

Objetivos de Desarrollo del Milenio

Informe de Seguimiento 2010



República Dominicana




Ministerio de Economía,
Planificación y Desarrollo

Objetivos de Desarrollo del Milenio

**Informe de Seguimiento 2010
República Dominicana**

Santo Domingo, noviembre de 2010

A close-up photograph of a person's hand in a red life jacket splashing in blue water. The water is a vibrant blue with white foam from the splash. The hand is on the right side of the frame, and the life jacket is a bright red color. The background is a vast expanse of blue water with gentle ripples.

Esperanza y obligaciones por hacer una realidad el compromiso común de hacer cumplir los “Objetivos de Desarrollo del Milenio”

Marcos Díaz

“Nado de los continentes”



República Dominicana - Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de Seguimiento 2010.

Juan Temístocles Montás	Ministro de Economía, Planificación y Desarrollo
Nelson Toca	Viceministro de Planificación
América Bastidas	Viceministra de Cooperación Internacional
Aníbal Taveras	Viceministro Técnico Administrativo
Magdalena Lizardo	Directora de la Unidad Asesora de Análisis Económico y Social
Juan T. Monegro	Director General de Desarrollo Económico y Social
Miguel Hernández	Director General de Inversión Pública
Franklyn Labourt	Director General de Ordenamiento y Desarrollo Territorial

Equipo de Trabajo:

Coordinación General

Juan T. Monegro

Equipo de Coordinación

María Santana • Elva Mercedes • Antonio Morillo • Ilsa Nina • María Mendoza • Luis Madera • Leidy Lazala • Sandra González

Coordinación de la Relatoría

Francisco Checo

Instituciones Participantes en la Elaboración del Documento Base:

Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo • Gabinete de Política Social • Ministerio de Educación • Ministerio de la Mujer
Ministerio de Medio Ambiente • Instituto Dominicano de las Telecomunicaciones • Ministerio de Salud Pública

Instituciones Gubernamentales y No Gubernamentales participantes en el proceso:

Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo • Oficina Nacional de Estadísticas Ministerio de Salud Pública • Ministerio de la Mujer • Ministerio de Medio Ambiente • Ministerio de Educación • Ministerio de Agricultura • Gabinete Social • Ministerio de Trabajo • Banco Central de la República Dominicana • Centro de Estudios de Género del INTEC • Comisión de Familia y Equidad de Género del Senado • Instituto de Formación Técnico-Profesional • Instituto Nacional de Recursos Hidráulicos • Instituto de Agua Potable y Alcantarillado • Asociación Dominicana para el Desarrollo de la Mujer • Promoción y Apoyo a la Micro, Pequeña y Mediana Empresa • Corporación de Acueductos y Alcantarillados de Sto. Dgo. • Consejo Dominicano de Pesca y Acuicultura • Comisión Ambiental de la Universidad Autónoma Sto. Dgo. • Oficina Presidencial de Tecnología de la Información y Comunicación • Sociedad de Profesionales de las Tecnologías de la Rep. Dom. • Cámara TIC de la República Dominicana • Cámara de Diputados • Instituto Tecnológico de las Américas • Instituto Dominicano de las Tecnologías • Federación Dominicana de Municipios • Centro de Investigación para la Acción Femenina • ProFamilia • Alianza Organizaciones No Gubernamentales • Consejo Nacional de Población y Familia

Agencias de Naciones Unidas participantes en el proceso:

Oficina de la Coordinadora Residente • Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo • Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia • Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA • Programa Mundial de Alimentos
Organización de las Naciones Unidas para la Educación • Organización Internacional del Trabajo • Fondo de Naciones Unidas para la Población

Copyright © 2010 por Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo, República Dominicana

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

Teléfonos: 809-221-5140 / 809-688-7000

Email: informacion@economia.gov.do / Página web: www.economia.gov.do

Todos los derechos reservados

Primera edición en español: Noviembre de 2010

Tiraje: 4000 ejemplares

Diagramación e impresión:

AMIGO DEL HOGAR

Calle Manuel María Valencia No. 4 a esq. Max Henríquez Ureña, Los Prados.

Apartado Postal 1104, Santo Domingo, República Dominicana.

Teléfono: 809-548-7594 • Fax: 809-548-6252

E-mail: amigo.hogar@amigodelhogar.com

Impreso en la República Dominicana

Printed in The Dominican Republic

ÍNDICE

Introducción.....	15
I. Contexto	17
II. Tendencia general de los ODM. Resultados de la evaluación.	19
2.1 Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre	29
2.2 Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal.....	45
2.3 Objetivo 3: Promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer	55
2.4 Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años.....	65
2.5 Objetivo 5: Mejorar la salud materna	75
2.6 Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades.....	87
2.7 Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente	105
2.8 Objetivo 8: Fomentar una alianza mundial para el desarrollo	127
III. Impacto de la crisis global	135
IV. Efectos del cambio climático.....	141
Referencias bibliográficas.....	147
Abreviaturas	151
Anexos.....	153

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -Tasa de indigencia 1992-2009 y proyección a 2015	30
Gráfico 2 -Brecha de la pobreza y de la indigencia. 2000-2009.....	31
Gráfico 3 -Proporción del ingreso nacional que corresponde al quintil de población más pobre 1997-2009.....	32
Gráfico 4 -Tasa de ocupación total y por sexo. 1991-2009.....	33
Gráfico 5 -Tasa de crecimiento del PIB por persona empleada. 1991-2009	34
Gráfico 6 -Proporción de la población ocupada por nivel de pobreza. 2000-2009.....	35
Gráfico 7 -Población ocupada que trabaja por cuenta propia o en empresa familiar. 1991-2008	35
Gráfico 8 -Proporción de la población menor de 5 años desnutrida 1991-2007	36
Gráfico 9 - Proporción de la población menor de 5 años con desnutrición global.1991-2007 y proyección 2015.	37
Gráfico10 - Población por debajo del nivel de consumo mínimo de energía alimentaria. 991-2005 y proyección 2015	38
Gráfico 11 - Tasa neta de matriculación en la enseñanza primaria 1997-2009.....	46
Gráfico 12 -Proporción de alumnos que comienzan el primer grado y terminan el último de la enseñanza primaria. 1990-2009 y proyección 2015.....	47
Gráfico 13 -Proporción de alumnos que comienzan el primer grado de primaria y terminan el 5to. 1999-2008.	48
Gráfico 14 -Tasa de alfabetización de personas de 15-24 años, 2000-2009.....	49
Gráfico 15 -Tasa de alfabetización de personas de 15-24 años, 2000-2009 Relación entre hembras y varones matriculados por nivel de enseñanza	55
Gráfico 16 - Razón entre tasa bruta de matrícula de niñas y la de niños en la enseñanza primaria	56
Gráfico 17 -Participación de las mujeres en el mercado laboral no agrícola. 1990-2009.....	57
Gráfico 18 -Porcentaje de escaños ocupados por mujeres en el Congreso Nacional. 1990-2010.....	58
Gráfico 19 -Porcentaje de Alcaldías dirigidas por mujeres. 1990-2010.....	58
Gráfico 20 -Tasa de mortalidad de niños y niñas menores de 5 años.1988-2007 y proyección al 2015.....	65
Gráfico 21 -Tasa de mortalidad infantil. 1988-2007 y proyección 2015.	67
Gráfico 22 -Porcentaje de sepsis bacteriana del recién nacido como causa básica de muertes neonatales. 1999-2008.....	67
Gráfico 23 -Porcentaje de niños de 12-23 meses vacunados contra el sarampión. 1991-2008.....	68

Gráfico 24 -Tasa de mortalidad materna. 1991-2007 y proyección 2015.....	76
Gráfico 25 -Partos atendidos por personal especializado y en establecimientos de salud 1991-2007.....	77
Gráfico 26 -Tasa de uso de anticonceptivo. 1991-2007.	78
Gráfico 27 -Tasa de natalidad en adolescentes. 1990-2005.....	79
Gráfico 28 -Mujeres de 15-19 años madres o embarazadas. 1991-2007.....	79
Gráfico 29 -Cobertura de atención prenatal. 1991-2007.....	80
Gráfico 30 -Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar. 1991-2007.....	81
Gráfico 31 -Incidencia del SIDA. 1990-2008.....	87
Gráfico 32 -Prevalencia del VIH según edad de las personas. 2002-2007.....	88
Gráfico 33 -Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo (%) 2002 y 2007.....	90
Gráfico 34 - Proporción de la población de 15-24 años con conocimientos amplios y correctos sobre el SIDA. 2007.	91
Gráfico 35 -Relación entre la asistencia escolar de huérfanos y la de no huérfanos de 10-14 años. 1991-2007.....	92
Gráfico 36 -Proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que recibe medicamentos ARV.....	93
Gráfico 37 -Proporción de la población de embarazadas portadora del VIH que recibe medicamentos ARV.	93
Gráfico 38 -Tasa de incidencia asociada a la malaria. 1990-2009.....	94
Gráfico 39 -Tasa de mortalidad asociada a la malaria. 1994-2008.....	95
Gráfico 40 -Tasa de Incidencia de la tuberculosis. 1990-2009.....	96
Gráfico 41 -Tasa de mortalidad asociada a la tuberculosis. 1990-2009.....	97
Gráfico 42 -Tasa de detección y de curados de tuberculosis con tratamiento breve bajo observación directa. 2000-2009.....	98
Gráfico 43 -Tasa de incidencia asociada al dengue, la malaria y la tuberculosis. 1994-2009.....	99
Gráfico 44 -Tasa de letalidad por dengue hemorrágico. 1997-2009.....	99
Gráfico 45 -Proporción de superficie cubierta de bosque. 1990, 2000 y 2003.....	105
Gráfico 46 -Emisiones totales de dióxido de carbono (CO ₂). 1990-2007. En millones de TM.	106
Gráfico 47 -Emisiones de dióxido de carbono (CO ₂) per cápita. 1990-2007.....	107
Gráfico 48 -Emisiones de dióxido de carbono (CO ₂) por dólar PPA del PIB. 1990-2007.....	107
Gráfico 49 -Consumo de Clorofluorocarbono 1992-2007 (Toneladas de PAO (Potencial de agotamiento de ozono).....	108
Gráfico 50 -Consumo de Bromuro de Metilo. 1992-2007(Toneladas de PAO (Potencial de agotamiento de ozono).....	109
Gráfico 51 -Consumo de Hidroclorofluorocarbono. 2000-2007 (Toneladas de PAO (Potencial de agotamiento de ozono).....	109
Gráfico 52 -Volumen de agua utilizada por hectárea 1991-2009 y proyección 2010-2015.....	112

Gráfico 53 -Proporción de zonas terrestres y marinas protegidas 2000-2009	113
Gráfico 54 -Número de especies existentes y especies en peligro. 2009	114
Gráfico 55 -Proporción de especies de flora y fauna en peligro. 2009.....	115
Gráfico 56 -Proporción de la población con acceso a fuentes mejoradas de agua potable 1996, 2002 y 2007. Proyección 2015.....	116
Gráfico 57 -Proporción de la población con acceso a servicios de saneamiento mejorados. 1990-2007.	118
Gráfico 58 -Servicio de la deuda externa como porcentaje de las exportaciones 1990-2008.....	127
Gráfico 59 -Servicio de la deuda externa como % del ingreso Nacional Bruto	128
Gráfico 60 -Gasto público en medicamentos como proporción del gasto público en salud 2003-2007	129
Gráfico 61 -Líneas telefónicas fijas y móviles por cada 100 habitantes 1990-2009	130
Gráfico 62 -Usuarios de Internet por cada 100 habitantes. 1996-2009.	131
Gráfico 63 -Tasa de inflación. 2000-2009.....	135
Gráfico 64 -Exportaciones totales y por grupo de productos. 2000-2009.	136
Gráfico 65 -Ingresos por inversión extranjera directa, remesas familiares y viajes 2000-2009	137
Gráfico 66 -Tasa de crecimiento del PIB. 2000-2009	138

ÍNDICE CUADROS

Cuadro 1 -Proporción de la población en condiciones de pobreza general y pobreza extrema. 1992-2009 (Metodología del BM) % de la población total	29
Cuadro 2 -Porcentaje de partos atendidos en establecimientos de salud, según tipo de establecimiento 1991-2006	77
Cuadro 3 -Prevalencia del VIH entre personas jóvenes por rango de edad y sexo 2002 y 2007 (%)	88
Cuadro 4 -Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo, por rango de edad y sexo 2002 y 2007. (%).....	90
Cuadro 5 -Recursos Hídricos Utilizados en Riego. 1991-2009 y proyección al 2015	111
Cuadro 6 -Proporción de la población con acceso a servicios desaneamiento mejorados, según zona de residencia (%). 1990-2007	117
Cuadro 7 -Población urbana que vive en tugurios. 1990-2007.....	119

ÍNDICE RECUADROS

Recuadro 1 -La propuesta de Estrategia Nacional de Desarrollo y los ODM.....	18
Recuadro 2 -Áreas de intervención del programa Solidaridad.....	40
Recuadro 3 -La Constitución y los ODM.....	41
Recuadro 4 -La cobertura escolar y las limitaciones del gasto.....	46
Recuadro 5 -Políticas educativas del Plan Decenal de Educación, 2008-2018.....	51
Recuadro 6 -Los niveles de presión hidrográfica son altos.....	112
Recuadro 7 -La contaminación en las áreas urbanas.....	118
Recuadro 8 -Vulnerabilidad al cambio climático de los recursos hídricos, la agricultura, los bosques y la salud.	142

PRESENTACIÓN

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) son parte de una agenda mundial para la construcción de la equidad y el desarrollo de la buena vida entre los hombres y mujeres del mundo. Están basados en un conjunto de valores y derechos inherentes a la condición humana. Su perspectiva nutre las estrategias, los planes y las políticas públicas, orientándolas al desarrollo de una mejor nación.

