. Los límites de efectividad y eficiencia que supone el costo económico de la aplicación de los instrumentos de comando y control, no permitirían darle sostenibilidad al manejo de los bosques tanto en el mediano como en el largo plazo⁴⁹. Asimismo, a largo plazo, la utilización exclusiva de instrumentos de comando y control no garantiza la sostenibilidad de la gestión del bosque, particularmente por su limitada capacidad para penalizar eficazmente a los infractores⁵⁰. Un enfoque de políticas públicas aplicada con una mezcla de instrumentos de gestión es la mejor solución para la gestión ambiental y de los

⁴⁸ ODH/PNUD 2008.

⁴⁹ Ídem

⁵⁰ Lizardo, Magdalena y Guzmán, Rolando M. 2005. Coordinación de las políticas fiscales y ambientales en la República Dominicana. Serie Medio Ambiente y Desarrollo de la CEPAL No. 100. Chile p. 35.

recursos naturales, y reducir a largo plazo las fallas de coordinación de políticas públicas.

Para alcanzar las metas propuestas, se ha formulado el Proyecto de Ley Sectorial de Recursos Forestales, con la participación del sector privado y las organizaciones de la sociedad civil ambiental. El mismo establece los lineamientos de la política forestal del Estado, la creación de instrumentos económicos y de mercados para la gestión de los recursos forestales, el establecimiento de un Fondo Nacional para el desarrollo del Sector Forestal orientado a desarrollar plantaciones y la industria forestal en manos del sector privado, y otros espacios y disposiciones normativas a fin de procurar el desarrollo de un sector forestal fuerte y dinámico, capaz de aportar al crecimiento económico y a la disminución de la pobreza. También se ha lanzado el Programa Nacional de Pago y Compensación por Servicios Ambientales, con cuatro iniciativas, mediante las cuales se le pagará en efectivo o compensará en especie a los propietarios de bosque o tierra por los servicios ambientales que prestan o puedan prestar sus propiedades.

En el Cuadro 24 se detalla el tipo de bosques que prevalecen en República Dominicana y la cobertura boscosa.

Del total de la superficie del territorio nacional (48 mil km²), un tercio está cubierto con bosques (16 mil km²).

Cuadro 23
 Territorio dominicano cubierto por bosques,
 por tipo de bosque, 2003

Tipo de bosque	Km ²	% en total	% en bosques
Bosque conífero abierto	2,924	6.1%	18.3%
Bosque de humedales de agua dulce	53	0.1%	0.3%
Bosque latifoliado húmedo	4,428	9.3%	27.8%
Bosque latifoliado nublado	2,035	4.3%	12.8%
Bosque latifoliado semi húmedo	2,062	4.3%	12.9%
Bosque seco	4,434	9.3%	27.8%
Total bosques	15,936	33.4%	100.0%
Total vocación forestal (estimada)	31,900	67%	-
Total tierra	47,703	100.0%	-

Fuente: SEMARENA.

Sin embargo, la tierra de vocación forestal abarca el 67% de la superficie del territorio nacional (32 mil km²), por lo que el territorio cubierto con bosques es la mitad de la superficie de vocación forestal. La superficie bajo manejo forestal es de 52,075 hectáreas, lo que equivale al 3.3% de la superficie con bosques.

Áreas protegidas y conflictos en aumento

El territorio incorporado al Sistema Nacional de Áreas Protegidas (SINAP) ha venido aumentando en el país. Hacia 1990 se estimaba que un 11.7% de la superficie correspondía a áreas protegidas. En 1998, su extensión ocupaba el 16.2% del territorio; en el año 2000, el 19%, y a partir de la Ley sectorial 202 del año 2004, las áreas protegidas ocupan el 24.8% de la superficie. De este total, el 85% de la superficie está en 22 Parques Nacionales.

Las áreas protegidas son reservorios de vida que contribuyen a mantener los equilibrios en los ecosistemas. Su presencia se justifica por la importancia de lo que contiene, de conservarlo para garantizar los procesos ecológicos esenciales y los servicios ambientales de las diversidades genéticas, de especies y ecosistemas que contienen, así como las conectividades entre ellos.

A fin de alcanzar los propósitos del SINAP, la Secretaría de Estado de Medio Ambiente y Recursos Naturales ha adoptado la Política para la Gestión Efectiva del Sistema Nacional de Áreas Protegidas, en la cual se identifican ejes estratégicos, programas y actividades que permiten superar las dificultades y vacíos que impiden que el SINAP sea un efectivo instrumento para la protección y conservación de la parte fundamental del patrimonio natural dominicano.

Como se menciona en el INDH 2008, el establecimiento de las áreas protegidas ha sido fuente de conflictos, ya sea porque ha implicado desplazamientos de actividades y personas o por conflictos que se desprenden del potencial uso económico alternativo de esos espacios, por ejemplo para fines turísticos. Por lo tanto, es importante tener en cuenta que la creación de un área protegida no es exclusivamente un mecanismo de protección de la naturaleza, sino que implica también un cambio en la propuesta

social existente para el uso de una parte del territorio nacional.

El uso de energía se está reduciendo

La tendencia observada en la última década es hacia la disminución en el consumo de energía en relación al PIB. Efectivamente, a pesar de que a principios de la década del '90 se observó un aumento en el uso energético, a partir de mediados de los '90 la tendencia cambió hacia la disminución, junto con la consolidación del modelo económico liderado por el turismo y las zonas francas (Gráfico 39).

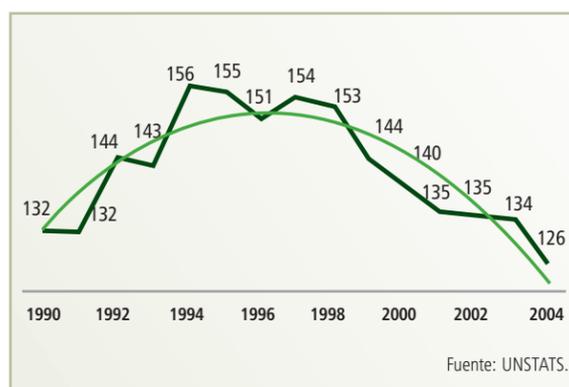
En comparación con los demás países de la región, República Dominicana ocupa el sexto lugar de 21 países, de menor uso de energía en relación al tamaño de su economía, como se aprecia en el Cuadro 25.

Oferta de energía renovable y no renovable

Entre 2002 y 2004, la oferta total de energía disminuyó un 5%, al pasar de 58 a 55 millones de Bep.⁵¹ (Cuadro 26). En República Dominicana, la generación de energía es principalmente a través de fuentes no renovables, las cuales representan el 82% del total. El 18% restante es a través de fuentes renovables.

En lo que respecta a la oferta de energía generada por medios no renovables (petróleo, gas natural, carbón), la

Gráfico 39
Uso de energía (equivalente en kg. de petróleo) por 1,000 dólares del PIB (PPA)



Cuadro 24
Uso de energía en países de América Latina y el Caribe, 2004

País	Uso de energía en kg. de petróleo (por US\$ 1,000 PPA de PIB)
Trinidad y Tobago	712
Jamaica	409
Venezuela	390
Bolivia	225
Ecuador	207
Nicaragua	191
Honduras	183
Haití	180
México	173
Chile	171
Paraguay	164
Guatemala	153
Brasil	148
El Salvador	143
Argentina	141
Rep. Dominicana	126
Panamá	124
Costa Rica	100
Uruguay	100
Colombia	99
Perú	93

Fuente: UNSTATS

misma se redujo durante este período en un 8.1%. Por su parte, la energía generada a través de fuentes renovables (hidráulica, leña) se incrementó en un 8.4%, debido tanto al aumento de la energía hidráulica, que pasó de 0.68 a 1.23 millones de Bep. (80% de aumento) como de la energía a partir de leña, que aumentó de 8.28 a 8.44 millones (2% de aumento).

Por lo tanto, a pesar de haber aumentado la generación hidráulica, con un valor positivo para el medio ambiente porque implica una energía más limpia, la leña sigue teniendo un alto peso relativo en la generación por medios renovables y sigue incrementándose. En 2004, la participación de la energía proveniente de leña era del

⁵¹ La unidad de medida es Barriles equivalentes de petróleo (Bep.)

Cuadro 25
Oferta de energías renovables y no renovables en República Dominicana, en miles de barriles equivalentes de petróleo, 2002 y 2004

Oferta por fuente	2002			2004			Variación 2002-2004
	Miles de Bep.	Peso relativo parcial cada fuente	Peso relativo total	Miles de Bep.	Peso relativo parcial cada fuente	Peso relativo total	
Oferta total de energía	57,777		100%	54,635		100%	-5%
Oferta de energía no renovable	Petróleo	14,144	29%	15,753	35%	29%	11%
	Otras no renovables	34,367	71%	28,840	65%	53%	-16%
	Total oferta no renovables	48,511	100%	84%	44,593	100%	82%
Oferta de energía renovable	Hidráulica	680	7%	1,225	12%	2%	80%
	Leña	8,275	89%	8,440	84%	15%	2%
	Otras renovables	311	3%	376	4%	1%	21%
	Total oferta renovables	9,266	100%	16%	10,041	100%	18%

Fuente: CEPAL 2006.

84% en el total de energía renovable, y la de la hidráulica, del 12%.

En el total de energía generada, tanto de fuentes no renovables como renovables, el mayor peso relativo lo tiene el petróleo (29%), seguido de la leña (15%) y por último la hidráulica (2%). También hay otras fuentes renovables (bagazo de caña, principalmente, solar y otras proveniente de biomasa) y no renovables (carbón y gas natural).

En conclusión, de acuerdo a la variación observada entre 2002 y 2004, se puede afirmar que el país mejoró su matriz energética o relación energía no renovable versus renovable, al pasar de 84% - 16%, a 82% - 18%, no renovable contra renovable.

La reciente aprobación de la Ley 57-07 de Incentivo al Desarrollo de las Fuentes Renovables de Energía se espera que contribuya, desde el punto de vista medioambiental, a reducir las emisiones de gases de efecto invernadero que generan el cambio climático a nivel mundial, el cual repercute de manera especial en países insulares en desarrollo, como República Dominicana.

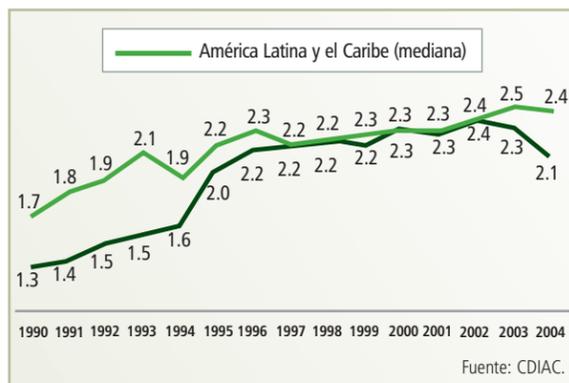
En comparación con los demás países de la región, República Dominicana tiene una proporción de la oferta de energía con medios renovables (18%) menor que la mediana de los demás países (22%). En el primer lugar está Paraguay, cuya oferta de energía renovable es del 94%, principalmente de origen hidroeléctrica. Le sigue Haití, con un 61% de oferta renovable, pero casi la totalidad es a partir de leña y carbón. Costa Rica y Nicaragua generan más de la mitad de la energía por medios renovables, pero en Costa Rica es mayormente hidroeléctrica, mientras que en Nicaragua es por leña y carbón.

¿Cuál ha sido la evolución de la emisión de sustancias que afectan el calentamiento global?