Los Objetivos y Metas del Milenio apuntan a logros concretos de desarrollo: la pobreza extrema y el hambre eliminadas, el acceso a la educación primaria universalizado, la equidad de género consolidada, la mortalidad infantil reducida, la salud materna mejorada, el VIH/SIDA diezmando y la sostenibilidad ambiental asegurada.

El país asumió el compromiso; y, en mayor o menor medida, los ODM permearon a partir del 2000 las políticas, acciones e intervenciones de los sucesivos gobiernos, de las organizaciones no gubernamentales y de la comunidad internacional.

Diez años después de firmada la Declaración, llegó el momento de rastrear el desempeño y descubrir los rezagos de cumplimiento: ¿qué se avanzó en términos de los objetivos y metas de los ODM?; ¿dónde estamos?; ¿cuánto falta?; ¿qué obstáculos sorteamos o divisamos?; ¿cómo hacerle para apretar el paso? El Informe que presentamos nos aproxima a las respuestas a estas cuestiones.

La cuenta rendida pudo haber sido más halagüeña, pero es la que se corresponde con la realidad actual del desarrollo nacional, y contiene notas apreciables. Hay resultados que indican aquellos ámbitos del desarrollo en los que el país avanzó en el sentido correcto y al ritmo convenido: son las notas verdes del Informe, que son reconfortantes.

Por ejemplo, podemos contar que el país se ha logrado avances significativos en la construcción de equidad de género en el ámbito del acceso a la educación; que el avance del VIH/SIDA ha sido detenido y empieza a reducirse; que ha habido avances en garantizar la sostenibilidad del medio ambiente, puesto que se exhiben indicadores que dan cuenta de reversión de la pérdida de la diversidad biológica; se ha reducido a más de la mitad la proporción de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento; y ha mejorado de forma significativa la vida de los ciudadanos habitantes en barrios marginados. En estos términos, la rendición de cuenta es halagüeña, y vale reconocerlo.

Desafortunadamente, no podemos proclamar optimismo en todos los ámbitos. Pues también están, y también son edificantes, las notas rojas del Informe; son aquellas que alertan al Gobierno y a las fuerzas sociales dónde hay mayor acumulación de pasivo social, cuestión de tener claro dónde poner los énfasis en los próximos años para lograr la mejor cobertura posible de las brechas, de cara a las metas del milenio, hacia el 2015.

Por ejemplo, queda evidenciado el esfuerzo inmenso que ha de hacerse para avanzar en forma sostenida en la erradicación de la pobreza extrema y el hambre, anticipando y gestionando bien los riesgos, a fin de que las eventuales crisis económicas y financieras, sean de origen local o internacionales, no den al traste con los logros, como ocurrió en el transcurso de la década. El Informe deja al descubierto, también, el enorme desafío educativo, piedra angular el desarrollo de una mejor nación; cuestión de garantizar el acceso universal a una enseñanza primaria de calidad, lo que implica apostar por una transformación del sistema educativo que tenemos. De importancia no menor, son los énfasis que hay que poner para mejores logros en el ámbito de la salud materno-infantil.

Quedan señalados, además, los ámbitos de alerta amarilla; son aquellos en los que, con un poquito más de esfuerzo y mejor eficacia en el desempeño, es posible todavía que se pueda proclamar la meta como lograda en el tiempo previsto.

Al identificar los avances y establecer los correspondientes alertas en las áreas que representan los mayores desafíos, este Informe se constituye un buen

referente para la priorización, la asignación y la gestión para avanzar (de aquí al 2015, por lo menos) hacia el desarrollo del país que nos merecemos los dominicanos, principalmente nuestros niños y jóvenes; cuestión de que al final del período, la rendición de cuenta sobre el avance en el cumplimiento de los ODM parezca como el primer tramo recorrido en el viaje de transformación hacia un país mejor, que es el anhelo y la visión plasmada en la propuesta Estrategia Nacional de Desarrollo.

Juan Temístocles Montás
Ministro de Economía, Planificación y Desarrollo

PRESENTACIÓN

La relevancia de este informe nacional, cuando quedan 5 años para cumplirse el plazo marcado en la Declaración del Milenio, reside en ser un balance honesto de los avances del Estado y la Sociedad Dominicanos y los obstáculos encontrados para lograr las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y como tal, constituye un valioso llamado a nuestras conciencias para la acción colectiva responsable.

Cuando los Jefes de Estado firmaron la Declaración del Milenio en 2000 renovaron su compromiso con los valores básicos de la Carta de Naciones Unidas que siguen vigentes para la sociedad global del siglo XXI: libertad, igualdad, solidaridad, tolerancia, respeto de la naturaleza y responsabilidad común. Además, expresaron su convicción de que el desarrollo en el nuevo milenio debía estar anclado en la dignidad humana y los derechos humanos, ya que cualquier concepción o visión de los procesos de desarrollo nacionales debía contribuir en el plazo de 15 años a la realización de este consenso mínimo que son las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Desarrollo y derechos humanos están íntimamente ligados, especialmente si hablamos de desarrollo humano. El desarrollo no es un regalo, un acto asistencial o caritativo por parte del estado, el desarrollo es un derecho humano tal y como lo adoptó la Asamblea General de Naciones Unidas en 1986. Todas las personas, sin ningún tipo de discriminación, tienen derecho a participar, disfrutar y contribuir al desarrollo económico, social, cultural y político de sus países. Por otra parte, la teoría del desarrollo humano nos recuerda que las capacidades y las libertades son los pilares básicos para que las personas logren vivir la vida que valoran. Sin inversión en las capacidades de las personas no hay empoderamiento, no hay conciencia para reclamar los derechos y libertades fundamentales, y por tanto, no se contribuye al

desarrollo humano porque no se aumenta la capacidad de elección de las personas.

Este informe de progreso sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio muestra que los esfuerzos de República Dominicana no se han traducido proporcionalmente en avances hacia las metas de los Objetivos y demuestran también que más y diferentes esfuerzos son necesarios. Si bien el impacto de crisis financieras en 2003 y 2008 han significado importantes reveses para reducir la pobreza, hay obstáculos estructurales como la pobreza persistente, la escasa capacidad de la economía para generar trabajo decente y la marcada desigualdad que limitan significativamente el impacto de las políticas que permiten avanzar hacia los Objetivos. Un informe reciente del Fondo para el Logro de los Objetivos del Milenio argumenta que la desigualdad impone costes a toda la sociedad: a nivel macroeconómico, ya que reduce el ritmo al que una economía traduce el crecimiento en reducción de la pobreza, y a nivel social, ya que genera tensiones sociales, violencia, y efectos negativos en la inversión en capital humano. En definitiva, la desigualdad conlleva exclusión y la negación de derechos de las personas y las comunidades.

Para superar los obstáculos de la desigualdad y la exclusión, hay que retomar los valores de la Declaración del Milenio y un enfoque basado en los derechos humanos que permita promover la inclusión y cerrar las brechas socio-económicas que frenan el desarrollo humano y la realización de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Este es trabajo de todos y todas, ya que para superar la desigualdad y los valores negativos que reproducen la exclusión social, es necesario trabajar de forma horizontal en el seno de la sociedad superando los enfoques verticales que descienden del estado a los ciudadanos, existe una responsabilidad compartida.

República Dominicana ha tenido una trayectoria destacada de crecimiento económico, si esas mismas fuerzas económicas, sociales y políticas se orientan a superar los obstáculos arriba mencionados, seguramente se producirá un avance significativo

para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y lo que es más importante, una mejora cualitativa en la vida de los dominicanos que todavía no disfrutaban de su derecho al desarrollo.

Valerie Julliand

Coordinadora Residente del Sistema de Naciones Unidas

INTRODUCCIÓN

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) se basan en necesidades humanas, en derechos de las personas y valores básicos de aceptación universal, consignados en la Constitución de la República Dominicana como el derecho a la salud, a la educación básica, al empleo, a habitar en un ambiente sano y disfrutar en forma sostenible de los recursos naturales. De manera que, más allá del compromiso asumido por el país frente a la comunidad internacional al adoptar la Declaración del Milenio en el año 2000, el Estado dominicano está obligado, por mandato constitucional, a emprender todos los esfuerzos a su alcance para impulsar los componentes claves de los ODM, liberar a la población de las condiciones de pobreza extrema y propiciar una vida saludable y feliz de los ciudadanos.

La Declaración del Milenio ha constituido para los gobiernos y las sociedades una rica fuente de orientación de las políticas públicas. En el caso particular de la República Dominicana, su incidencia ha sido notable en varias dimensiones: i) el diseño e implementación de las políticas estuvieron cada vez más y mejor entonadas con los objetivos de desarrollo; ii) contribuyeron a mejorar la coordinación interinstitucional y la articulación de las políticas; iii) creció la preocupación y se empeñaron esfuerzos para mejorar la eficacia y calidad de la gestión pública; iv) se desarrollaron sinergias público-privadas dignas de emular para dar pasos hacia adelante en el logro de los objetivos de desarrollo; y v) la cooperación internacional fue más incisiva en que la gestión pública repercutiera en los ODM.

En suma, tras el lanzamiento de la iniciativa mundial de los ODM, se volvió lugar común en el país atreverse a formular como objetivo avanzar hacia un país sin hambre y sin pobreza extrema, donde todos los ciudadanos y ciudadanas tengan acceso a una educación de calidad, donde haya empleo productivo y decente, buena salud y vivienda digna en entornos saludables. Además, cobró

vigor la proclamación de derechos como el de las mujeres a dar a luz sin correr peligro de muerte, la equidad de género y el derecho a gozar de un medio ambiente sano de forma sostenible.

Este nuevo Informe de Seguimiento¹, elaborado a diez años del lanzamiento de la referida Declaración del Milenio y a cinco de 2015, fecha establecida para lograr las retadoras metas de los ODM, es un instrumento de información pública, de promoción para la construcción de voluntades y consensos, que tiene el propósito de movilizar la acción hacia el cumplimiento de los compromisos contraídos.

El año 2015 está cerca; resta poco tiempo para la rendición de cuentas final. Algunas metas se alcanzarán; pero otras están muy rezagadas, entre ellas la reducción de la pobreza extrema a la mitad, y que requerirán de esfuerzos extraordinarios para lograr avances significativos en el tiempo que queda. El país puede y debe hacerlo. Para ello, en este último tramo hacia las metas, las entidades estatales habrán de intensificar los esfuerzos en el desarrollo de los programas, proyectos y actividades que favorezcan un mejor avance en el cumplimiento de los ODM. Asimismo, se requerirá de las entidades de la sociedad civil y los órganos de control social un involucramiento más activo en el seguimiento al cumplimiento de las metas.

Este Informe presenta una panorámica general de la situación del cumplimiento de los ODM en el país; focaliza los avances, limitaciones, las brechas que visualizan lo que falta para alcanzar las metas, así como

1. El primer informe nacional sobre los ODM se realizó en 2004. En los años subsiguientes, el COPDES realizó otros reportes sobre el tema; el más reciente en septiembre de 2008, bajo el título Guía para Determinar el Progreso hacia los ODM. Por otra parte, en noviembre del 2009, el Banco Mundial elaboró el informe Objetivos de Desarrollo del Milenio en República Dominicana: Insumo para la Estrategia Nacional de Desarrollo, en el cual estimó el esfuerzo necesario para que el país cumpla con los ODM en 2015 y las implicaciones de ese financiamiento en la economía nacional.

las buenas prácticas implementadas por el Gobierno y la sociedad y que precisan ser fortalecidas para apresurar los resultados.