Las emisiones de dióxido de carbono (CO²) equivalente per cápita han venido en aumento desde principios de los '90, sin embargo se aprecia un cambio en la tendencia reciente, en los años 2003 y 2004, cuando disminuyeron dos años de manera consecutiva. Con esta poca información, es prematuro predecir una tendencia decreciente de la emisión de CO², dado que podría tratarse de un estan-

Gráfico 40

Emissiones de CO² per cápita (Ton. métricas), República Dominicana y América Latina y el Caribe, 1990 a 2004



camiento en valores del orden de las 2.2 toneladas métricas per cápita (Gráfico 40). Comparando los valores de 1990 con los de 2004, la emisión per cápita pasó de 1.3 a 2.1 toneladas métricas.

Con estos valores, República Dominicana se encuentra por debajo de la mediana de los países de América Latina y el Caribe. Y al igual que nuestro país, la mayoría de los demás países de la región han aumentado los niveles de emisión de CO² per cápita, excepto Bahamas, México, Cuba, Colombia y Bolivia, que la redujeron (Gráfico 41).

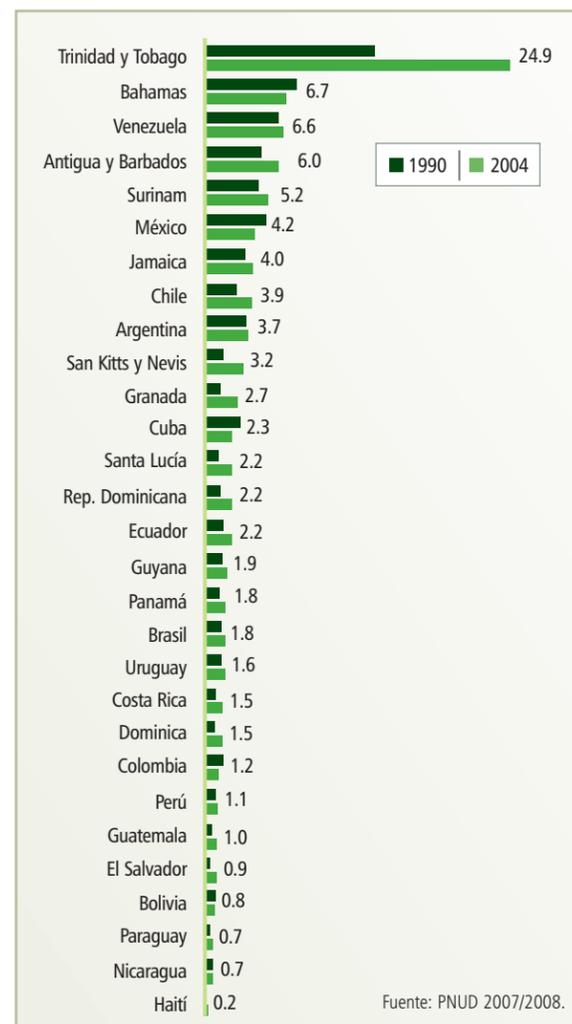
Con relación a todas las sustancias que agotan la capa de ozono, la principal de ellas es el consumo de clorofluorocarbonos (CFC). Las mediciones indican que el consumo de estas sustancias en el país ha sido irregular, sin embargo, parece observarse una tendencia hacia la reducción del mismo (Gráfico 42). En el año 2005 se consumieron 204 toneladas de PAO⁵² de CFC y en total 262 toneladas de PAO de todas las sustancias que afectan la capa de ozono; estas cifras son inferiores a las registradas a principios de la década anterior, en 1992.

Sigue elevado el porcentaje de hogares que utilizan combustibles sólidos para cocinar

La proporción de hogares que utilizan combustibles sólidos para cocinar⁵³ era de más del 12% en el año

Gráfico 41

Emissiones de CO² per cápita en América Latina y el Caribe, 1990 y 2004



2006⁵⁴. En los últimos años esta proporción se ha mantenido entre el 10 y 13%, lo que implica que no se ha verificado una reducción, sino que la tendencia ha sido hacia el

⁵² PAO es el Potencial de Agotamiento de la Capa de Ozono, y se mide en toneladas.

⁵³ En los combustibles sólidos se incluye: carbón, leña, paja, arbustos, hierba, estiércol de animales o residuos de cosechas agrícolas.

⁵⁴ La encuesta ENHOGAR 2006 lo estima en 12.6% y la ENFT 2006 en 12.4%.

Gráfico 42

Consumo de CFC y de todas las sustancias que agotan la capa de ozono (toneladas de PAO), 1992 a 2005

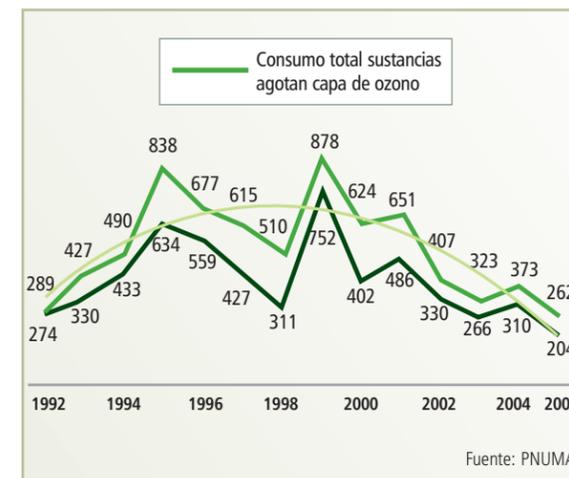
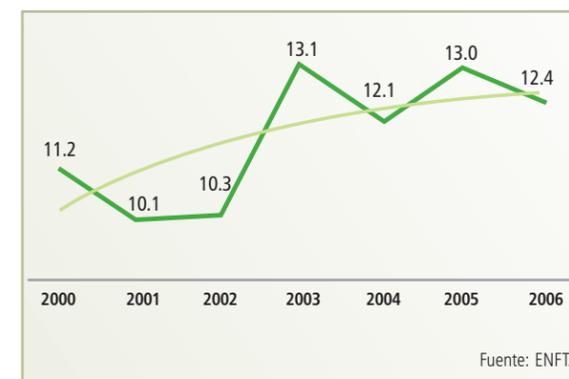


Gráfico 43

Porcentaje de hogares que usan combustibles sólidos para cocinar, 2000-2006



aumento (Gráfico 43). El uso de este tipo de combustible no sólo ocasiona daños al medioambiente, por la deforestación y la contaminación derivada, sino que también afecta la salud de las personas.

Los hogares pobres son los que utilizan en mayor medida combustibles sólidos para cocinar. Así pues, en el año 2006, el 53% de los hogares del quintil más pobre usaba este tipo de combustible. Esta proporción se reducía

al 6% entre los hogares del segundo quintil más pobre, y era de sólo 1% para el tercer quintil.

Esta situación se refleja asimismo en las regiones con altos niveles de pobreza. En las regiones de El Valle (provincias de Elías Piña y San Juan) y Enriquillo (Independencia, Bahoruco, Barahona y Pedernales), la proporción de hogares que utilizaban combustibles sólidos para cocinar era de 42.8 y 35.7%, respectivamente. En el otro extremo, en la región Ozama (Santo Domingo y Distrito Nacional) esta proporción era de sólo 2.1%, y en el Cibao Norte (Santiago, Puerto Plata y Espaillat), alcanzaba solamente al 7.7%.

A esta situación puede añadirse el considerable trasiego ilegal de leña y carbón desde la zona fronteriza dominicana a Haití⁵⁵, elevando la presión en los bosques del país.

Por último, cabe mencionar que el gas propano es el combustible más utilizado en el país para cocinar, puesto que se emplea en el 80.3% de los hogares. El precio de este combustible está subsidiado por el gobierno central.

Resumen de hallazgos ODM 7, Meta 8

Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente

- La superficie del territorio nacional cubierta por bosques ha venido aumentando sustancialmente durante más de 40 años, hasta alcanzar el 33.4% del territorio nacional en 2003. La tierra de vocación forestal abarca el 67% de la superficie del territorio nacional, por lo que el territorio cubierto con bosques es la mitad de la superficie de vocación forestal. La superficie bajo manejo forestal es de 52,075 Has., lo que equivale a 3.3% de la superficie con bosques.

⁵⁵ FLACSO, INESA. 2003. "Inventario de los conocimientos e intervenciones sobre la zona fronteriza Haití-República Dominicana." (p. 123).



- El territorio incorporado al Sistema Nacional de Áreas Protegidas (SINAP) también ha venido aumentando en el país, desde un 11.7% del territorio en 1990, hasta el 24.8% a partir del año 2004. De este total, el 85% de la superficie está en 22 Parques Nacionales.
- La tendencia observada en la última década es hacia la disminución en el consumo de energía en relación al PIB, junto con la consolidación del modelo económico liderado por el turismo y las zonas francas. Con un uso de energía de 126 kg de petróleo cada US\$1,000 PPA de PIB, República Dominicana ocupa el sexto lugar de 21 países de América Latina y el Caribe, de menor uso de energía en relación al tamaño de su economía.
- Entre 2002 y 2004, la oferta de energía no renovable ha aumentado en el país, llegando a representar el 18% del total de la energía generada en 2004. Sin embargo, el 84% de este tipo de energía sigue siendo a partir de carbón y leña, lo cual perjudica en gran medida al medioambiente en cuanto a la deforestación y contaminación.
- Las emisiones de dióxido de carbono (CO₂) equivalente per cápita han venido en aumento desde principios de los '90, sin embargo se aprecia un cambio en la tendencia reciente, en los años 2003 y 2004, lo cual podría tratarse de una estabilización en cifras de unas 2.2 toneladas métricas per cápita.
- La proporción de hogares que utilizan combustibles sólidos para cocinar era de más del 12% en el año 2006, verificándose una tendencia hacia el aumento. El 53% de los hogares del quintil más pobre usaba este tipo de combustible. En las regiones de El Valle y Enriquillo la proporción de hogares era de 42.8 y 35.7%, respectivamente.

Glosario:

- **Desarrollo sostenible:** El término desarrollo sostenible, perdurable o sustentable se aplica al desarrollo socio-económico y fue formalizado por primera vez en el documento conocido como Informe Brundtland (1987), fruto de los trabajos de la Comisión Mundial de Medio Ambiente y Desarrollo de Naciones Unidas, creada en Asamblea de las Naciones Unidas en 1983. Dicha definición se asumirá en el Principio 3.º de la Declaración de Río (1992): "Satisfacer las necesidades de las generaciones presentes sin comprometer las posibilidades de las del futuro para atender sus propias necesidades". El desarrollo sostenible no se centra exclusivamente en las cuestiones ambientales. En términos más generales, las políticas de desarrollo sostenible afectan a tres áreas: económica, ambiental y social. En apoyo a esto, varios textos de las Naciones Unidas, incluyendo el Documento Final de la Cumbre Mundial de 2005, se refieren a los tres componentes del desarrollo sostenible, que son el desarrollo económico, el desarrollo social y la protección del medio ambiente, como "pilares interdependientes que se refuerzan mutuamente".
- **Desarrollo sostenible de recursos naturales:** Uso y potencial de los recursos naturales de una manera racional, garantizando su protección y recuperación, de tal manera que no se altere el equilibrio ambiental; se asegura así el aprovechamiento permanente de los recursos naturales por varias generaciones.
- **Área protegida:** Zona especialmente escogida para lograr la conservación de un ecosistema, de la diversidad biológica y genética, o de una especie determinada.
- **Parque nacional:** Categoría de Área Natural Protegida, que se caracteriza por tener un área extensa, bajo un régimen de propiedad estatal o mixto; contiene uno o más sistemas naturales inalterados o poco alterados y rasgos naturales sobresalientes de interés nacional o regional. Permite la utilización controlada, en base a una zonificación para fines recreativos, educativos, de turismo o investigación científica.
- **Conservación:** Gestión dirigida a la preservación y uso racional de los recursos naturales, para asegurar el mayor beneficio, que tiene el desarrollo sostenible de la sociedad.
- **Deforestación:** Tala de un bosque con el propósito de crear tierra arable, para usos agrícolas o ganaderos y aprovechar la madera para la construcción o propósitos industriales y comerciales. Este proceso elimina la floresta y su sotobosque, alterando todo el ecosistema, pero particularmente dañina resulta la pérdida de humos del suelo.
- **Uso racional:** manejo adecuado de un recurso. Esta utilización presupone la aplicación de métodos de conservación ambiental.
- **Diversidad biológica:** Variedad de formas de vida que ocupan determinada región, la función ecológica que llevan a cabo y las variedades genéticas que contienen.
- **Diversidad genética:** Variedad extensa genética de un organismo, especie, población o ecosistema, que influye en el papel que efectúan los diferentes niveles biológicos de los sistemas de la biosfera. Estos niveles son interdependientes de modo que la conservación final de los ecosistemas está íntimamente relacionada con la conservación de la diversidad biológica.
- **Ecosistema:** Conjunto o sistema formado por una o más comunidades bióticas (seres vivos) con el medio físico (recursos abióticos) que le rodean, en una zona determinada. Unidad fundamental de la biosfera, con un nivel alto de organización y con mecanismos muy sensibles de retroalimentación e información bioquímica.
- **Recursos naturales:** cualquier factor del medio ambiente natural, que pueda significar algún provecho al hombre. Como el agua, el aire, el suelo, los minerales, la vegetación, vida silvestre. Son indispensables para el hombre, ya que proveen alimentación, abrigo, construcción, gestación de energía y satisfacción estética.
- **Energías renovables:** Recursos energéticos continuamente disponibles o renovables. Por ejemplo, energía solar, eólica, marea, biomasa, hidroeléctrico, geotérmico
- **Cambio climático:** Cambio del clima atribuido directa o indirectamente a actividades humanas que alteran la composición de la atmósfera mundial, y que viene a añadirse a la variabilidad natural del clima observada durante períodos de tiempo comparables.
- **CFC:** Clorofluorcarbonados. Compuestos que contienen uniones de Cloro y Flúor que se han usado como



Glosario:

refrigerantes antes del Protocolo de Montreal. Estos compuestos se ha demostrado que destruyen la capa de ozono estratosférica. Estos compuestos también pueden actuar como gases invernadero.

- **CO2:** Gas presente espontáneamente en la naturaleza, que se crea también como consecuencia de la quema de combustibles de origen fósil y bioma-

sa, así como de cambios en el uso de la tierra y otros procesos industriales. Es el principal gas de efecto invernadero antropógeno que afecta al balance radiactivo de la Tierra. Es el gas que se toma como marco de referencia para medir otros gases de efecto invernadero, y por lo tanto su Potencial de Calentamiento de la Tierra (PCT) es 1.

- **Efecto de invernadero:** Se le conoce así a la capacidad de la atmósfera terrestre para expulsar la radiación de onda corta del Sol (la radiación directa y dispersa) y retener la de onda larga de la Tierra. Es como el efecto de un cristal: deja pasar la luz solar y retiene la radiación de onda larga que retorna.

Páginas Web – Recursos claves

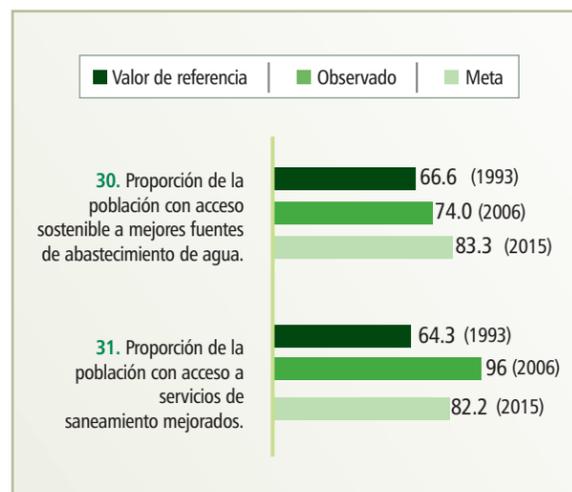
- Secretaría de Estado de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARN)
www.medioambiente.gov.do
- Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA)
www.unep.org
- Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático (IPCC)
www.ipcc.ch
- Centro de Análisis de la Información sobre Dióxido de Carbono (CDIAC)
www.cdiac.ornl.gov

Preguntas para discusión

- ¿Es sostenible el nivel de cobertura boscosa alcanzado dado la baja regulación en materia ambiental?
- ¿Se está avanzando en el arbitrio de los conflictos alrededor de las áreas protegidas? ¿Quiénes ganan y quiénes pierden?
- ¿Cuáles criterios o intereses realmente prevalecen en la regulación de las áreas protegidas?
- ¿Qué tipo de apoyo necesitan las experiencias de co-manejo de áreas protegidas para ser autosostenibles? ¿Mediante qué políticas pueden auspiciarse nuevos emprendimientos de este tipo?
- ¿Cuál será el impacto de la Ley 57-07 de Incentivo al Desarrollo de las Fuentes Renovables de Energía en la generación de energía por medios no contaminantes y con recursos renovables?
- ¿Cómo se puede incentivar exitosamente el ahorro de energía?
- ¿Qué medidas pueden aplicarse a nivel local para reducir la contaminación ambiental?
- ¿Hasta cuándo se seguirá subsidiando la energía y el gas natural? ¿Quiénes son los principales beneficiarios de estos subsidios? ¿Qué políticas alternativas se pueden definir ante el aumento del precio internacional del petróleo?

Meta 10

Reducir a la mitad para el año 2015 el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento.



Meta 11

Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios.



Las dos últimas metas que acompañan al ODM 7 se relacionan con asegurar a las personas condiciones de vida mínimas, como son acceso a agua potable y saneamiento (Meta 10) y viviendas de calidad (Meta 11).

2 millones 370 mil personas no tienen acceso a una fuente mejorada de agua para beber

La proporción de hogares con acceso a fuentes sostenibles de agua potable y servicios de saneamiento mejorados ha aumentado desde la medición del Censo Nacional de 1992. El acceso a fuentes de agua mejoradas pasó del 67% de hogares en 1992 al 74% en 2006, mientras que el acceso a saneamiento adecuado aumentó desde el 64% al 96% en el mismo período⁵⁶. A pesar de esta mejora, las cifras indican que aún hay unos 2 millones 370 mil personas que carecen de acceso a agua potable y 350 mil que no tienen servicio de saneamiento adecuado.

Sin embargo, hay que destacar que la proporción de hogares que tenía acceso a fuentes de agua mejoradas se deterioró en el año 2006 un 4% respecto del año anterior. Así pues, en el año 2005 se habían registrado un 78% de hogares con acceso a agua potable (Gráfico 45). A pesar de que con el deterioro registrado en el último año no es posible inferir un cambio en la tendencia de largo plazo, es una situación que merece prestarle la mayor atención en los años que siguen.

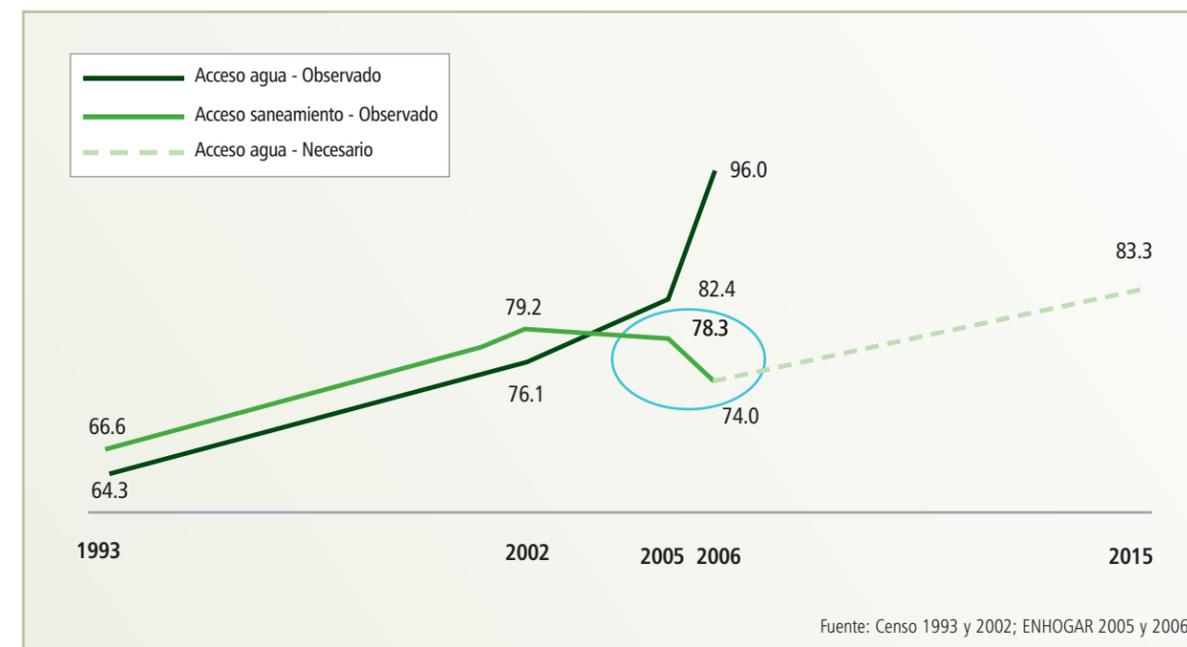
La meta 10 de los ODM plantea reducir a la mitad la proporción de la población que no dispone de agua potable ni saneamiento adecuado, por lo que, tomando como línea base las cifras de 1993, para alcanzar la meta, el porcentaje de población que no dispone de agua potable debe reducirse desde 33% a 16.5% (la cobertura debe alcanzar al 83%) y el porcentaje que no dispone de servicios adecuados de saneamiento, desde 36% a 18% (cobertura de 82%). Dados los valores observados en 2006, se puede concluir que aún se requiere aumentar la provisión de agua a un 9% del total de hogares, mientras que la meta vinculada con el acceso a saneamiento mejorado ya se superó con los niveles actuales.

A pesar de que en los ODM se han planteado estas metas de cobertura mínima, disponer a agua potable y saneamiento son necesidades básicas de los hogares que

⁵⁶ Cifras de 2006 en base a ENHOGAR 2006.

Gráfico 44

Porcentaje de hogares con acceso a fuente mejorada de agua potable y a saneamiento mejorado, 1993 a 2006 y tendencia necesaria



Fuente: Censo 1993 y 2002; ENHOGAR 2005 y 2006.

tienen repercusiones en la calidad de vida de todas las personas, en su salud, educación, nutrición, tiempo libre, productividad, entre otros. En este sentido, es importante considerar que en el 10% de los hogares, el tiempo que les toma a sus miembros conseguir agua es menos de 15 minutos, y que en el 6.5% de los hogares les toma entre 15 minutos y una hora⁵⁷.