La elaboración del presente informe estuvo a cargo de un equipo técnico del Ministerio de Economía Planificación y Desarrollo, cuyo plan de trabajo estuvo sustentado en la guía de las Naciones Unidas para la elaboración de los informes nacionales sobre los ODM y en la Guía para Determinar el Progreso hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio, preparada por la Comisión Presidencial sobre los Objetivos del Milenio y el Desarrollo Sostenible (COPDES).

El equipo de trabajo, en coordinación con la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE), realizó un inventario de los datos disponibles sobre cada uno de los indicadores oficiales de medición del avance de los ODM; se consensaron las estadísticas y las fuentes de información a utilizar en cada indicador meta y en los indicadores complementarios, algunos de los cuales fueron adicionalmente incorporados para facilitar la evaluación de determinados objetivos. Se elaboró un formato guía para la presentación de reportes sectoriales por parte de las instituciones más directamente vinculadas a los ODM.

El Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo organizó seis talleres, en los cuales se debatieron los reportes presentados por las siguientes instituciones: Gabinete Social (ODM 1), Ministerio de Educación (ODM 2), Ministerio de la Mujer (ODM 3); Ministerio de Salud Pública (ODM 4, 5 y 6, y meta 8e del ODM 8), Ministerio de Medio Ambiente (ODM 7) y el Instituto Dominicano de las Telecomunicaciones-INDOTEL-(Meta 8.F del ODM 8). En los debates participaron 110 profesionales de 47 instituciones gubernamentales, de organizaciones sociales y de las agencias del Sistema de Naciones Unidas con representación en el país.

Con los resultados de las reuniones del equipo de trabajo y de los citados talleres, fue elaborado el

primer borrador del informe, el cual fue consensado bajo la coordinación del Ministerio de Economía Planificación y Desarrollo. Se preparó un segundo borrador, el cual fue revisado y validado por las instituciones que estuvieron a cargo la presentación de reportes sobre cada uno de los ODM vinculados a sus respectivas áreas de competencia. Sobre la base de esta última consulta, se preparó la versión final del informe.

El reporte tiene la siguiente estructura. Al inicio, una breve descripción del contexto del país, focalizada en la identificación de los logros, las principales dificultades y las condiciones favorables para alcanzar los ODM. Luego se presenta una matriz con los resultados generales del análisis de tendencia hacia cada uno de los objetivos y metas.

En los 8 capítulos siguientes, del III al X, se evalúan las tendencias de los diferentes indicadores y las brechas pendientes para el logro de cada meta, así como las principales limitaciones, las intervenciones necesarias y las buenas prácticas que han contribuido al logro de los objetivos. Los dos capítulos finales están dedicados a identificar los principales efectos de la crisis financiera y económica global y las potenciales repercusiones del cambio climático en los ODM.

El Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo desea dejar constancia de su especial agradecimiento a cada una de las instituciones citadas anteriormente por su activa participación en la elaboración del presente informe, así como a las demás personas y entidades del sector público, del Sistema de Naciones Unidas y de organizaciones gubernamentales que se involucraron en el proceso de discusión. Como quedó de manifiesto en los debates, reuniones y consultas celebradas para la preparación del informe, ahora el desafío es renovar el compromiso político y emprender esfuerzos conjuntos para cerrar las brechas entre las metas de los ODM y los resultados alcanzados hasta el momento.

I. CONTEXTO

Desde el inicio de la década de los 90, período de referencia para el establecimiento de las metas de los ODM, la población de la República Dominicana aumentó 35%, al pasar de 7.2 millones (1990) a 9.7 millones en 2009; el Producto Interno Bruto (PIB), según cifras del Banco Central, se incrementó en 178%, al pasar de RD\$123 a RD\$342 mil millones, a precios de 1991; y el PIB por habitante se multiplicó por 3.5 veces, al pasar de USD1,370 (1991) a USD4,800 dólares en 2009 (Ver anexo 1).

En términos de crecimiento del PIB, la de República Dominicana fue una de las economías de mejor desempeño en la región América Latina y el Caribe en las últimas dos décadas: creció a un ritmo promedio anual de 5.8%, registrando las más bajas tasas en 2003 (-0.3%) y 2004 (1.3%), producto de la crisis financiera interna que la afectó severamente. En el contexto de la crisis económica global, en 2008 y 2009, el crecimiento sólo se ralentizó hasta caer a un ritmo de 3.5% en 2009, significativamente por debajo de la tasa promedio de crecimiento antes referida. Aún así, el crecimiento de la economía dominicana se mantiene significativamente superior al promedio del conjunto de países de América Latina y el Caribe.

A pesar de las elevadas tasas de crecimiento, una alta proporción de la población continúa viviendo en condiciones de pobreza. El país muestra rezagos importantes en materia de educación, salud, empleo y otros indicadores de desarrollo humano². Esto pone de manifiesto la imperiosa necesidad de remover restricciones económicas, sociales e institucionales que están impidiendo un mejor aprovechamiento de los recursos, mayor inversión social y mejor calidad del gasto; y, consecuentemente, limitando el avance hacia los ODM.

Es importante resaltar que, con el propósito de mejorar la calidad de la gestión estatal, en la última

década el país ha logrado poner en vigencia un valioso conjunto de nuevas leyes de reforma, cuya correcta implementación repercutiría favorablemente en mejora de la calidad de la asignación, la gestión del gasto público y, finalmente, en mejora de la producción de bienes y servicios que el sector público está llamado a entregar a la sociedad. En este sentido, se lograría una mayor efectividad en la contribución del esfuerzo público al cumplimiento de los ODM. Las principales reformas en este sentido están relacionadas con la planificación, la inversión, la financiación, el presupuesto, compras y contrataciones, administración de recursos humanos, seguimiento y control del uso de los fondos públicos, entre otras materias. Además, se han desarrollado mejoras en el ámbito de la planificación global y sectorial, especialmente en áreas clave como educación y salud e inician procesos para mejora de la planificación a nivel del territorio.

En el ámbito de la protección social se destaca la puesta en marcha del sistema de seguridad social, el cual ha facilitado el acceso a servicios de salud y pensiones a más del 40% de la población dominicana. Acelerar el proceso de implementación de la Ley de Seguridad Social impulsaría el avance hacia los ODM, especialmente los relacionados con la salud. El país enfrenta el reto de lograr la cobertura total de la seguridad social, meta para la cual se fijó un plazo de diez años, que vence en 2011; sin embargo, por el ritmo de ejecución registrado, es poco probable lograr el objetivo de universalización de la seguridad social en el plazo previsto.

Entre los principales obstáculos para el avance hacia los ODM se ubican tanto la baja calidad del gasto público en su conjunto como el monto también bajo del gasto

2. De acuerdo al Informe de Desarrollo Humano República Dominicana 2008, el país tenía un IDH de 0.682 en 1990 y de 0.779 en 2005; esté último inferior al promedio de América Latina y el Caribe (0.803). La esperanza de vida aumentó de 65.3 años en 1990 a 71.5 años en 2005 (1.3 años menos que el promedio regional).

social, cuyo promedio fue inferior al 7% del PIB³ durante el período 2000-2009, cerca de la mitad del promedio registrado en la región América Latina y el Caribe. Por otro lado, durante los últimos años, un alto porcentaje de los ingresos fiscales (actualmente más del 40%) se destina al servicio de la deuda pública, lo que impone fuertes restricciones al gasto público global y al gasto social en particular.

La redefinición de la política fiscal constituye un desafío relevante para lograr que la misma cumpla mucho mejor su función redistributiva. Sin mejoras en la distribución del ingreso y las oportunidades, fortalecimiento institucional y aumento y mejora de la calidad del gasto social, será difícil que el país pueda elevar su nivel de desarrollo humano. Para ello es preciso dar un enfoque más integral a la formulación de las políticas públicas, gestionarlas mejor

y buscar mecanismos de articulación y generación de compromisos reales con el desarrollo del país y, a la vez, con el cumplimiento de los ODM.

La implementación de la propuesta de Estrategia Nacional de Desarrollo 2010-2030 (END), actualmente en proceso de consulta, implica y conlleva estos propósitos. Una vez consensuada entre los diferentes actores (fuerzas sociales, partidos políticos, gobierno, empresariado y otros) y convertida en ley, brindará la oportunidad de crear mecanismos de monitoreo más eficaces que los aplicados hasta el momento en el seguimiento a los ODM, especialmente en lo relacionado con el financiamiento.

En tal sentido, la formulación de una planificación de mediano plazo robusta (plan nacional de desarrollo) que oriente el diseño y la aplicación del presupuesto

Recuadro 1 La propuesta de Estrategia Nacional de Desarrollo y los ODM

Una vez concluya la consulta ciudadana sobre la propuesta END y ésta sea aprobada por el Congreso Nacional, el Estado dominicano habrá asumido el compromiso de poner dicha iniciativa en ejecución. Esto abre una oportunidad de acelerar el avance hacia las metas de los ODM en los próximos cinco años, por cuanto las políticas y acciones que se pongan en práctica en procura de los objetivos generales de la propuesta de END incidirán positivamente en los ODM.

El segundo eje de la END se relaciona estrechamente con el ODM 1. Dicho eje estratégico tiene por objetivo lograr “una sociedad cohesionada, con igualdad de oportunidades y bajos niveles de pobreza y desigualdad”, y establece metas cuantitativas de reducción de la indigencia y de la pobreza en general. También contempla la universalización de la educación desde el nivel preescolar hasta el nivel medio, acceso a la salud y a la seguridad social y “vivienda digna en entornos saludables”, objetivos coincidentes con los ODM 2, 4, 5, 6 y 7 (Meta 7.D).

El cuarto eje estratégico está dedicado completo al tema medio ambiental (ODM 7), para “un manejo sostenible del medio ambiente y una adecuada adaptación al cambio climático”, que incluye el compromiso de desarrollar un sistema nacional de gestión integral de riesgo. Al igual que la política de medio ambiente, en la END se proponen políticas de género (ODM 3) y de tecnologías de la información y la comunicación (ODM 8, Meta F), sustentadas en un enfoque transversal, es decir, integradas a todos los planes, programas, proyectos y políticas públicas.

Fuente: Documento base de la Propuesta de Estrategia Nacional de Desarrollo 2010-2030.

plurianual y del presupuesto anual⁴, en la medida que responda a las prioridades establecidas en la END, contribuirá al avance hacia las metas ODM en el período 2011-2015; sobre todo, si se logra un mayor compromiso político y más empoderamiento por parte de los diferentes actores sociales para intensificar acciones concretas a favor de los ODM. Esto, unido a la implementación de un sistema de monitoreo y evaluación, contribuirá en los

próximos cinco años a la obtención de resultados mucho más alentadores que los alcanzados en los dos quinquenios previos.

3. A largo plazo se observa una tendencia al aumento del gasto social, cuyo volumen fue de un promedio equivalente al 4.4% del PIB en el período 1991-1995 y de alrededor de 5% del 1996 al 1999. Del 2000 al 2007 el promedio fue de 6.8% del PIB.
4. Estas herramientas, en el marco del nuevo Sistema de Planificación, son piezas clave para la puesta en marcha de la END y para impulsar el avance de los ODM en los próximos cinco años.

II. TENDENCIA GENERAL DE LOS ODM. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN.

La matriz que se presenta a continuación expone de forma sumaria los resultados, tendencias y brechas en el cumplimiento de las metas de los ODM en la República Dominicana. Incluye, además, una apreciación respecto al cumplimiento o no de la meta, al 2015.

República Dominicana: Panorama de cumplimiento de los ODM, 2010

Objetivos y Metas	Indicador de meta	Valor Referencia (año y fuente)	Valor actualizado (año y fuente)	Metas 2015	Proyección 2015	Cumplimiento
Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre						
META 1.A: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de la población por debajo de la línea nacional de extrema pobreza	Proporción población en pobreza extrema (%)	10.8 (1992, Ministerio Economía)	10.4 (2009, Ministerio Economía)	5.4	7.4	Es poco probable que se logre reducir a la mitad el nivel de indigencia al año 2015. Es más razonable esperar que esto ocurra alrededor del año 2020, como lo proyecta la propuesta END. La reducción de la pobreza está bastante condicionada a que la política fiscal cumpla mejor su función redistributiva y a la no ocurrencia de eventos de crisis económica de alto impacto en el desarrollo.
	Coficiente brecha pobreza	3.3 (2000, Ministerio Economía)	2.9 (2009, Ministerio Economía)	-	-	
	% ingreso nacional que corresponde al quintil más pobre de la población	4.3 (2000, ONU. Base datos ODM)	3.8 (2009, Ministerio Economía)	-	-	
Meta 1.B: Lograr el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos, incluidas las mujeres y los jóvenes	Tasa de crecimiento del PIB por persona ocupada (%)	3.4 (1992) 3.1(1991-2000. Ministerio Economía)	5.3 (2009) 2.9(2000- 2009, Ministerio Economía)	-	-	No se logrará. Aunque la productividad laboral ha aumentado a ritmo muy superior al promedio regional, no hay señales de mejoría en las condiciones laborales. Ha aumentado la proporción de indigentes en la población ocupada, así como la que tiene empleos inseguros e inestables.
	Tasa de ocupación de la población	44.3 (1991, ENFT)	45.8 (2009, ENFT)	-	-	
	Proporción de indigentes en la población ocupada (%) (en base a línea nacional, con metodología Banco Mundial)	3.9 (2000, Ministerio Economía)	4.0 (2009, Ministerio Economía)	-	-	

Objetivos y Metas	Indicador de meta	Valor Referencia (año y fuente)	Valor actualizado (año y fuente)	Metas 2015	Proyección 2015	Cumplimiento
	Proporción de población en trabajo por cuenta propia y no remunerado (%)	38.6(1991, Naciones Unidas, base datos ODM)	43.9 (2009, Banco Central, ENFT)	-	-	
Meta 1.C: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que padecen hambre	Proporción de población que no alcanza consumo mínimo de energía alimentaria	27 (1991, FAO)	21 (2005, FAO)	13.5	17.2	No se logrará. Se mantiene muy alto el porcentaje de la población que padece malnutrición. Sin embargo, se ha reducido a más de la mitad la desnutrición global de la niñez.
	Niños menores de 5 años con peso inferior al normal (%)	10.4 (1990, ENDESA)	3.1 (2007, ENDESA)	5.2	-	
Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal						
Meta 2.A: Asegurar que, en 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria	Proporción alumnos comienzan el 1er grado y llegan al último grado de la enseñanza primaria	23.2 (1990, Ministerio Economía)	75.8 (2009, Ministerio Economía)	100	86	No se logrará. La deserción sigue siendo alta. Para lograr que todos los niños y niñas terminasen el ciclo completo en 2015, debió haberse alcanzado con suficiente anticipación la total cobertura de la matriculación. Se ha avanzado en cobertura y se registra una alta tasa de alfabetización entre los jóvenes. El punto más crítico es la calidad.
	Tasa neta de matriculación en la enseñanza primaria	84.1 (1999, CELADE)	90.3 (2008, promedio ONE/ CELADE/ encuestas)	100	-	
	Tasa de alfabetización de las personas de entre 15 y 24 años	95.6 (2000, Ministerio Economía)	96.9 (2009, Ministerio Economía)	100	-	
Objetivo 3: Promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer						
Meta 3.A: Eliminar las desigualdades entre los sexos en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para 2005, y en todos los niveles de la enseñanza, a más tardar en 2015	Relación entre niñas y niños en la enseñanza primaria.	1.0 (2001, Ministerio Economía)	0.92 (2009, Ministerio Educación)	1.0	-	Se ha logrado prácticamente eliminar las brechas de acceso de las mujeres a la educación. Preocupa que el problema de equidad de género en la enseñanza se esté invirtiendo; los varones aparecen en desventaja en relación a las hembras. En otro orden, tanto la proporción de mujeres con empleos en el sector no agrícola como de escaños en el Congreso ocupados por mujeres ha aumentado, aunque no al ritmo deseable, por lo que la meta de equidad en estas áreas difícilmente se logrará.
	Relación entre niñas y niños en la enseñanza secundaria.	1.24 (1999, ONU. Base datos ODM)	1.23 (2009, Ministerio Educación)	1.0	-	
	Relación entre niñas y niños en la enseñanza superior.	1.3 (2001, Ministerio de Economía)	1.6 (2008, BC-ENFT)	1.0	-	
	Proporción de mujeres con empleos remunerados en el sector no agrícola (%)	35 (1990, BC-ENFT)	39.2 (2009, BC-ENFT)	50	-	
	Proporción de escaños ocupados por mujeres en la Cámara de Diputados (%)	11.7 (1990, JCE, Congreso)	20.8 (2010, JCE, Congreso)	50	-	

Objetivos y Metas	Indicador de meta	Valor Referencia (año y fuente)	Valor actualizado (año y fuente)	Metas 2015	Proyección 2015	Cumplimiento
Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años						
Meta 4.A: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años	Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (por mil nacidos vivos)	65.0 (1993, ENDESA 1996)	36.0 (2007, ENDESA)	21.7	24.2	Es poco probable lograr la meta respecto a la mortalidad de la niñez, explicada en un 80% por la mortalidad infantil. A su vez, el 80% de la mortalidad infantil se explica por la mortalidad neonatal, fuertemente ligada a la calidad de atención prenatal y del parto; esto liga el logro del ODM 4 al mejoramiento de la calidad de atención obstétrica y, por tanto, al logro del ODM 5. En cuanto a la inmunización contra el sarampión, el país ha mantenido un buen nivel de cobertura.
	Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)	43.0 (1993, ENDESA 1996)	32.0 (2007, ENDESA)	14.3	-	
	Proporción de niños de 12 a 23 meses inmunizados contra el sarampión	96.0 (1990, M. Salud Pública)	94.5 (2008, M. Salud Pública)	-	-	
Objetivo 5: Mejorar la salud materna						
Meta 5.A: Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna	Tasa de mortalidad materna (por 100 mil nacidos vivos)	187.6 (1991, ENDESA)	159.0 (2007, ENDESA)	46.9	141.0	Poco probable. El análisis de tendencia sugiere que en 2015 la mortalidad materna será el triple del nivel fijado como meta. La alta mortalidad materna tiene lugar a pesar de que se reporta que casi la totalidad de los partos cuenta con asistencia de personal especializado; esto plantea un problema de calidad de servicio, hecho que no se limita a las aptitudes de los prestadores sino que incluye también las actitudes para la prestación del servicio con calidad y calidez, lo que está asociado al respeto o no de los derechos de las mujeres a una maternidad segura.
	Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado	92.4 (1991, ENDESA)	97.8 (2007, ENDESA)	100	-	
Meta 5.B: Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva	Tasa de uso de anticonceptivos en mujeres en unión	56.4 (1991, ENDESA)	72.9 (2007, ENDESA)	-	-	Poco probable. El uso de anticonceptivos ha aumentado. La tasa de uso en el país es similar al promedio regional; en cambio, la tasa de natalidad entre las adolescentes es muy alta y se reduce lentamente. La cobertura en atención prenatal es elevada; otro contraste con la alta mortalidad materna.
	Tasa de fecundidad entre las adolescentes (por mil adolescentes)	114.3(1990, Ministerio Economía / ONE)	108.7(1990, Ministerio Economía / ONE)	-	-	
	Cobertura de atención prenatal (al menos una consulta)	97.0 (1991, ENDESA)	97.5 (2007, ENDESA)	-	-	
	Cobertura de atención prenatal (al menos cuatro consultas)	85.0 (1991, ENDESA)	94.5 (2007, ENDESA)	-	-	
	Necesidades insatisfechas en materia de planificación de la familia	17.2 (1991, ENDESA)	11.4 (2007, ENDESA)	-	-	

Objetivos y Metas	Indicador de meta	Valor Referencia (año y fuente)	Valor actualizado (año y fuente)	Metas 2015	Proyección 2015	Cumplimiento
Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades						
Meta 6.A: Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA en 2015	Prevalencia del VIH en las personas de entre 15 y 24 años (%)	0.6 (2002, ENDESA)	0.3 (2007, ENDESA)	< 0.6		Es probable que se logre, pero se requiere mantener una política de prevención y atención de la población en riesgo, incluyendo una adecuada divulgación de las medidas de prevención. Un factor positivo es el aumento del uso de preservativos en relaciones riesgosas, aunque es preocupante el escaso conocimiento de las personas jóvenes sobre la transmisión y prevención de la enfermedad.
	Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo (%)	35.2 (2002, ENDESA)	62.3 (2007, ENDESA)			
	Proporción de la población de entre 15 y 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA (%)	N.D.	38.5 (2007, ENDESA)			
	Relación entre la asistencia escolar de niños huérfanos y la de niños no huérfanos de entre 10 y 14 años (%)	20.0 (1991, ENDESA)	16.4 (2006, ENDESA)			
Meta 6.B: Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten	Proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales	23 (2006, M.Salud Pública)	71 (2009, M.Salud Pública)	100		No se logrará, a menos que se tomen acciones para modificar la tendencia reciente. El acceso al tratamiento ARV ha aumentado significativamente, pero no al ritmo necesario. Sólo la mitad de las embarazadas infectadas con VIH está recibiendo profilaxis con antirretrovirales.
Meta 6.C: Haber detenido y comenzado a reducir, en 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves	Tasa de incidencia asociada a la malaria (por 100 mil habitantes)	5.0 (1990, M.Salud Pública)	16.8 (2009), M.Salud Pública)			Poco probable. La incidencia de la malaria, si bien ha disminuido en los últimos cuatro años, se mantiene a un nivel superior al inicio de la pasada década (el valor de referencia corresponde al año de más baja incidencia de la enfermedad en las últimas tres décadas). La tasa de incidencia de la tuberculosis se mantiene relativamente estable en los últimos años, con valor próximo a la meta, mientras la tasa de mortalidad asociada a esta enfermedad se ha reducido significativamente. El dengue tiene una alta incidencia, con clara tendencia hacia el aumento.
	Tasa de mortalidad asociada a la malaria (por 100 mil habitantes)	0.14 (1994, M.Salud Pública)	0.08 (2008), M.Salud Pública)			
	Tasa de incidencia asociada a la tuberculosis (por 100 mil habitantes)	40.1 (1990, M.Salud Pública)	42.0 (2009, M.Salud Pública)			
	Tasa de mortalidad asociada a la tuberculosis (por 100 mil habitantes)	7.4 (1990, M.Salud Pública)	1.2 (2009, M.Salud Pública)			

Objetivos y Metas	Indicador de meta	Valor Referencia (año y fuente)	Valor actualizado (año y fuente)	Metas 2015	Proyección 2015	Cumplimiento
	Proporción de casos de tuberculosis detectados (%)	18.0 (2001, M.Salud Pública)	26.1 (2009, M.Salud Pública)			
	Proporción de casos de tuberculosis curados con tratamiento breve bajo observación directa (%)	45.7 (2000, M.Salud Pública)	79.3 (2008, M.Salud Pública)			
	Tasa de incidencia asociada al dengue (por 100 mil habitantes)	15.6 (1994, M.Salud Pública)	84.9 (2009, M.Salud Pública)			
	Tasa de letalidad asociada al dengue (por 100 casos)	3.9 (1997, M.Salud Pública)	7.2 (2009, M.Salud Pública)			
Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente						
Meta 7.A: Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales y reducir la pérdida de recursos del medio ambiente	Proporción de la superficie de tierras cubierta por bosques	28.4 (1990, ONU. Base datos ODM).	32.6 (2003, Ministerio. Medio Ambiente)			Es probable, pero se requieren esfuerzos adicionales. Los datos disponibles indican que la superficie boscosa no ha disminuido, contrario a lo que ha ocurrido a nivel general en la región. Se ha reducido el consumo de dos de las principales sustancias que agotan la capa de ozono. La superficie y cantidad de áreas protegidas han aumentado en términos formales, pero hay que mejorar la efectividad de la protección. El país cuenta con suficiente disponibilidad de agua, aunque hay grandes diferencias subnacionales y algunas zonas registran estrés hídrico. Se precisa masificar campañas de educación sobre el uso racional del recurso agua.
	Emisiones de dióxido de carbono totales (millones de tm)	9.57 (1990, ONU. Base datos ODM).	20.36 (2006, ONU. Base datos ODM).			
	Emisiones de dióxido de carbono per cápita (toneladas métricas)	1.31 (1990, ONU. Base de datos ODM).	2.01 (2006, ONU. Base de datos ODM)			
	Emisiones de dióxido de carbono por cada dólar PPA del producto interno bruto (Kg. por dólar)	0.39 (1990, ONU. Base de datos ODM)	0.36 (2006, ONU. Base de datos ODM).			