Acerca de la equidad en el acceso al agua potable y saneamiento adecuado

En términos de equidad, no deberían existir diferencias entre los hogares más pobres y los más ricos en el acceso a servicios básico. Sin embargo, estas diferencias existen y son marcadas, en detrimento de la población de menor ingreso. En efecto, poco más de la mitad de los hogares del quintil más pobre tiene acceso a agua potable

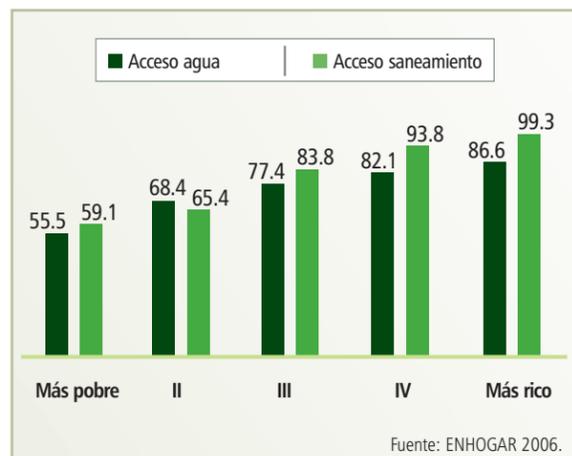
⁵⁷ ENHOGAR 2006.

de fuente mejorada, comparado con el 87% de los hogares de mayor ingreso. En los servicios de saneamiento la diferencia es mayor, puesto que el 59% de los hogares de menor ingreso tienen cobertura, mientras que prácticamente ningún hogar del quintil más rico carece del servicio. Las diferencias se aprecian en el Gráfico 45.

Otra consideración desde el punto de vista de la equidad es la zona o región de residencia. En cuanto al acceso a fuentes de agua para beber, las zonas urbanas tienen una cobertura (83%) mucho más alta que las áreas rurales (57%). En cambio, la proporción de hogares con saneamiento adecuado es similar entre ambas zonas de residencia, superando la zona urbana (98%) a la rural (93%).

La disponibilidad de ambos servicios en las distintas regiones del país se muestra en el Gráfico 46. Las mayores carencias de acceso a agua para beber están concentradas claramente en las regiones del centro y este del país, en las regiones Cibao Nordeste, Higuamo, Cibao Sur y Yuma. En

Gráfico 45
Porcentaje de la población con acceso a una fuente mejorada de agua y a servicio sanitario mejorado, por quintil de ingreso, 2006



cambio, las menores coberturas de saneamiento se observan en la zona fronteriza sur (regiones de Enriquillo y El Valle).

La carencia de fuentes de agua para beber afecta más a las mujeres adultas

En los hogares que no disponen de acueducto dentro de la vivienda, las mujeres adultas son las que principalmente realizan la tarea de recoger el agua que es usada en el hogar (41%), y en segundo lugar los hombres adultos del hogar (28%). Esta situación refleja una grave falta de equidad de género, dado que la falta de acceso a agua para beber representa un peso mucho mayor para las mujeres, afectando sus oportunidades y su calidad de vida.

En tercer lugar, son hombres adultos no miembros del hogar (9%) quienes recogen al agua, y en cuarto lugar son niños varones menores de 15 años (4%).

La población que vive en tugurios

La población que habita en tugurios se ha redefinido como aquella que reside en zonas urbanas y que vive en hogares que presentan al menos una de las siguientes

carencias: (a) acceso a fuente mejorada de agua; (b) acceso a saneamiento mejorado; (c) hacinamiento (3 ó más personas por habitación); y (d) vivienda construida con materiales no duraderos.

En República Dominicana se ha experimentado un fenómeno creciente de urbanización a raíz del cambio de modelo económico, donde se sustituyó la producción y exportación de productos agrícolas por servicios de turismo y zonas francas, y el ingreso de las remesas de los dominicanos residentes en el exterior. Al año 2002, el 64% de la población dominicana residía en áreas urbanas, concentrada principalmente en pocas ciudades. Este rápido crecimiento no fue acompañado de la dotación de los servicios que necesitaba esta mayor población, por lo que creció la proporción de residentes en zonas urbanas habitando en viviendas que presentaban una o más carencias que las clasifican como tugurios.

Gráfico 46
Acceso a fuente agua para beber y servicio sanitario mejorados, por regiones, 2006



Siguiendo la definición, al año 2002, un 53% de los hogares urbanos (742 mil hogares) eran considerados tugurios, es decir, prácticamente la mitad de los hogares urbanos presentaban al menos una de las deficiencias mencionadas. Hacia el año 2005, la encuesta ENHOGAR permitió realizar una nueva estimación, la cual mostró una reducción de la proporción de hogares considerados tugurios, alcanzando en esta oportunidad el 33% de los hogares urbanos.

En definitiva, aunque parece haber disminuido el porcentaje de hogares urbanos con deficiencias, aún hay 500 mil hogares y unos 2 millones de personas viviendo en condiciones inapropiadas.

Resumen de hallazgos ODM 7, Metas 10 y 11

Reducir a la mitad para el año 2015 el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento

- Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios
- La proporción de hogares con acceso a fuentes sostenibles de agua potable y servicios de saneamiento mejorados ha aumentado desde la medición del Censo Nacional de 1992. El acceso a fuentes de agua mejoradas pasó del 67% de hogares en 1992 al 74% en 2006, mientras que el acceso a saneamiento adecuado aumentó desde el 64% al 96% en el mismo período. Por lo que hay 2,37 millones de personas que carecen de acceso a agua potable y 350 mil que no tienen servicio de saneamiento adecuado.
- Dados los valores observados en 2006, se puede concluir que aún se requiere aumentar la provisión de agua potable a un 9% del total de hogares, mientras que la meta vinculada con el acceso a saneamiento mejorado ya se superó con los niveles actuales.
- La población de menor ingreso tiene menor acceso a servicios básicos de agua potable y saneamiento que la de mayores ingresos, afectando la equidad. También

se observan diferencias de acceso según la zona de residencia, afectando las áreas rurales, y las algunas regiones del país.

- También hay problemas de equidad de género debido a la falta de acueducto dentro de las viviendas. En estos hogares, las mujeres adultas son las que principalmente recogen el agua que es usada en el hogar (41%), seguidas de los hombres adultos del hogar (28%).
- Según la definición de tugurios, como los hogares de zonas urbanas que presentan al menos una de las siguientes carencias: (a) acceso a fuente mejorada de agua; (b) acceso a saneamiento mejorado; (c) hacinamiento; y (d) vivienda construida con materiales no duraderos; los hogares que presentaban estas características era el 53% de los hogares urbanos en el año 2002. Al año 2006, esta proporción se redujo al 33% de hogares urbanos, lo que representa unos 500 mil hogares y 2 millones de personas viviendo en condiciones precarias.



Glosario:

- **Fuentes de agua mejorada:** Se considera un acceso mejorado a cualquiera de los siguientes tipos de fuentes de agua potable: conexiones en la vivienda, fuentes públicas, pozos perforados, pozos excavados protegidos, manantiales protegidos y depósitos de agua de lluvia.
- **Acceso mejorado:** se define como la disponibilidad de al menos 20 litros por persona diario de una fuente situada no más lejos de 1 kilómetro de la vivienda.
- **Servicios de saneamiento:** Medios sanitarios de eliminación de excretas humanas, en el hogar en una distancia conveniente del mismo. Las facilidades mejoradas van desde simple letrinas hasta inodoros. Para ser efectivas las facilidades deben de estar correctamente construidas y mantenidas.

Páginas Web – Recursos claves

- Oficina Nacional de Estadística (ONE)
www.one.gov.do
- Base estadística de CEPAL (CEPALSTAT)
www.eclac.org/estadisticas

Preguntas para discusión

- ¿Cuántos recursos hacen falta para ampliar la cobertura de agua potable y saneamiento a toda la población?
- ¿Qué proporción de la red de agua potable y alcantarillado está en buenas condiciones y qué proporción debe reemplazarse?
- ¿Qué programas de crédito pueden ofrecerse para mejorar la calidad de las viviendas y solucionar el déficit habitacional?
- ¿En qué pueden contribuir los gobiernos locales?



OBJETIVO 8

Fomentar una alianza mundial para el desarrollo



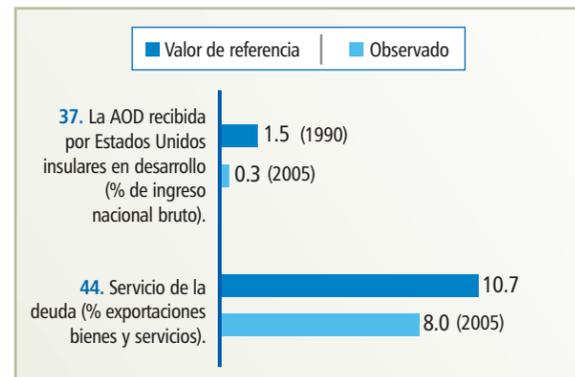


Meta 14

Atender las necesidades especiales de los países en desarrollo sin litoral y de los pequeños Estados insulares en desarrollo.

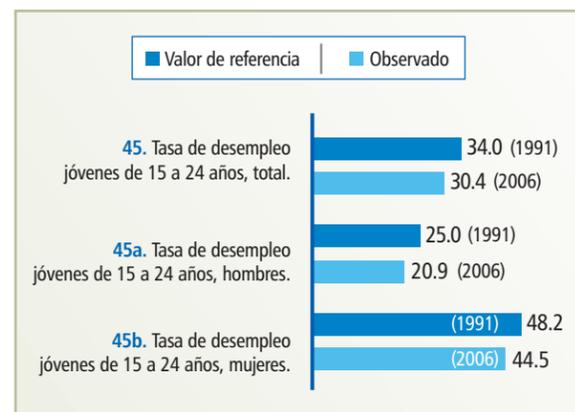
Meta 15

Encarar de manera general los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo.



Meta 16

En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a los jóvenes un trabajo digno y productivo.



Para la consecución del ODM 8 se plantearon siete metas muy diversas que tienen que ver con un sistema comercial y financiero no discriminatorio, apoyar el desarrollo de los países menos adelantados, sin litoral o insulares, la sostenibilidad de la deuda externa, oportunidades laborales para los jóvenes, acceso a medicamentos y aprovechamiento de las nuevas tecnologías de la información y comunicación.

Algunas de estas metas no aplican a República Dominicana, ya sea porque están vinculadas con el desempeño de los países de la OCDE o con países más pobres o bajo circunstancias particulares. La meta 17 de acceso a medicamentos esenciales sí se relaciona con el país, pero lamentablemente no existen datos de acceso a medicamentos por parte de la población. Las metas que más se relacionan con República Dominicana y para las cuales hay indicadores, son: la meta 14 sobre países insulares, la meta 15 sobre endeudamiento, la meta 16 sobre trabajo juvenil, y la meta 18 sobre nuevas tecnologías.

La asistencia oficial al desarrollo y la deuda pública

En cuanto a la Meta 14, al ser el país un estado insular en desarrollo, se analiza la asistencia oficial para el desarrollo (AOD) que ha recibido en los últimos años. En relación al ingreso nacional bruto, la AOD ha disminuido desde 1990 hasta el año 2005, alcanzando en este último año sólo a un 0.3% (Gráfico 47).

En cuanto a la sostenibilidad de la deuda, relacionada con la Meta 15, en la década del '90, República Dominicana redujo paulatinamente el servicio de la deuda como porcentaje de sus ingresos de divisas, alcanzando al 4.1% en 1999. Sin embargo, los mayores niveles de endeudamiento que se incurrieron a partir del año 2000, y de manera más severa en los años 2003 y 2004, han ocasionado que a 2005 el servicio de la deuda comprometa el 8% de los ingresos nacionales por exportaciones de bienes, servicios e ingresos netos del exterior (Gráfico 48).

La información más reciente sobre la evolución de los servicios de la deuda pública como porcentaje del PIB indi-

Gráfico 47
Asistencia oficial para el desarrollo recibida (% ingreso nacional bruto)

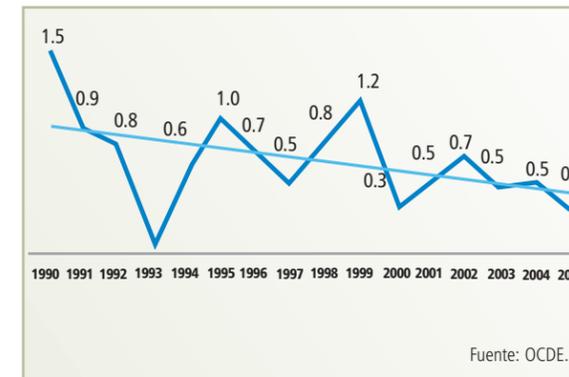


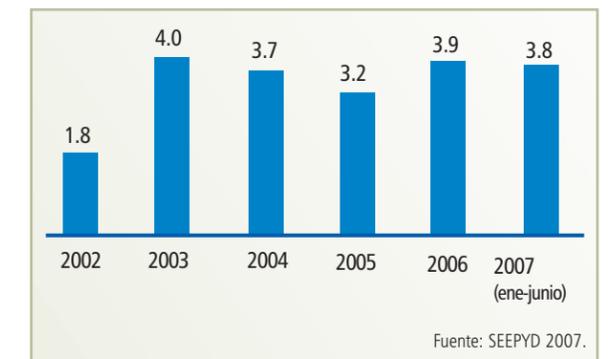
Gráfico 48

Servicio de la deuda (% de las exportaciones de bienes, servicios e ingreso neto del exterior)



Gráfico 49

Servicios de la deuda como % del PIB, 2002 a 2007 (enero-junio)



ca que en 2003 se duplicó respecto del valor del año anterior, al pasar del 1.8% al 4% (Gráfico 49). Posteriormente se mantuvo en valores cercanos a esa cifra, y en el primer semestre de 2007 había representado el 3.8% del PIB y el 18.8% del gasto del gobierno central, absorbiendo una cantidad importante de recursos que podrían haberse destinado, por ejemplo, a servicios sociales. Cabe mencionar que esta situación se originó principalmente a raíz del fraude bancario descubierto en mayo de 2003 y la decisión del gobierno central de asumir la totalidad de los depósitos, que ascendían al 11% del PIB, generando un déficit cuasifiscal del Banco Central de unos tres mil millones de dólares.

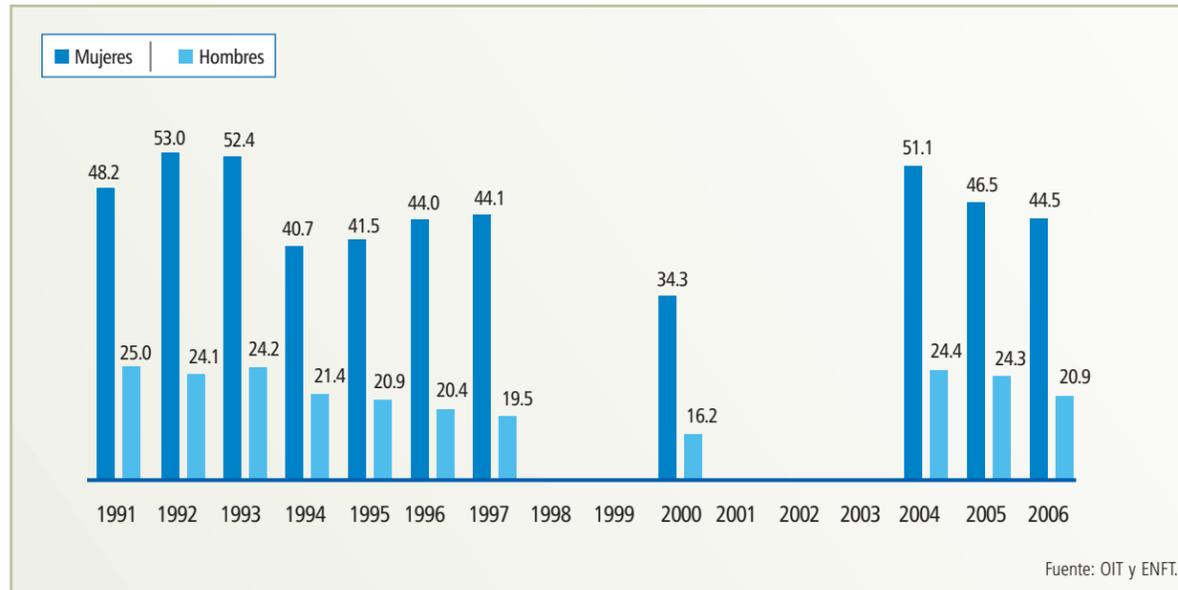
Para el año 2008 se ha previsto una recapitalización del Banco Central para limitar el déficit cuasifiscal y reducir el peso de los servicios de la deuda en el presupuesto nacional.

La tasa de desempleo de los jóvenes es 2.5 veces superior a la de los adultos

La tasa de desempleo de los jóvenes de 15 a 24 años es en promedio 2.5 veces mayor que la de los mayores de 25 años. En efecto, en el año 2006, el porcentaje de jóvenes desempleados era del 30.4%, mientras que en los adultos el desempleo fue del 12%.

A principios de la década de los '90, un 35% de los jóvenes estaba desempleado. Esta proporción se redujo en los años siguientes, y hacia el año 2000, el desempleo era del 23%. Con la crisis de 2003 y 2004, el desempleo juvenil volvió a colocarse en 35%, pero hacia el año 2005 y 2006 aumentó el empleo y en octubre de 2006 había un 30% de jóvenes desempleados. Estas cifras indican que había 286 mil jóvenes (169 mil mujeres y 117 mil hombres) que estaban buscando un trabajo y no podían encontrarlo.

Gráfico 50
Tasa de desempleo de jóvenes, según sexo, 1991 a 2006



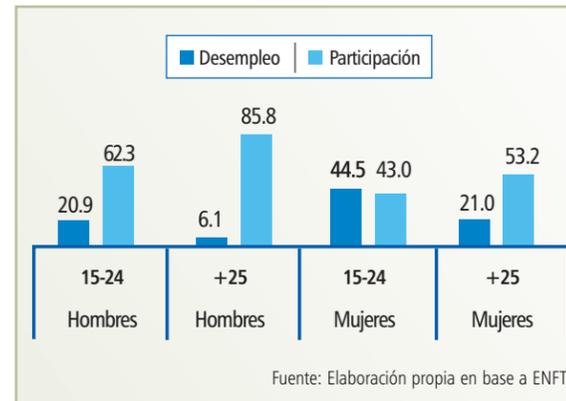
La evolución de las tasas de desempleo para hombres y mujeres jóvenes se muestra en el Gráfico 50. En general, las tasas de desempleo de las mujeres jóvenes comparada con la de los hombres jóvenes es de más del doble. En 2006, el desempleo en las jóvenes fue del 44%, mientras que en los hombres fue de 21%.

Los hombres mayores de 25 años son los que presentan la mayor tasa de participación (86%) y el menor desempleo (6%) (Gráfico 51). En el otro extremo están las mujeres de 15 a 24 años, las cuales tienen la menor tasa de actividad (43%) y el mayor nivel de desempleo, del 44.5%. Los hombres jóvenes y las mujeres adultas presentan tasas intermedias y similares de actividad y desempleo. En definitiva, a las mujeres les cuesta más conseguir trabajo, y esta dificultad es aún mayor para las más jóvenes.

Los y las jóvenes perciben casi la mitad del salario de los adultos

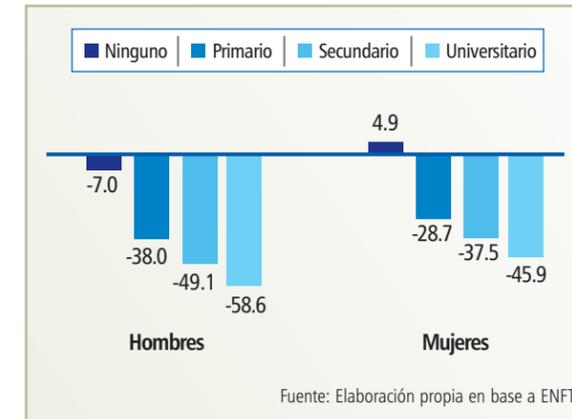
En promedio, los hombres y mujeres jóvenes perciben un salario 43% menor que los mayores de 25 años.

Gráfico 51
Tasas de desempleo y de participación de jóvenes (15 a 24 años) y adultos (+25 años), por sexo, 2006



En 2006, los jóvenes recibieron en promedio un salario mensual de RD\$5,469, mientras que el salario promedio de los mayores fue de RD\$9,595. Hay diferencias por sexo y nivel educativo alcanzado.

Gráfico 52
Brecha salarial entre jóvenes (15 a 24 años) y adultos (+25 años), por nivel educativo y sexo, 2006

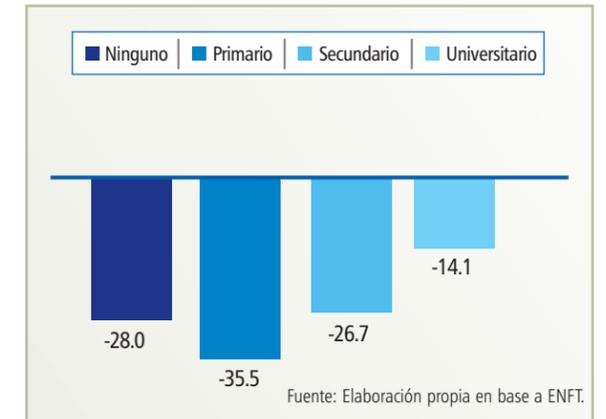


Tanto para los hombres como para las mujeres jóvenes, a medida que alcanzan un mayor nivel educativo, aumenta la brecha salarial con respecto al salario que reciben los mayores de 25 años (Gráfico 52). Y esta diferencia es mayor entre los hombres jóvenes y adultos, que para las mujeres. Así, los hombres jóvenes sin estudios perciben un salario un 7% menor que los adultos sin educación, y para cuando tienen grado universitario la brecha es del 59%.

Las jóvenes sin estudios son más valoradas en el mercado de trabajo que las mujeres adultas sin educación, recibiendo ingresos en promedio un 5% más alto. Con estudios de primaria, las más jóvenes ganan un 29% menos que las mujeres mayores, y con grado universitario, la brecha salarial es del 46%.

Al igual que en la población adulta, entre las mujeres y los hombres jóvenes existe una brecha salarial en perjuicio de las mujeres para cualquier nivel educativo. En 2006, los hombres jóvenes percibieron en promedio un ingreso laboral de RD\$5,718, mientras que las mujeres del mismo grupo de edad recibieron en promedio RD\$4,913 mensuales, es decir, un salario un 14% menor que los hombres.

Gráfico 53
Brecha salarial de mujeres respecto de hombres, 15 a 24 años de edad, por nivel educativo, 2006



Esta diferencia varía según el nivel educativo alcanzado (Gráfico 53). Las jóvenes con primaria enfrentan en el mercado de trabajo la brecha salarial más elevada (35%) con respecto a los hombres que tienen el mismo grado educativo. La menor brecha se da entre los hombres y las mujeres universitarias, donde la diferencia salarial en perjuicio de las mujeres es de un 14%.

En definitiva, la población más joven tiene menores oportunidades de conseguir un trabajo bien remunerado, y a medida que alcanza mayores logros educativos, enfrenta mayores diferencias de ingreso con los que tienen mayor experiencia. Las mujeres jóvenes, además, deben hacer frente a las desigualdades que se dan en base a su sexo.