Objetivos y Metas	Indicador de meta	Valor Referencia (año y fuente)	Valor actualizado (año y fuente)	Metas 2015	Proyección 2015	Cumplimiento
Meta 7.B: Haber reducido y haber ralentizado considerablemente la pérdida de diversidad biológica en 2010	Consumo de clorofluorocarbono (toneladas PAO: potencial de agotamiento de ozono)	274 (1992, M. Medio Ambiente)	47 (2007, M. Medio Ambiente)			Se ha logrado aumentar las áreas protegidas por ley. La detención o disminución de la pérdida de diversidad biológica en el país está condicionada al mejoramiento del control y recuperación de hábitats y especies amenazadas, lo que demanda de una eficaz aplicación de las leyes y mejoramiento de la gestión ambiental en las áreas protegidas y en el resto del territorio nacional en donde existen poblaciones de especies de flora y fauna de características únicas y singulares, con poblaciones reducidas. Las estimaciones indican que el 18% del recurso pesquero está sometido a explotación indiscriminada. De las 447 especies de flora y fauna que se consideran en peligro de extinción, se calcula que el 89% corresponde al reino vegetal.
	Consumo de bromuro de metilo (toneladas PAO)	173 (2000, M. Medio Ambiente)	0.0 (2007, M. Medio Ambiente)			
	Consumo de hidroclorofluorocarbono (toneladas PAO)	6.9 (1992, M. Medio Ambiente)	51.2 (2007, M. Medio Ambiente)			
	Proporción de poblaciones de peces que están dentro de unos límites biológicos seguros (%)	N. D.	82.1 (2009, M. Medio Ambiente)			
	Zonas terrestres protegidas como proporción del territorio nacional (%)	18.9 (2000, M. Medio Ambiente)	24.4 (2009, M. Medio Ambiente)			
	Zonas marinas protegidas como proporción del territorio nacional (%)	4.1 (2000, M. Medio Ambiente)	9.3 (2009, M. Medio Ambiente)			
	Proporción de especies en peligro de extinción (%)	N. D.	2.52 (2009, M. Medio Ambiente. (Preliminar))			
	Proporción del total de recursos hídricos utilizada	39.7 (1993-1997, ONU. Base de datos ODM)	16.0 (1998-2002, ONU. Base de datos ODM)			
Meta 7.C: Reducir a la mitad, para 2015, la proporción de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento	Proporción de la población con acceso a mejores fuentes de agua potable	66.4 (1991, ENDESA)	86.1 (2007, ENDESA)	83.2	94.7	Se ha logrado. El acceso a mejores fuentes de agua potable y a mejores servicios de saneamiento tiende a aumentar. Sin embargo, se deben intensificar los esfuerzos para ampliar la cobertura ya que aun es bastante alto el número de personas privadas de estos servicios.
	Proporción de la población con acceso a mejores servicios de saneamiento	61.1 (1991, ENDESA)	82.7 (2007, ENDESA)	80.6	100	
Meta 7.D: Haber mejorado considerablemente, en 2020, la vida de al menos 100 millones de habitantes de barrios marginales	Proporción de la población urbana que vive en barrios marginales	27.9 (1990, ONU. Base de datos ODM)	16.2 (2007, ONU. Base de datos ODM)			Se ha logrado. Ha disminuido significativamente, pero aún es alto el número de personas que habita en viviendas precarias y sin servicios básicos (agua, saneamiento, electricidad).

Objetivos y Metas	Indicador de meta	Valor Referencia (año y fuente)	Valor actualizado (año y fuente)	Metas 2015	Proyección 2015	Cumplimiento
Objetivo 8: Fomentar una alianza mundial para el desarrollo						
Meta 8.E: En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo a precios asequibles	Proporción de la población con acceso sostenible a medicamentos esenciales a precios asequibles	N. D.	N. D.			La puesta en marcha del nuevo régimen de seguridad social es una herramienta que está contribuyendo a aumentar el acceso de la población a medicamentos, particularmente de las personas beneficiarias del régimen subsidiado del sistema de seguridad social, afiliadas a SENASA, en adición al mantenimiento del suministro de medicamentos esenciales a la población pobre no afiliada a precios asequibles a través de PROMESE/CAL.
Meta 8.F: En cooperación con el sector privado, dar acceso a los beneficios de las nuevas tecnologías, especialmente las de la información y las comunicaciones	Líneas de teléfono por cada 100 habitantes	4.8 (1990, ONU. Base de datos ODM))	9.9 (2009, INDOTEL)			Se ha logrado. El acceso de la población dominicana a las TIC ha aumentado de manera sostenida. En cobertura de líneas de telefonía fija, móvil y usuarios de Internet el país se ubica dentro del promedio de la región de América Latina y el Caribe, pero existen importantes brechas entre grupos sociales y a nivel territorial.
	Abonados a teléfonos celulares por cada 100 habitantes	0.0 (1990, ONU. Base de datos ODM))	88.6 (2009, INDOTEL)			
	Usuarios de Internet por cada 100 habitantes	0.3 (1996, INDOTEL)	28.4 (2009; INDOTEL)			
Nota: Las metas restantes del ODMS, son monitoreadas a partir de las iniciativas y políticas de los países desarrollados. No se incluyen en el presente informe						





Objetivo



ERRADICAR LA POBREZA
EXTREMA Y EL HAMBRE

2.1 OBJETIVO 1: ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA Y EL HAMBRE

2.1.1 Tendencias y brechas pendientes.

META 1.A: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de la población por debajo de la línea nacional de extrema pobreza

La pobreza crece en los períodos de crisis, pero se benefician muy lentamente del crecimiento económico. Esto hace muy difícil el logro de la meta.

Para el análisis de tendencia de la población que vive en extrema pobreza o indigencia se utilizará la línea de pobreza nacional⁵, en lugar del indicador internacional de menos de US\$1 PPA (Paridad de Poder Adquisitivo) por persona por día⁶. La línea nacional permite una mejor estimación de la proporción de la población en estado de indigencia, ya que se ha observado que con la línea internacional se subestiman los niveles de pobreza⁷.

La evolución de la pobreza extrema y la pobreza en general⁸ durante período 1992-2009 se presenta en el cuadro 1, el cual muestra un notable incremento en ambos niveles de pobreza entre 2002 y 2004, en ocasión del gran deterioro de la economía nacional debido a la crisis bancaria interna del año 2003⁹. A partir de 2004 se observa una sostenida disminución de la pobreza extrema y general, sin lograr aún retornar a los niveles existentes al inicio de la década, es decir, previo a la crisis de referencia. De hecho, la incidencia de la indigencia y la pobreza en general en 2009 es prácticamente la misma que se registró en 1992, hace 17 años.

Cuadro 1
Proporción de la población en condiciones de pobreza general y pobreza extrema. 1992-2009
(Metodología del BM) % de la población total

Nivel de pobreza	1992	1997	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Meta* 2015
Pobreza extrema	10.8	9.7	9.0	8.5	10.0	12.5	15.9	15.4	13.1	11.8	11.8	10.4	5.4
Pobreza general	33.9	26.7	27.7	27.9	28.3	35.6	43.0	40.5	37.0	35.8	36.5	34.0	-

* La mitad del nivel del año 1992.

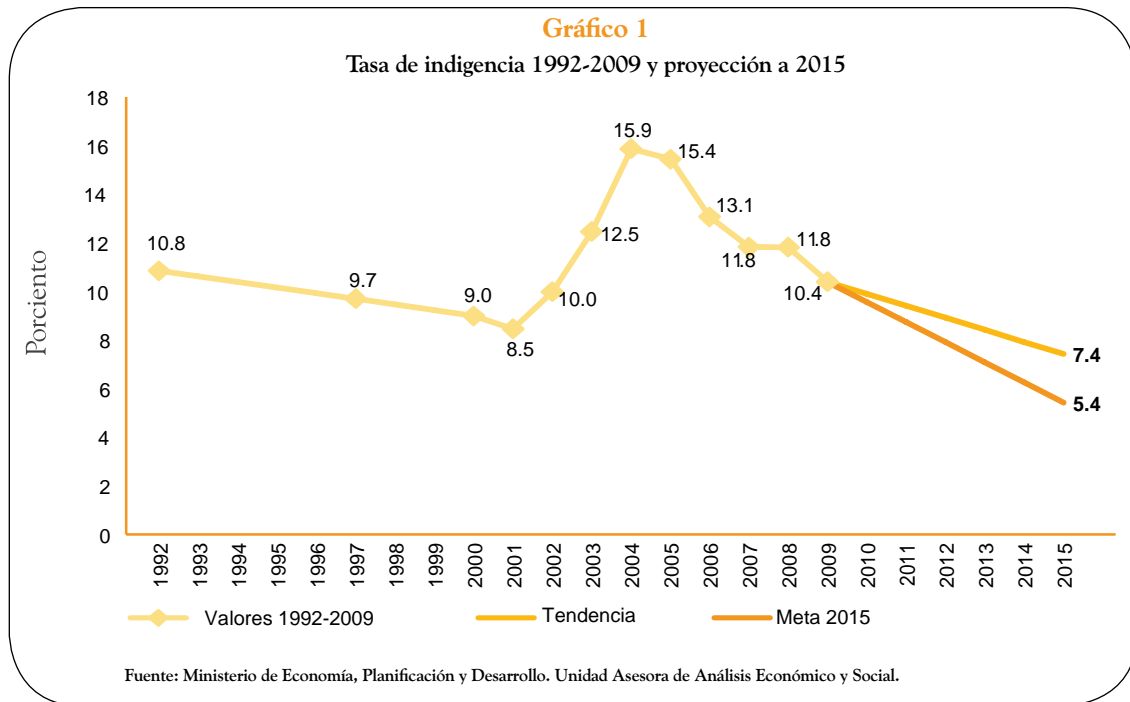
Fuente: Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo

- La línea de pobreza monetaria utilizada en este informe es la calculada por el Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo con la metodología de medición del Banco Mundial, utilizando las Encuestas Nacionales de Fuerza de Trabajo (ENFT) del Banco Central.
- En el Anexo 2 se incluyen datos sobre el indicador internacional de pobreza extrema y sobre coeficientes de brecha de pobreza.
- En el informe Objetivos de Desarrollo del Milenio, República Dominicana 2004, se presentaron estimaciones de pobreza extrema utilizando tanto el indicador internacional como la línea de pobreza nacional. Mediante el indicador internacional se estimó que la población en pobreza extrema era 5% en el año 2000 y 5.5% en 2002; de acuerdo a la línea de pobreza nacional esa proporción resultaba mucho mayor, de 28% en 2000 y 33% en 2003.
- La pobreza en general comprende la pobreza extrema y la pobreza moderada. La meta ODM 1 está referida al componente de pobreza extrema, es decir, al estándar mínimo de acceso a la alimentación y otras necesidades muy básicas.
- En el transcurso de la década la economía dominicana fue impactada por tres crisis que en mayor o menor medida impactaron el avance de los ODM; la primera y que más daño hizo ocurrió en 2003-2004, que elevó significativamente los niveles de pobreza.

Durante los últimos cinco años, la indigencia disminuyó en 5.5 puntos porcentuales y la pobreza general lo hizo en 9 puntos. A pesar de las altas tasas de crecimiento del PIB, la pobreza muestra un lento ritmo de reducción; es decir, la elasticidad ingreso de la pobreza es muy baja en el país; -0.38% según se indica en la propuesta END¹⁰. Las familias de más bajos ingresos son muy vulnerables al deterioro de la economía, pero no reciben o tardan mucho en recibir los beneficios de la expansión

económica, problema estructural asociado a marcadas desigualdades económicas y sociales prevalecientes en República Dominicana.

Los niveles de pobreza extrema registrados durante el período 1992-2009 y las proyecciones para 2015 se presentan en el Gráfico 1. Las proyecciones utilizadas para determinar el avance hacia la Meta 1.A han sido elaboradas en el marco de la propuesta Estrategia Nacional de Desarrollo (END¹¹).



Para el año 2015 se ha proyectado una tasa de pobreza extrema de 7.4%, superior a la meta ODM de 5.4%, equivalente a la mitad de la tasa del año 1992¹². Para alcanzar esta meta, la proporción de la población en pobreza extrema tendría que disminuir en el período 2009-2015 a una tasa anual de 10.3%, lo que representa más del doble de la tasa de disminución proyectada (5.5%). Estos resultados indican que es poco probable que se logre reducir a la mitad el nivel de indigencia al año 2015¹³.