Resumen de hallazgos ODM 8, Metas 14, 15 y 16

Atender las necesidades especiales de los países en desarrollo sin litoral y de los pequeños Estados insulares en desarrollo

Encarar de manera general los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo

En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a los jóvenes un trabajo digno y productivo

- La asistencia oficial para el desarrollo (AOD) recibida por el país ha disminuido desde 1990 hasta el año 2005, alcanzando en este último año sólo a un 0.3% del ingreso nacional bruto.
- A pesar de haber disminuido el servicio de la deuda como porcentaje de sus ingresos de divisas durante los '90, alcanzando al 4.1% en 1999, los mayores niveles de endeudamiento que se incurrieron a partir del año 2000, y de manera más severa en los años 2003 y 2004, han ocasionado que a 2005 el servicio de la deuda comprometa el 8% de los ingresos nacionales por exportaciones de bienes, servicios e ingresos netos del exterior. Asimismo, los servicios de la deuda fueron del 4% del PIB y 19% del gasto del gobierno central en 2007.
- La tasa de desempleo de los jóvenes de 15 a 24 años es en promedio 2.5 veces mayor que la de los mayores de 25 años. En 2006, el porcentaje de adultos desempleados era del 12% y el de jóvenes desempleados, del 30.4%, es decir había 286 mil jóvenes (169 mil mujeres y 117 mil hombres) sin trabajo.
- La población más joven tiene menores oportunidades de conseguir un trabajo bien remunerado, y a medida que alcanza mayores logros educativos, enfrenta mayores diferencias de ingreso con los que tienen mayor experiencia. Las mujeres jóvenes, además, deben hacer frente a las desigualdades que se dan en base a su sexo.

Glosario:

- **OECD u OCDE:** La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico es una organización de cooperación internacional, compuesta por 30 Estados, cuyo objetivo es coordinar sus políticas económicas y sociales. Fue fundada en 1961 y su sede central se encuentra en París, Francia. La OCDE se ha constituido como uno de los foros mundiales más influyentes, en el que se analizan y se establecen orientaciones sobre temas de relevancia internacional como economía, educación y medioambiente. Sus principales objetivos son: a) Promover el empleo, el crecimiento económico y la mejora de los niveles de vida en los países miembros, y asimismo mantener su estabilidad; b) Ayudar a la expansión económica en el proceso de desarrollo tanto de los países miembros como en los ajenos a la Organización; c) Ampliar el comercio mundial multilateral, sin criterios discriminatorios, de acuerdo con los compromisos internacionales. El principal requisito para ser país miembro de la OCDE es liberalizar progresivamente los movimientos de capitales y de servicios. Los países miembros se comprometen a aplicar los principios de: liberalización, no discriminación, trato nacional y trato equivalente. Actualmente, de los 30 países miembros plenos, 25 son considerados de alto-ingreso según el Banco Mundial.
- **AOD:** La Asistencia Oficial para el Desarrollo son todos los desembolsos netos de créditos y donaciones realizados según los criterios de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Esto es, en condiciones financieras favorables y que tengan como objetivo primordial el desarrollo económico y social del país receptor. La AOD busca lograr mejoras en las economías de los países en desarrollo mediante las políticas y préstamos de las instituciones de crédito del sistema de las Naciones Unidas. Las economías más beneficiadas son aquellas de los considerados países marginados -una gran parte, naciones africanas- del crecimiento y desarrollo mundiales a causa de su pobreza y endeudamiento extremos (estos países son conocidos también como países menos adelantados). Los países donantes acordaron destinar el 0.15 % de su producto nacional bruto (PNB) a este grupo de países. Además de los Estados mencionados se encuentran aquellos con características especiales que requieren de atención especial, como los países en desarrollo sin litoral, los pequeños Estados insulares y los países con economías en transición.
- **Deuda pública:** Es el conjunto de deudas que mantiene un Estado frente a los particulares u otro país. Constituye una forma de obtener recursos financieros por el estado o cualquier poder público materializada normalmente mediante emisiones de bonos.
- **Servicio de la deuda:** Pago de intereses corrientes sobre fondos que se tomaron prestados, junto al reembolso del monto del principal cuando éste vence.
- **Tasa de desempleo:** Porcentaje de la población económicamente activa (PEA) que se encuentra desempleada. Es decir, no es una proporción entre el total de la gente desempleada y el total de la población, sino el de aquella que se denomina "económicamente activa".
- **Población económicamente activa (PEA):** Se refiere a la población mayor de 10 años, que son capaces de trabajar y desean hacerlo, estén empleadas o buscando trabajo.



Páginas Web – Recursos claves

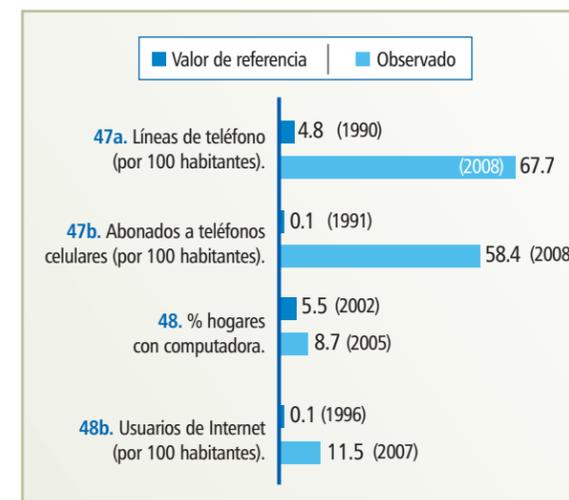
- Oficina Nacional de Estadística (ONE)
www.one.gov.do
- Secretaría de Estado de Economía, Planificación y Desarrollo (SEEPYD)
www.stp.gob.do
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)
www.oecd.org
- Banco Mundial
www.worldbank.org
- Organización Internacional del Trabajo (OIT)
www.ilo.org

Preguntas para discusión

- ¿Cómo ampliar las oportunidades laborales de los jóvenes?
- ¿Están bien capacitados los y las jóvenes cuando terminan la secundaria para obtener un empleo digno, de acuerdo a las demandas de los empleadores? ¿Y cuando acaban la universidad?
- ¿Son suficientes los programas de pasantías ofrecidos por las empresas para que los y las jóvenes puedan tener un primer empleo? ¿Qué incentivos tienen las empresas para ofrecer pasantías?
- ¿Qué patrones culturales son los más difíciles de vencer para aumentar la equidad en el mercado laboral?
- ¿Cómo podría regularse la discriminación de género en el ámbito laboral?

Meta 18

En colaboración con el sector privado, velar por que se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las TIC.



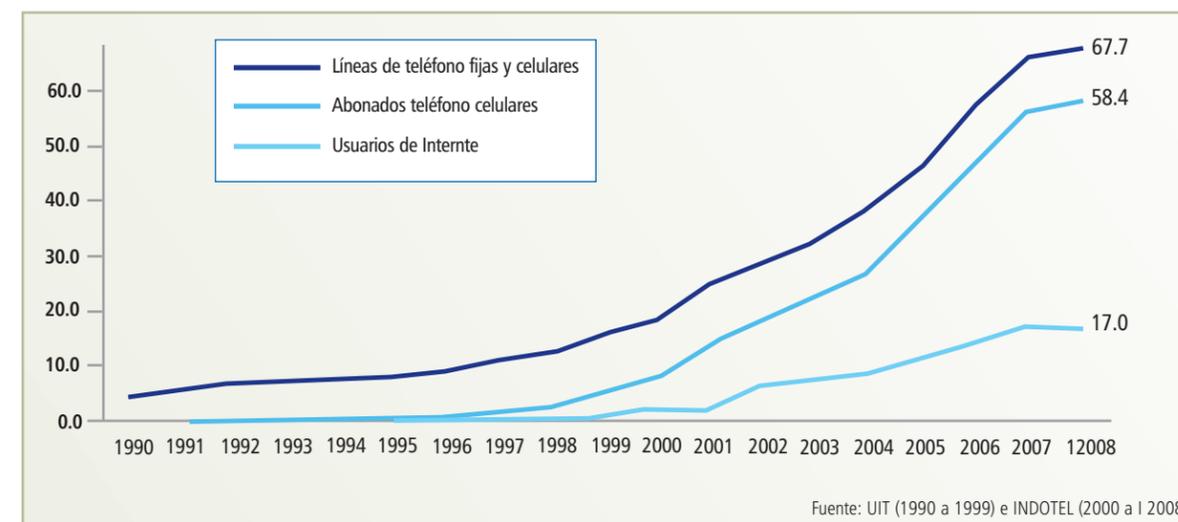
Para que la población dominicana pueda beneficiarse de las nuevas tecnologías de información y comunicación y salvar la brecha digital, es necesario contar tanto con una amplia infraestructura de redes de telecomunicación y

acceso a Internet, así como ampliar los conocimientos y habilidades de la población para usar estas nuevas tecnologías y mejorar su calidad de vida.

En cuanto a la infraestructura de telecomunicación, la teledensidad o cantidad de líneas de teléfono cada 100 habitantes, tanto de líneas fijas y móviles, ha aumentado rápidamente en el país, principalmente debido al aumento en la cantidad de líneas de teléfonos celulares. Al primer trimestre de 2008 se estima que había un total de 6.7 millones de líneas de teléfono, lo que equivale a 67.7 teléfonos cada 100 personas. Del total, la teledensidad móvil era de 58.4 celulares cada 100 habitantes, y la teledensidad fija, de 9.3 (Gráfico 54). Es decir, que el 86% de las líneas de teléfono en el país corresponden a teléfonos móviles, y sólo un 14% a teléfonos fijos.

La cantidad de teléfonos fijos se ha mantenido en los últimos años en el orden de 900 a 920 mil líneas, incluyendo líneas residenciales, de negocios, teléfonos públicos y "wireless local loop". En tanto, las líneas de celulares pasaron de 705 mil en el año 2000, a 1.27 millones en 2001, exhibiendo un crecimiento de un 80% en un solo año. Tres años más tarde, la cantidad de líneas de celulares se duplicó respecto del valor de 2001, alcanzando a

Gráfico 54
Líneas de teléfono, abonados a teléfono celular y usuarios de internet, cada 100 habitantes, 1990-2008 (I Trim)



Cuadro 26

Indicadores de telefonía e Internet, cada 100 habitantes, países de América Latina y el Caribe, 2007

Países	Abonados a la telefonía	Líneas telefónicas principales	Abonados a servicio celular	Abonados a celular en % abonados telefonía	Abonados a Internet	Usuarios de Internet
Argentina	126.2	24.0	102.2	81.0	7.9	23.6
Bolivia	41.3	7.1	34.2	82.8	2.1	2.1
Brazil	83.6	20.5	63.1	75.4	8.9	26.1
Chile	104.2	20.3	83.9	80.5	7.8	33.5
Colombia	90.7	17.2	73.5	81.0	3.0	26.2
Costa Rica	65.9	32.2	33.8	51.2	3.0	33.6
Cuba	11.0	9.3	1.8	16.0	0.3	11.6
Dominica	88.1	29.4	58.7	66.6	8.4	37.2
República Dominicana	65.8	9.3	56.5	85.9	2.7	17.2
Ecuador	89.1	13.5	75.6	84.8	1.5	11.5
El Salvador	105.3	15.8	89.5	85.0	1.4	10.0
Guatemala	66.1	10.5	76.0	84.1	...	10.2
Haití	15.6	1.7	22.9	88.9	0.9	10.4
Honduras	40.1	9.7	30.4	75.8	0.4	4.7
México	82.6	18.5	64.1	77.6	5.5	21.4
Nicaragua	37.1	4.4	37.9	88.1	0.4	2.8
Panamá	86.3	14.7	71.5	82.9	3.5	15.7
Paraguay	78.1	7.4	70.7	90.5	1.1	4.6
Perú	64.8	9.6	55.3	85.2	3.6	27.4
Uruguay	118.9	28.9	90.0	75.7	7.3	29.0
Venezuela	104.5	18.4	86.1	82.4	3.6	20.7
Latinoamérica y el Caribe	83.0	17.7	66.1	79.6	5.7	22.3

Fuente: Elaborado en base a UIT.

2.53 millones de celulares en 2004. Finalmente, continuando la tendencia, para el año 2007 la cantidad de líneas móviles nuevamente duplicaba a la de tres años atrás (2004) con 5.51 millones. La última cifra disponible corresponde al primer trimestre de 2008 y es de 5.78 millones de líneas de celulares. En definitiva, entre el año 2000 y el último dato disponible de 2008, la cantidad de líneas de teléfonos celulares acumuló un crecimiento del 719%. En ese mismo período, la teledensidad móvil pasó de 8.1 a 58.4 celulares cada 100 habitantes y la teledensidad fija, de 10.2 a 9.3.

Si bien la teledensidad total en el país ha aumentado, en el año 2007 aún se encontraba por debajo del valor

para América Latina y el Caribe de 83 líneas de teléfono (fijos y móviles) por 100 habitantes. También la teledensidad móvil era menor que en la región.

Sin embargo, la proporción de líneas de celulares en el total de líneas telefónicas es una de las más altas de la región. Con un 86% de líneas de celulares queda en el cuarto lugar de 21 países, sólo superado por Paraguay, Haití y Nicaragua, que tienen entre 91 y 88% (Cuadro 27).

En lo relacionado a la difusión de Internet en el país, en el año 2007 se estima que había 17.2 usuarios cada 100 habitantes, es decir, alrededor de 1.7 millones de personas. Con este nivel, República Dominicana se encuentra un

poco por debajo del valor de la región, de 22.3 usuarios cada 100 habitantes. Dominica (37.2), Costa Rica (33.6) y Chile (33.5) ocupan los primeros puestos en penetración de Internet; y entre los países con menor difusión de Internet están Bolivia (2.1), Nicaragua (2.8), Paraguay (4.6) y Honduras (4.7).

En resumen, en materia de tecnologías de la información y comunicación, el país ha logrado grandes avances, especialmente en la cantidad de líneas de teléfonos celulares, y se encuentra un poco retrasado con relación a la región en cuanto al uso de Internet. Un desafío adicional es el de analizar el aprovechamiento que se hacen de las tecnologías para lograr mayores capacidades y oportunidades en materia de desarrollo humano.

El índice de empoderamiento de tecnologías de información y comunicación provincial (IETIC)

En el Informe Nacional de Desarrollo Humano 2008 se publicó un índice de empoderamiento de tecnologías de información y comunicación (IETIC) para mostrar las diferencias entre las diferentes provincias del país en cuanto al avance en materia de disponibilidad y acceso a las nuevas tecnologías de información y comunicaciones.

Los resultados de esta medición dentro del contexto nacional arrojan un gran desbalance entre las 32 provincias que componen el territorio nacional dominicano. La provincia con mayor empoderamiento de tecnologías de información y comunicación es el Distrito Nacional (incluyendo a la provincia de Santo Domingo). Además, solamente hay tres provincias que están en un rango medio alto: Santiago, La Romana y Puerto Plata, las cuales coinciden con la infraestructura tecnológica de telecomunicaciones desplegada por las principales prestadoras en el país. Las restantes provincias (27) tienen un nivel entre medio bajo y bajo, coincidiendo estas últimas provincias con las de mayor pobreza y bajo nivel de desarrollo humano (Eliás Piña, seguida de Pedernales, San José de Ocoa y Bahoruco).

Para enfrentar este escenario, el Instituto Dominicano de las Telecomunicaciones (INDOTEL), en el marco de su estrategia nacional para el desarrollo de la sociedad de la

información y el conocimiento (e-Dominicana) ha ejecutado una política de inversión pública enfocada hacia la promoción a largo plazo del acceso universal a las TIC, contemplando que toda la población dominicana tenga las capacidades requeridas para utilizar las TIC, además de las condiciones físicas disponibles expresadas en términos de una distancia razonable del lugar de residencia y a precios asequibles.

En este marco se han ejecutado tres programas: proyecto de telefonía pública rural, instalación de Centros de Acceso Público a las TIC y Conectividad Rural de Banda Ancha.

Resumen de hallazgos ODM 8, Meta 18

En colaboración con el sector privado, velar por que se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las TIC.

- La teledensidad o cantidad de líneas de teléfono cada 100 habitantes ha aumentado rápidamente en el país, principalmente debido al aumento en la cantidad de líneas de teléfonos celulares. Al primer trimestre de 2008 se estima que había un total de 6.7 millones de líneas de teléfono, lo que equivale a 67.7 teléfonos cada 100 personas. Por cada teléfono fijo hay 6 teléfonos celulares.
- Entre el año 2000 y el primer trimestre de 2008, la cantidad de líneas de teléfonos celulares acumuló un crecimiento del 719%. En ese mismo período, la teledensidad móvil pasó de 8.1 a 58.4 celulares cada 100 habitantes y la teledensidad fija, de 10.2 a 9.3.
- El país se encuentra por debajo de la teledensidad de la región latinoamericana de 83 líneas de teléfono cada 100 habitantes. Sin embargo, en el porcentaje de celulares en el total de líneas telefónicas es una de las más altas de la región.
- En el año 2006 había 17.2 usuarios de Internet cada 100 habitantes, un poco por debajo del valor regional 12.3.
- El índice de empoderamiento de tecnologías de infor-



mación y comunicaciones muestra un gran desbalance entre las 32 provincias que componen el territorio nacional dominicano en cuanto acceso y disponibilidad de tecnologías, así como capacidades para aprovecharlas.

- Los principales desafíos son: en materia de conectividad, continuar ampliando la disponibilidad de Internet, especialmente de banda ancha, hasta alcanzar el acceso universal; en segundo lugar, que la población disponga de las habilidades y conocimientos para aprovechar las nuevas tecnologías, tanto de conocimientos generales, como alfabetización digital y especialización técnica, de manera que las TIC contribuyan a mejorar su bienestar y empoderamiento social y político.

Glosario:

- **TIC:** Tecnología de la Información y las Comunicaciones. Es la tecnología utilizada para manejar información y ayudar la comunicación. Esto incluye las computadoras, la Internet, los CD-ROMs, el correo electrónico, teléfonos, radio, televisión, video y cámaras digitales, entre otros
- **Teledensidad:** Una medida simple del número de líneas telefónicas por cada 100 personas. Es un indicador estándar y reconocido internacionalmente como una medida del desarrollo de las telecomunicaciones. Se trata solo de una medida cuantitativa y puede no representar el verdadero acceso de una población.
- **Internet:** Una red mundial de computadoras que utiliza los protocolos de red TCP/IP para facilitar la transmisión e intercambio de datos. Cualquiera con una computadora puede acceder a Internet por medio de un Proveedor de Servicios de Internet o ISP (Internet Service Provider).
- **UIT o ITU:** La Unión Internacional de Telecomunicaciones es el organismo especializado de las Naciones Unidas encargado de regular las telecomunicaciones, a nivel internacional, entre las distintas administraciones y empresas operadoras.

Páginas Web – Recursos claves

- Instituto Dominicano de las Telecomunicaciones (INDOTEL)
www.indotel.gov.do
- Unión Internacional de las Telecomunicaciones (UIT)
www.itu.int

Preguntas para discusión

- ¿Son suficientes los esfuerzos que se están haciendo por cerrar las brechas de acceso a las TIC? ¿Están acompañadas de estrategias para cerrar las brechas de conocimiento?
- ¿Qué impacto han tenido en materia de logros educativos el mayor acceso en las comunidades a computadoras e Internet?
- ¿Cuántas radiodifusoras tienen programas educativos? ¿Se puede ampliar la emisión de programas de alfabetización a través de la radio?
- ¿Qué proporción de los programas televisivos son formativos? ¿Hay programas educativos diferenciados para niños y niñas, adolescentes y adultos?
- ¿Se está haciendo el mejor uso de las TIC para ampliar las oportunidades de la población?

Referencias Bibliográficas

Banco Central de la República Dominicana. Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo (ENFT) de 1996 a 2006.

_____, 2007a. Informe de la economía dominicana. Enero – Diciembre 2006.

_____, 2007b. Informe de la economía dominicana. Enero – Junio 2007.

Banco Mundial, 2006. "Informe sobre la pobreza en la República Dominicana: Logrando un crecimiento económico que beneficie a los pobres".

CEPAL, 2005. Serie Estudios Estadísticos y Prospectivos, #41. "Propuesta para un compendio latinoamericano de indicadores sociales".

_____, 2006. Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe.

_____, 2007. Documento de proyecto. "Los objetivos de desarrollo del Milenio y los desafíos para América Latina y el Caribe para avanzar en mayor bienestar, mejor capital humano y más igualdad de oportunidades."

CEPAL y PMA, 2006. "El costo del hambre. Análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina. Resultados del estudio en República Dominicana."

CONAPOFA, 2005. "República Dominicana. Diagnóstico sobre la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA)".

Congreso Nacional, 1997. "Ley General de Educación No. 66-97".

COPDES y Sistema de las Naciones Unidas en la República Dominicana, 2004. "Objetivos de Desarrollo del Milenio, República Dominicana 2004".

COPDES, Sistema de las Naciones Unidas en la República Dominicana y ONAPLAN, 2005. "Invirtiendo en el desarrollo sostenible de la República Dominicana. Evaluación de necesidades para cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)".

COPDES, Despacho de la Primera Dama y PNUD, 2006. "Evaluación de necesidades y análisis de costos para cumplir

los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El Seibo. Pueblo del Milenio".

COPRESIDA, 2007. Plan Estratégico Nacional (PEN) para la Prevención y el Control de las ITS, VIH y SIDA 2007-2015. Análisis de Situación y Respuesta Nacional a las ITS, el VIH y el SIDA en la República Dominicana 2007.

COPRESIDA/ONUSIDA, 2008. "Seguimiento y monitoreo de aplicación a la Declaración de UNGASS sobre VIH y SIDA. Informe de progreso del período 2006-2007."

DIGECITSS, SESPAS, 2006. Reporte de pacientes en la red de servicios de la Unidad Coordinadora de Atención Integral en VIH/SIDA, al 31 de diciembre de 2006.

_____, 2007, Reporte de pacientes en la red de servicios de la Unidad Coordinadora de Atención Integral en VIH/SIDA, al 30 de diciembre de 2007.

DIGEPI, SESPAS, 2007. Situación epidemiológica eventos bajo observancia Tolerancia Cero. Resumen ejecutivo correspondiente al mes de diciembre 2006.

_____. 2008. Situación epidemiológica eventos bajo observancia Tolerancia Cero. Resumen ejecutivo correspondiente al mes de diciembre 2007.

Educa y Gallup, 2005. "Uso del tiempo en la escuela dominicana".

Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA). República Dominicana. 1991.

_____. 1996

_____. 2002

_____. 2007

FAO, 2000. LARC/00/6, 26a Conferencia regional de la FAO para América Latina y el Caribe. Seguimiento a la Cumbre Mundial sobre la alimentación.

FAO, 2006a. Estado de la inseguridad alimentaria en el mundo. La erradicación del hambre en el mundo: Evaluación de la situación diez años después de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación.