10. De acuerdo al COPDES (2008), la relación registrada en el país entre PIB real per cápita y pobreza extrema ha sido distinta a la de América Latina y el Caribe. Sobre el particular señala que “la elasticidad de la pobreza extrema respecto al PIB real per cápita es de -1.8% para América Latina, mientras que la de la pobreza general es de -1.6%”.

11. En la END se establecieron metas de pobreza, desigualdad y PIB para los años 2020 y 2030 sobre la base de estimaciones realizadas a partir del siguiente modelo de regresión múltiple: $y_{ij} = \alpha_i + \beta_{1i} \cdot \ln(\text{PIBPCPPA})_j + \beta_{2i} \cdot \text{GINI}_j + \epsilon_{ij}$, donde: $y_j = \ln(p_j/(1-p_j))$; p_j = proporción de población pobre del año j ; $\ln(\text{PIBPCPPA})_j$ = Índice de concentración del ingreso de GINI del año j ; α_i = Constante o coeficiente de intercepción; β_{1i} = Coeficiente de regresión para la transformación logarítmica del PIBPCPPA; β_{2i} = Coeficiente de regresión para el índice de GINI; ϵ_{ij} = Error de estimación.

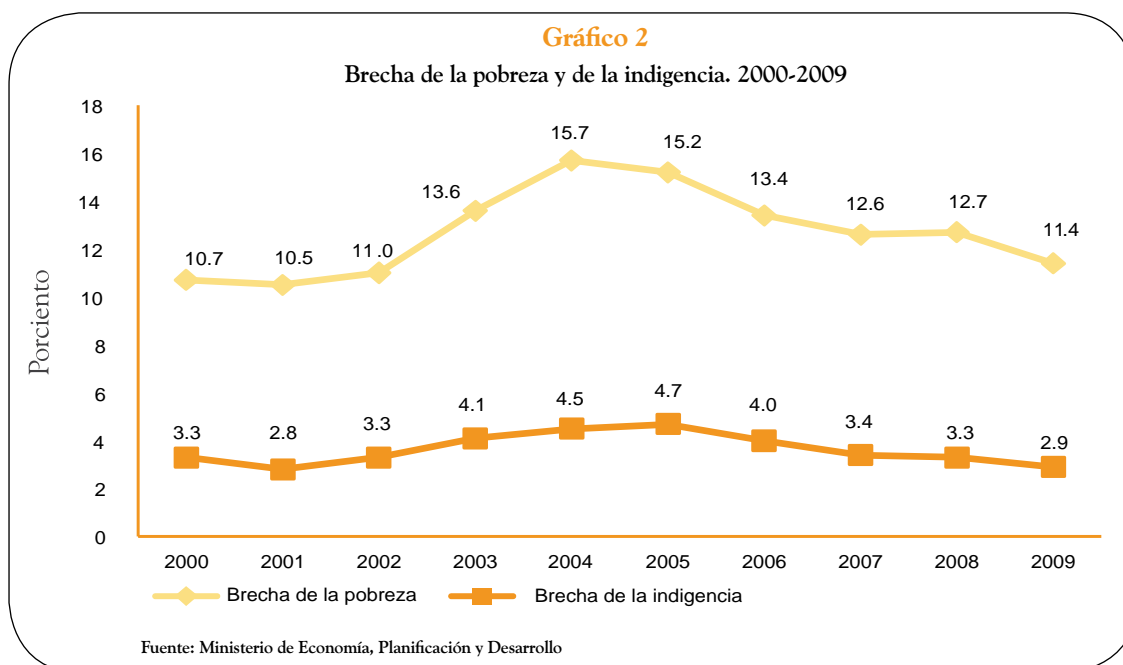
12. Se ajustó el dato original de pobreza extrema del año 1992 (7.3%) al equivalente al 32% de la pobreza general, por considerarlo un valor atípico, alejado de la tendencia observada de la proporción de población en pobreza extrema respecto a la población en condiciones de pobreza moderada.

13. En el informe del Banco Mundial sobre los ODM en República Dominicana: Insumo para la END (2009), se afirma que no se lograría. El COPDES (2008) estimó que era probable alcanzar la Meta 1.A. En el informe nacional sobre los ODM del año 2004, no se hicieron estimaciones sobre el cumplimiento de esta meta. Por otro lado, en la END se propone la meta de reducir la indigencia a 5.1% en el 2020 y a 2% en el 2030.

La brecha de pobreza crece rápidamente en períodos de crisis y disminuye lentamente durante la recuperación del crecimiento.

Los datos sobre la brecha de pobreza¹⁴ nos permiten evaluar la profundidad de la pobreza en general y la extrema. Con base en la línea nacional de pobreza calculada con la metodología del Banco Mundial, en 2009 la brecha de la pobreza general era de 11.4%

y la de la pobreza extrema, 2.9%. Si bien ambas son muy inferiores a las registradas con posterioridad a la crisis bancaria de 2003, aún no se logra una mejoría suficiente para colocarse por debajo de los niveles promedio del inicio de la década. Como se observa en el Gráfico 2, la brecha de pobreza aumentó en los años en que creció la incidencia de la pobreza y comenzó a disminuir cuando el nivel de pobreza empezó a descender.



Los más pobres reciben una proporción del ingreso nacional inferior a la que recibían en la pasada década

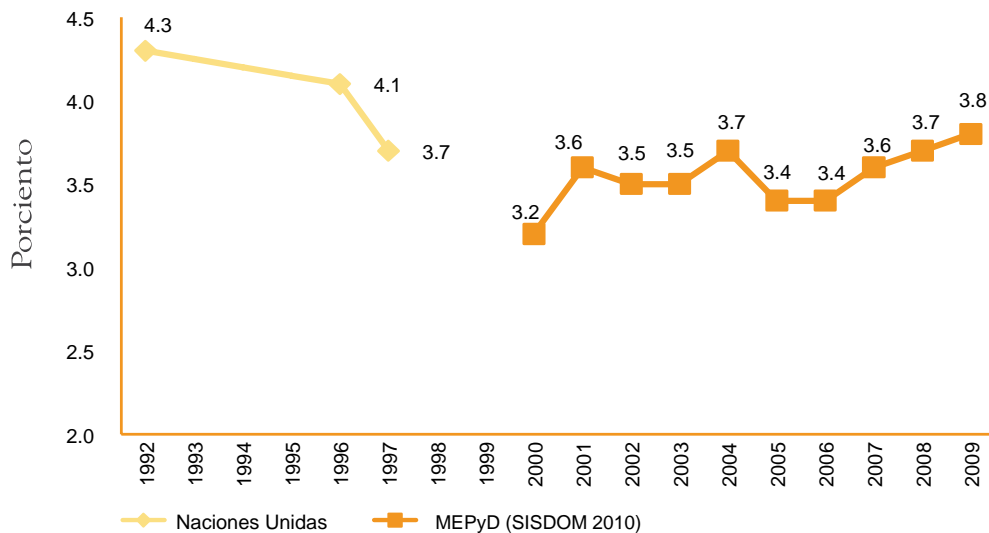
En general, la participación en el ingreso nacional¹⁵ de la población más pobre se mantiene muy baja. De acuerdo a la Organización de las Naciones Unidas (base de datos para los ODM) la proporción del ingreso nacional que recibió el 20% de la población dominicana más pobre se redujo de 4.3% (1992) a 3.7% en 1997. Según datos del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo, dicha proporción fue 3.2% en 2002 y 3.8% en 2009. En el período 2000-2009 se observa una tendencia

a mejoras distributivas a favor de los más pobres, pero éstos aún reciben una proporción del ingreso nacional inferior a la recibían al inicio de la pasada década (Gráfico 3).

14. El índice de brecha de pobreza “recoge el déficit promedio de ingresos respecto a la línea de pobreza (indigencia). Se obtiene sumando todos los déficits (insuficiencias) de los pobres, partiendo del supuesto de que los no pobres tienen un déficit igual a cero, y dividiendo el total entre la población” (UAAES. SISDOM 2010). “Este indicador mide el “déficit de pobreza”, siendo el déficit de pobreza la cantidad per cápita de recursos que se necesitaría para situar a todas las personas por encima de la línea de pobreza mediante transferencias en efectivo orientadas en forma perfectamente selectiva” (Naciones Unidas, 2006. Indicadores para el seguimiento de los ODM).
15. Por razones de disponibilidad de datos, se utiliza la proporción del ingreso en lugar del consumo nacional.

Gráfico 3

Proporción del ingreso nacional que corresponde al quintil de población más pobre 1997-2009



Fuente: Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo

Reducir la pobreza extrema al nivel señalado en las metas será muy difícil si no tiene lugar una disminución significativa de la desigualdad. Se requiere, entre otras, la aplicación de políticas orientadas a mejorar sustancialmente la distribución del ingreso, tanto entre grupos poblacionales como territorialmente ¹⁶.

Meta 1.B: Lograr el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos, incluidas las mujeres y los jóvenes

Los principales indicadores de empleo utilizados para la evaluación de esta meta de apoyo del ODM1 son el crecimiento del Producto Bruto Interno (PIB) por persona empleada, la tasa de ocupación, la proporción de población indigente ocupada y el porcentaje de la población que trabaja por cuenta propia o en negocio familiar.

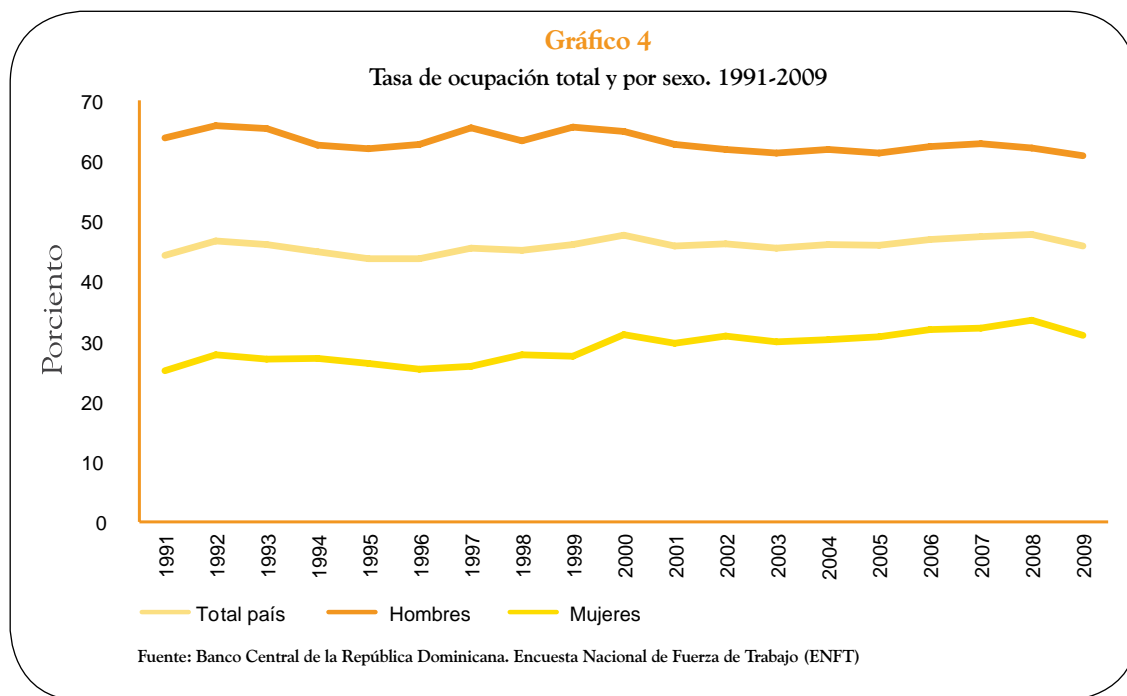
La economía dominicana ha funcionado con tasas de ocupación bajas. La brecha de género es amplia.

La proporción de la población ocupada respecto a la población en edad de trabajar¹⁷ se ha mantenido baja por décadas, de manera que lograr la meta de pleno empleo requería de esfuerzos extraordinarios y un período de tiempo relativamente largo.