FAO, 2006b. "Indicadores de impacto en la seguridad alimentaria familiar. Reflexiones para los Programas PESA de Centroamérica".

FLACSO, INESA. 2003. "Inventario de los conocimientos e intervenciones sobre la zona fronteriza Haití-República Dominicana."

Laboratorio Latinoamericano de Evaluación de Calidad en la Educación (LLECE), UNESCO, 2001. "Informe técnico. Primer Estudio Internacional Comparativo sobre Lenguaje, Matemática y factores asociados para alumnos del tercer y cuarto grado de la educación básica."

_____, 2008. "SERCE. Segundo Estudio Regional Comparativo y Explicativo. Los aprendizajes de los estudiantes de América Latina y el Caribe."

ODH/PNUD, 2008. Informe Nacional sobre Desarrollo Humano República Dominicana 2008. "El desarrollo, una cuestión de poder".

ONE, 2002. VIII Censo Nacional de Población y Vivienda.

_____, 2005. Encuesta Nacional de Hogares de propósitos múltiples (ENHOGAR 2005). Informe General.

_____, 2006. República Dominicana en cifras.

_____, 2007a. Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR 2006). Informe General.

_____, 2007b. Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR 2006). Situación de la mujer, la niñez y la adolescencia en la República Dominicana.

ONUSIDA, 2007. "Situación de la epidemia del SIDA".

OPS/OMS, SESPAS y CERSS, 2007. Perfil del sistema de salud de la República Dominicana.

PNUD, 2006. Informe sobre Desarrollo Humano 2006. "Más allá de la escasez: Poder, pobreza y la crisis mundial del agua."

_____, 2007. Informe sobre Desarrollo Humano 2007/2008. "La lucha contra el cambio climático: Solidaridad frente a un mundo dividido".

PNUD Perú, UNIFEM y UNFPA, 2005. "Género y metas del milenio".

SESPAS, 2003. Análisis de la situación de salud de la República Dominicana.

SESPAS, 2005. "República Dominicana. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de Evaluación de Necesidades y Análisis de Costos del Sector Salud". Mimeo.

SEEPYD, 2008. Análisis del Desempeño Económico y Social de la República Dominicana. Enero-Junio 2007.

SEEPYD, Banco Central de la República Dominicana y Banco Mundial, 2007. "La informalidad en el mercado laboral urbano de la República Dominicana".

UNESCO, 2008. Informe de seguimiento de la EPT en el mundo. "Educación para todos en 2015. ¿Alcanzaremos la meta?". Panorama Regional América Latina y el Caribe.

UNFPA, 2006. "Población, desigualdad y políticas públicas: un diálogo político estratégico".

UNICEF, 2007a. Estado Mundial de la Infancia 2007. "La mujer y la infancia. El doble dividendo de la igualdad de género."

_____, 2007b. Estado Mundial de la Infancia 2008. "Supervivencia infantil".

Notas Técnicas

Elasticidad pobreza

La estimación de la elasticidad de la pobreza y la pobreza extrema ante variaciones en el nivel del PIB per cápita real se basó en un panel de datos para 18 países de América Latina y el Caribe desde 1990 al 2005. Las variables usadas fueron la tasa de pobreza, medida como el porcentaje de la población que vive con menos de US\$2 PPA diarios; la tasa de pobreza extrema o indigencia, medida como el porcentaje de la población que vive con menos de US\$1 PPA diario; y el ingreso per cápita real, medido en dólares PPA del 2000. Los datos de pobreza e indigencia

fueron obtenidos de CEDLAS, mientras que el dato de ingreso per cápita se obtuvo de CEPALSTAT.

El panel no es balanceado, e incluye 118 observaciones. Utilizando estos datos, se llevaron a cabo dos regresiones doble-logarítmicas, una con la tasa de pobreza como la variable dependiente, y otra con la tasa de indigencia como la variable dependiente. En ambos casos, el ingreso per cápita se utilizó como la variable independiente. Usando efectos fijos, se calcularon diferentes interceptos para cada uno de los países en el panel.

Dependent Variable: LOG(INDIGENCIA)				
Method: Pooled Least Squares				
Date: 01/28/08 Time: 14:45				
Sample: 1990 2005				
Included observations: 16				
Number of cross-sections used: 18				
Total panel (unbalanced) observations: 118				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
LOG (PIB PER CAPITA)	-1.841	0.275	-6.690	0.000
Fixed Effects				
BELICE--C	16.635			
BOLIVIA--C	15.798			
BRASIL--C	17.222			
CHILE--C	15.976			
COLOMBIA--C	16.843			
CR--C	16.613			
ES--C	17.028			
ECUADOR--C	15.923			
GUATEMALA--C	16.123			
HONDURAS--C	15.704			
JAMAICA--C	18.144			
MEXICO--C	18.156			
NICARAGUA--C	15.178			
PANAMA--C	17.449			
PARAGUAY--C	15.909			
PERU--C	16.497			
URUGUAY--C	15.473			
VENEZUELA--C	18.027			
R-squared	0.958	Mean dependent var	2.052	
Adjusted R-squared	0.950	S.D. dependent var	1.063	
S.E. of regression	0.237	Sum squared resid	5.550	
Durbin-Watson stat	0.694			

Dependent Variable: LOG (POBREZA)				
Method: Pooled Least Squares				
Date: 01/28/08 Time: 14:48				
Sample: 1990 2005				
Included observations: 16				
Number of cross-sections used: 18				
Total panel (unbalanced) observations: 118				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
LOG (PIB PER CAPITA)	-1.604	0.184	-8.711	0.000
Fixed Effects				
_BELICE--C	15.843			
_BOLIVIA--C	14.779			
_BRASIL--C	16.168			
_CHILE--C	15.444			
_COLOMBIA--C	15.607			
_CR--C	15.504			
_ES--C	15.954			
_ECUADOR--C	15.155			
_GUATEMALA--C	15.289			
_HONDURAS--C	14.875			
_JAMAICA--C	16.649			
_MEXICO--C	17.018			
_NICARAGUA--C	14.462			
_PANAMA--C	16.163			
_PARAGUAY--C	14.920			
_PERU--C	15.775			
_URUGUAY--C	15.255			
_VENEZUELA--C	17.013			
R-squared	0.962	Mean dependent var	3.013	
Adjusted R-squared	0.955	S.D. dependent var	0.748	
S.E. of regression	0.158	Sum squared resid	2.484	
Durbin-Watson stat	0.612			

Mortalidad en la niñez

Para estimar la variación de la tasa de mortalidad de los menores de cinco años se utilizaron las encuestas ENDESA de 1991, 1996, 2002 y 2007 para calcular la tasa de variación en el largo plazo. En estas encuestas se estiman los valores para el último quinquenio, así como para los dos quinquenios anteriores a éste, como se muestra en el Gráfico 25. Dada la metodología de la ENDESA, los valores presentados para un quinquenio por una y otra encuesta pueden no coincidir debido a errores y variaciones propias de las encuestas por muestreo.

Para los fines de este informe, se utilizó el valor de ENDESA 2002 para el quinquenio 1987/1992, de 58 muertes cada 1,000 nacimientos con vida, como punto de inicio en la estimación del valor meta para alcanzar el ODM

4. De esta manera, si se debe reducir la mortalidad en la niñez en dos terceras partes, al año 2015 el país debería presentar una tasa cercana a 19 cada 1,000.

Dado el valor que arroja ENDESA 1991 para el quinquenio 1976/1981 de 81 muertes cada 1,000 y el último valor observado según ENDESA 2007 de 36 muertes cada 1,000 nacimientos con vida, la tasa de reducción acumulada promedio de largo plazo ha sido del 15% entre quinquenios. Si aplicamos esta reducción promedio a los dos quinquenios futuros, **el país presentaría en el período 2012/2017 una mortalidad en la niñez de 26 muertes cada 1,000, quedando por debajo de la meta planteada en el ODM 4 de 19 muertes cada 1,000.**

Abreviaturas

AOD	Asistencia oficial para el desarrollo	OIT	Organización Internacional del Trabajo
ARV	Tratamiento con antirretrovirales	ONE	Oficina Nacional de Estadísticas
BCRD	Banco Central de la República Dominicana	ONG	Organización no gubernamental
BID	Banco Interamericano del Desarrollo	ONU	Organización de las Naciones Unidas
CAD	Comité de la Asistencia para el desarrollo	OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud
CDIAC	Centro de Análisis de Información sobre Dióxido de Carbono	PAO	Potencial de Agotamiento de la Capa de Ozono
CEDLAS	Centro de Estudios Distributivos Laborales y Sociales de la Universidad de La Plata	PIB	Producto interno bruto
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe	PMA	Programa Mundial de Alimentos
CESDEM	Centro de Estudios Sociales y Demográficos	PNRTV	Programa Nacional para la Reducción de la Transmisión Vertical del VIH
CFC	Clorofluorocarbonos	PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
CO²	Dióxido de carbono	PNUMA	Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente
COPRESIDA	Consejo Presidencial del SIDA	PPA	Paridad de poder adquisitivo
DIGECITSS	Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA	SEDLAC	Base de datos socioeconómicos para América Latina y el Caribe
DIGEPI	Dirección General de Epidemiología	SEE	Secretaría de Estado de Educación
DOTS	Tratamiento breve bajo observación directa	SEEPYD	Secretaría de Estado de Economía, Planificación y Desarrollo
ENCOVI	Encuesta Nacional de Condiciones de Vida	SEESCYT	Secretaría de Estado de Educación Superior, Ciencia y Tecnología
ENDESA	Encuesta Nacional de Salud	SEMARN	Secretaría de Estado de Medio Ambiente y Recursos Naturales
ENFT	Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo	SESPAS	Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
ENHOGAR	Encuesta Nacional de Hogares	SRO	Sales de rehidratación oral
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación	TB	Tuberculosis
IDH	Índice de desarrollo humano	TIC	Tecnologías de la información y las comunicaciones
ILAE	Incentivo a la Asistencia Escolar	UIT	Unión Internacional de las Telecomunicaciones
INDOTEL	Instituto Dominicano de las Telecomunicaciones	UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
IRA	Infección respiratoria aguda	UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
JCE	Junta Central Electoral	UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la infancia
LLECE	Laboratorio Latinoamericano de la Evaluación de la Calidad de la Educación	UNSTATS	División de Estadísticas de las Naciones Unidas
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico	VIH/SIDA	Virus de inmunodeficiencia humana/ Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
ODH/PNUD	Oficina de Desarrollo Humano del PNUD República Dominicana		
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio		

Vínculos a bases de datos y documentos

- Banco Central de la República Dominicana
www.bancentral.gov.do
- Oficina Nacional de Estadísticas
www.one.gov.do
- CEPALSTAT
websie.eclac.cl/sisgen/consultaintegrada.asp
- Indicadores de los Objetivos de desarrollo del Milenio
millenniumindicators.un.org
- CEDLAS
<http://www.depeco.econo.unlp.edu.ar/cedlas/sedlac/default.html>
- SESPAS
www.sespas.gov.do
- DIGEPI, SESPAS
www.sespasdigepi.gob.do
- DIGECITSS, SESPAS
www.digecitss.org
- SEE
www.see.gov.do
- COPDES
www.copdes.gov.do
- Sistema de Agencias de Naciones Unidas en República Dominicana
www.onu.org.do



Presentado oficialmente en la
63^{ava} Asamblea General.



Palacio Nacional, Ave. México esquina Dr. Delgado, Santo Domingo, Republica Dominicana.

Tel.: + 1 (809) 695-8000, Ext. 8481 • Fax: + 1 (809) 695-8196 • Email: info@copdes.gov.do • Web: www.copdes.gov.do