16. Durante las últimas dos décadas el coeficiente de Gini ha fluctuado entre 0.48 y 0.54; en 2009 era 0.50. La desigualdad también se manifiesta de manera muy marcada en términos territoriales. Las estimaciones de pobreza de la Unidad Asesora de Análisis Económico y Social del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo indican que la pobreza monetaria en la zona rural era 57.6% en 2004 y 47.2% en 2009, niveles que superan la pobreza en la zona urbana en 22.7 y 19.6 puntos porcentuales, respectivamente. Las provincias con mayor incidencia de pobreza en 2009 eran Elías Piña (69.7%) y Bahoruco (63%), y las de menor incidencia el Distrito Nacional (16.8%) y Santo Domingo (25.3%). Estas dos últimas son las de mayor concentración poblacional del país.
17. Se considera ocupada a las personas de 10 años y más que laboran al menos una hora en la semana de referencia, sea en relación de dependencia (asalariada) o de forma independiente. Incluye a aquellas personas que realizan una actividad económica –remunerada o no–, o que aunque no hubiera trabajado, tenía empleo u ocupación del cual estuvo ausente por razones circunstanciales (enfermedad, vacaciones, huelga, etc.). SISDOM 2010.

En los últimos 20 años la tasa de ocupación ha sido alrededor de 46%, registrándose una tasa mucho más alta para los hombres que para las mujeres. En efecto, en el referido período, la tasa de ocupación promedio de los

hombres fue de 63% y la de las mujeres 29%; es decir, la tasa de ocupación de los hombres más que duplica la de las mujeres. Como indica el Gráfico 4, a largo plazo la tasa de ocupación femenina tiende a aumentar ligeramente.



En correspondencia con lo señalado anteriormente, las tasas de desempleo, medidas en términos de tasa de desocupación ampliada, se mantienen elevadas. En las dos últimas décadas el promedio de desempleo ha sido de 16.4%, afectando mucho más a las mujeres (promedio de 28%) que a los hombres (10%). La tasa de desempleo de las mujeres tiende a disminuir; al inicio de la década de los 90 era del orden de 34%, mientras que en los últimos tres años ha sido de un promedio de 24%. También es más variable o inestable que la de los hombres.

Existe un fuerte vínculo entre desempleo y pobreza. Las tasas más elevadas de desempleo de los últimos años tuvieron lugar en los períodos 1991-1993 (20%) y 2003-2005 (18%), en los cuales también se registró un significativo aumento de los niveles de pobreza. La economía dominicana ha mostrado una baja capacidad de generación de empleo, en contraste con la evidenciada

capacidad para crecer; la tasa de desocupación se ha mantenido alta a pesar de las elevadas tasas de crecimiento del PIB.

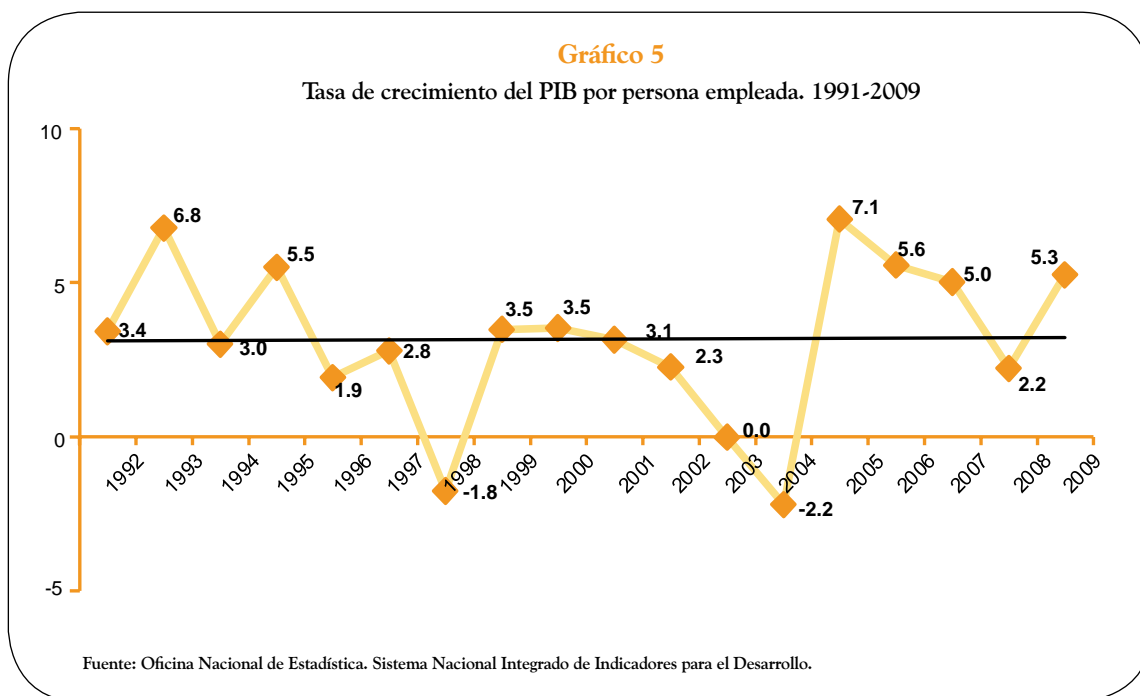
Finalmente, cabe señalar que la tasa de desempleo es más alta entre los jóvenes de 15-24 años. En dicho segmento poblacional se registró una tasa de desempleo de 26.7% en el 2008, de 23.1% en el 2000 y 34.1% en el 1990, en todos los casos bastante más elevada que la tasa de desocupación promedio. En la población joven, también las mujeres presentan tasas de desempleo muy superiores a las de los hombres.

18. Se considera ocupada a las personas de 10 años y más que laboran al menos una hora en la semana de referencia, sea en relación de dependencia (asalariada) o de forma independiente. Incluye a aquellas personas que realizan una actividad económica –remunerada o no-, o que aunque no hubiera trabajado, tenía empleo u ocupación del cual estuvo ausente por razones circunstanciales (enfermedad, vacaciones, huelga, etc.). SISDOM 2010.

La productividad laboral ha aumentado mucho más que el promedio regional, pero se ha reflejado muy poco en la reducción de la pobreza.

El crecimiento del PIB por persona empleada indica el potencial del país para crear y mantener oportunidades de empleo adecuadamente remunerado y, consecuentemente, su capacidad para reducir la

pobreza. En República Dominicana la productividad laboral se multiplicó por 1.7 entre 1991 y 2009, al pasar de RD\$55 mil a RD\$94 mil, a precios constantes, lo que equivale a un crecimiento anual de 3.02%.¹⁹ La tasa de crecimiento anual de la productividad laboral ha sido muy volátil; ha fluctuado entre 7.05% y -2.21%.



En República Dominicana, una de cada veinte personas ocupadas es indigente y una de cada cinco es pobre.

En promedio, el 5.3% de las personas empleadas durante el período 2000-2009 está por debajo de línea de pobreza monetaria extrema, proporción que era de 3.9% en 2000, de 8.3% en 2004 y 4.4% en 2009.¹⁹

Durante dicho período, un promedio de 22% de la población ocupada era pobre; el nivel más bajo tuvo lugar en el año 2000 (16.2%) y el más alto en 2004 (30.3%). Tanto la proporción de indigentes como la de pobres en general han descendido en los últimos

seis años, pero se mantienen por encima de los niveles registrados al principio de la presente década.

19. La productividad laboral en América Latina y el Caribe pasó de US\$20 mil (US\$ PPA de 2005) en 1998 a US\$22 mil en el 2008, equivalente a un crecimiento anual de 0.96%. En el conjunto de regiones en desarrollo, el aumento en el período fue de US\$8 mil a US\$11 mil, es decir, 3.24% anual; mientras que en las regiones desarrolladas la tasa de crecimiento fue 1.70%, al pasar de US\$60 mil en 1998 a US\$71 mil en el 2008. http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2009_SP_r3.pdf.

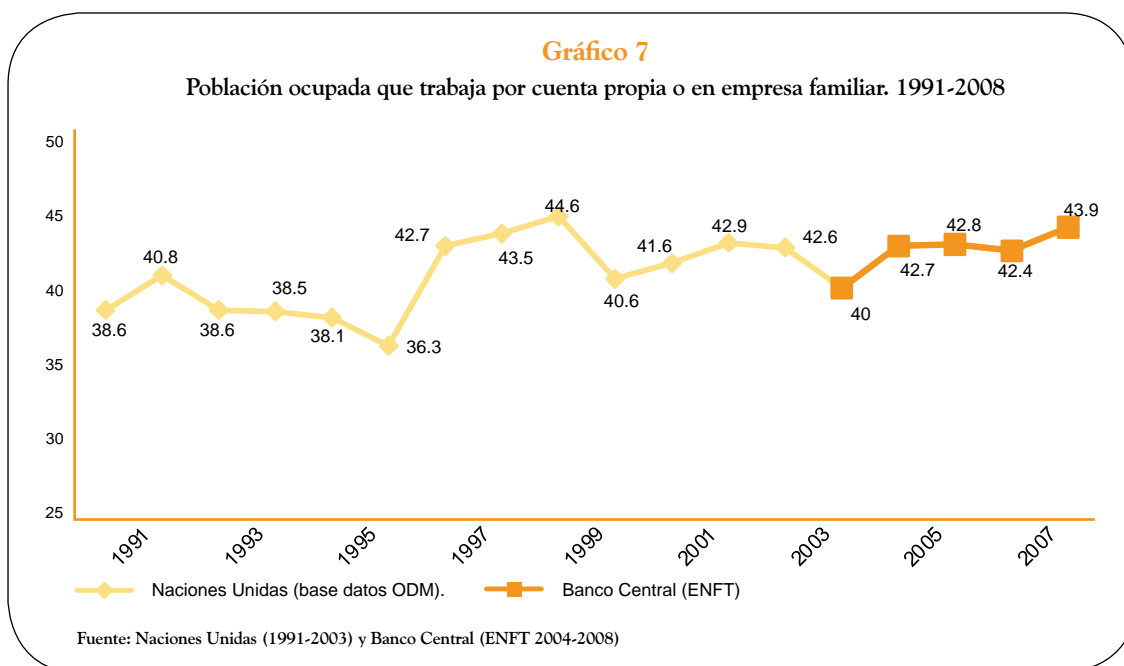
20. La población ocupada con ingreso inferior a US\$1.25 por día en América Latina y el Caribe era 7% en el año 1999 y 8% en 2005. http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2009_SP_r3.pdf. En anexo 3 se incluye información sobre la proporción de la población ocupada con ingreso inferior a 1 dólar PPA por día.



Una alta proporción de los empleos generados son inestables e inseguros.

Si bien el empleo remunerado, por sí solo, no es un medio para salir de la pobreza, es de suma importancia disponer de una ocupación de calidad, que garantice cierto grado de seguridad. Más del 40% de la población

dominicana ocupada trabaja por cuenta propia y en actividades no remuneradas, tanto de familiares como de particulares. Es decir, una alta proporción de la fuerza laboral dominicana depende de empleos vulnerables e inestables. Esta proporción, en lugar de disminuir, tiende a crecer, como se muestra en el gráfico 7.



En el año 1991 el 38.6% de las personas ocupadas trabajaban por cuenta propia, mientras que en 2009 representaban el 44%.²⁰ En el 2009, el 97% de los trabajadores por cuenta propia estaban insertos en el sector informal, al cual pertenece el 56% de la población total ocupada del país. De las restantes categorías ocupacionales del mercado laboral, la más importante es la modalidad de asalariado en el sector privado, que en 2009 representaba el 38.8%, seguida de asalariado en el sector público (12.5%) mientras que la categoría de patrón o socio activo representa el 4.8%.

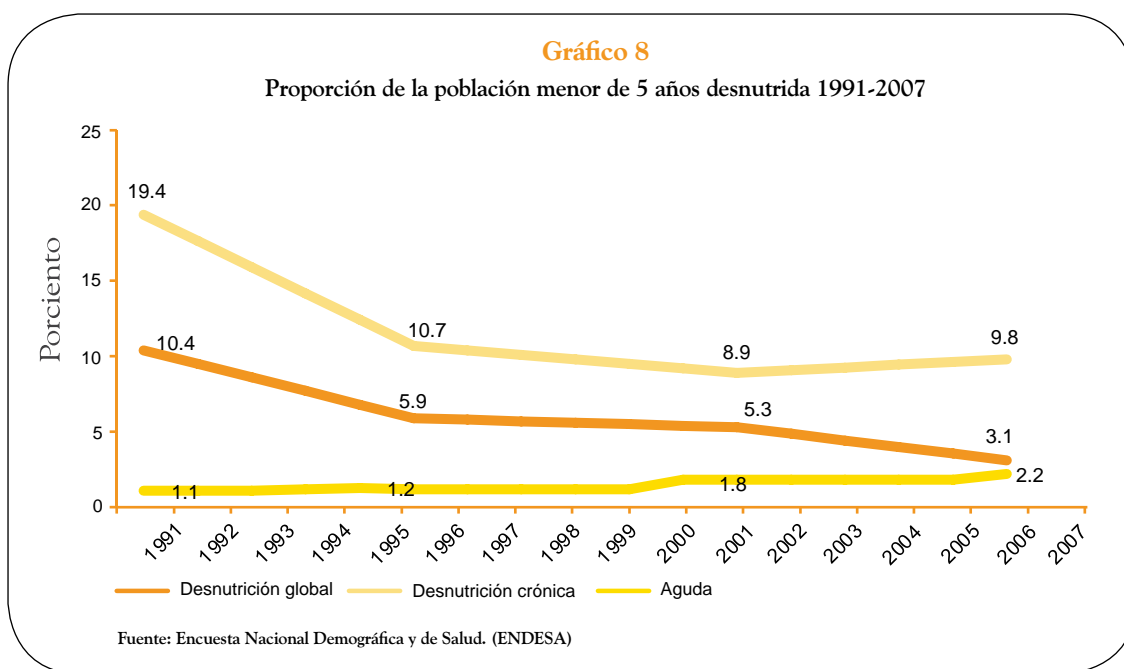
Una de las principales características que tipifica la estructura laboral en el país en las últimas dos décadas es la baja calidad de los empleos generados por la economía dominicana, con una creciente población ocupada en el sector informal que tiene limitado y, en muchos casos,

ningún acceso a los servicios de seguridad social ni a prestaciones laborales, todo lo cual dificulta el logro de la Meta 1B, de pleno empleo decente para toda la población.

Meta 1.C: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que padecen hambre

El país avanza en la reducción de la desnutrición global en niños menores de 5 años, mientras aumenta la desnutrición aguda y parece revertirse la tendencia a la disminución de la desnutrición crónica.

Para medir el avance de esta meta se han utilizado tres indicadores relacionados con la desnutrición de los niños menores de 5 años: la insuficiencia ponderal²¹, el déficit de talla para la edad²² y el bajo peso para la talla²³, así como el porcentaje de la población por debajo del mínimo de consumo de energía alimentaria.



20. En el año 2008, en América Latina y el Caribe, se estimó en 35%, tanto para hombres como para mujeres, la proporción de la población ocupada total que trabajaba por cuenta propia o en negocio familiar. En las regiones en desarrollo la proporción de las personas ocupadas con empleos vulnerables e inestables era de 60% para los hombres y 67% para las mujeres, en el referido año. Para las regiones desarrolladas, estas proporciones eran de sólo 12% para los hombres y 9% para las mujeres.

http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2009_SP_r3.pdf.

- 21. La insuficiencia ponderal es desnutrición global, la cual se manifiesta en bajo peso para la edad.
- 22. La baja talla para la edad es desnutrición crónica, la cual se considera de carácter irreversible.
- 23. El bajo peso para la talla es desnutrición aguda.

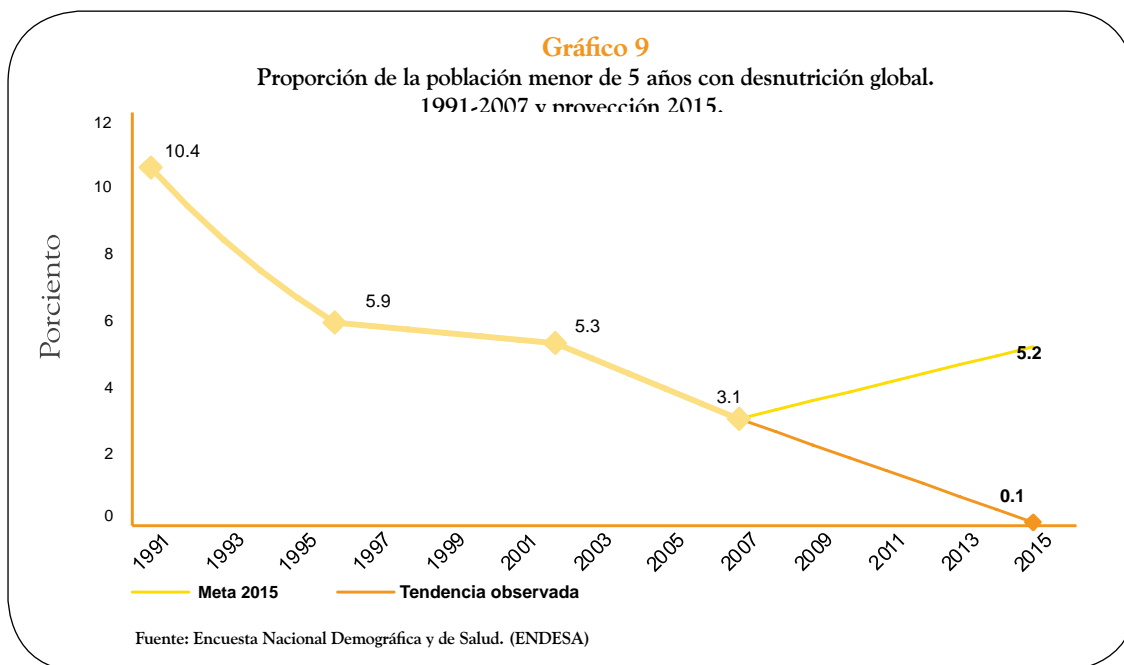
La proporción de niños con insuficiencia ponderal o desnutrición global se redujo de manera significativa entre 1991 y 2007. Cabe destacar que en este indicador, República Dominicana ha tenido un desempeño mejor que el promedio regional, si se toma en cuenta que, según ENDESA, en el citado período el indicador se redujo de 10.4% a 3.1%,²⁴ mientras en América Latina y el Caribe el mismo pasó de 11% en 1990 a 6% en 2007²⁵.

En el caso de la desnutrición crónica o déficit de talla, de acuerdo a ENDESA, la misma se redujo a cerca de la mitad en los 16 años comprendidos de 1991 a 2007. Sin embargo, se observa un ligero incremento entre 2002 y 2007, al aumentar de 8.9% a 9.8%. La desnutrición aguda, sin embargo, tiende a aumentar; según la ENDESA, su prevalencia pasó de 1.1% (1991) a 2.2% en 2007.

La desnutrición, en sus distintas manifestaciones, afecta más a los niños y niñas residentes en la zona rural.

Según ENDESA, en el año 1996 la prevalencia de la desnutrición global de la niñez era 8.5% en la zona rural y 3.9% en la urbana, estrechándose la brecha en 2007, año en el cual se registró una tasa de desnutrición global de 3.5% en la zona rural y 2.9% en la urbana. La desnutrición crónica también es mayor en la zona rural y afecta más a los niños que a las niñas, como puede observarse en el Anexo 4.

Si la desnutrición de la población menor de 5 años disminuyera en los próximos cinco años al valor de tendencia del período 1991-2007, tanto la desnutrición global como la crónica se reducirían significativamente para el año 2015. El indicador de desnutrición global ya alcanzó un valor inferior a la mitad del registrado en 1991, y si continuara la tendencia de largo plazo, en 2015 este tipo de desnutrición estaría prácticamente erradicada, como muestra el Gráfico 9. Pero para considerar cumplida la Meta 1.C hay que evaluar un segundo indicador, el consumo de energía alimentaria, que se analiza a continuación.



La prevalencia de la malnutrición es muy alta y se reduce lentamente. Es muy difícil que se logre la meta, y a la vez muy necesario ir más allá.

El país se encuentra en una situación delicada respecto a la incidencia del hambre. Si bien la proporción de la población dominicana por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria

ha bajado de 27% en 1991 a 21% en 2005, dicha proporción se encuentra entre las más elevadas del

24. UNICEF (encuesta MICS) estimó para el año 2000 un nivel de desnutrición global de 4.6% y de crónica 6.1%; mientras que las estimaciones de ONE (encuesta ENHOGAR), para el año 2006 fueron 5.3% en desnutrición global y 7.2% en desnutrición crónica.
25. En el conjunto de países de regiones en desarrollo el indicador es mucho más elevado y solo se redujo de 31% a 26% en dicho período. http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2009_SP_r3.pdf.

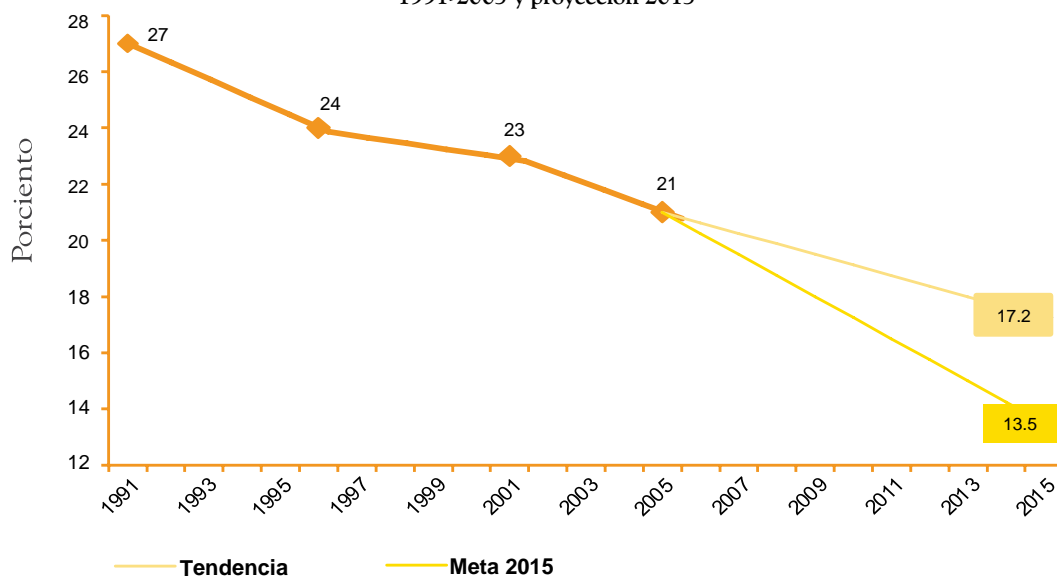
Foto: Raíames Reyes



mundo. La misma es 2.6 veces el promedio de América Latina y el Caribe.²⁶ Sin embargo, hay que considerar que en el país no hay mediciones confiables sobre el indicador y que los análisis se basan principalmente en estimaciones tomadas de datos de la ONU obtenidas a partir de modelos estadísticos.

Gráfico 10

Población por debajo del nivel de consumo mínimo de energía alimentaria. 1991-2005 y proyección 2015



Fuente: Encuesta Nacional Demográfica y de Salud. (ENDESA)

La tendencia observada en este indicador revela que el país no logrará reducir a la mitad la prevalencia de la malnutrición. De continuar el comportamiento registrado del 1991 a la fecha, la proporción de la población que no cubre las necesidades energéticas alimentarias²⁷ sería de alrededor de 17% en 2015;

26. La región registro 8% de prevalencia de hambre, tanto en el período 2004/2006 como en 2008; mientras que en el conjunto de países de las regiones en desarrollo era de un promedio de 16% en 2006 y 17% en el 2008. En África Subsahariana se estimó en 29% en este último año. http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2009_SP_r3.pdf.
27. En el informe de avance de los ODM presentando por el país en 2004, se señala que de acuerdo a la FAO, las necesidades energéticas alimentarias mínimas son de 1,900 kilocalorías por persona por día.

mientras la meta ODM es reducir la proporción a 13.5%. Este resultado, junto al obtenido anteriormente en la evaluación de la desnutrición infantil, permiten concluir que no se logrará la Meta 1.C. Incluso, si se redujera la malnutrición a 13.5%, el país tendría una prevalencia de malnutrición significativamente superior al promedio actual de la región, que, como ya se señaló, es de 8%.

En el informe nacional de 2004 se llegó a una conclusión similar respecto a la viabilidad de reducir la malnutrición a la mitad. Refiriéndose a la alta proporción de la población dominicana mal nutrida, dicho informe señala que “esta situación coloca a la RD en el grupo de 28 países identificados por la ONU como de alta prioridad, es decir, que es muy probable que no alcance la meta de reducir a la mitad el porcentaje de población que padece hambre”.²⁸

2.1.2 Intervenciones necesarias. Buenas prácticas para avanzar hacia el ODM 1.

Erradicar la pobreza extrema y el hambre es el principal compromiso asumido por el país dentro del conjunto de los objetivos de desarrollo del milenio (ODM). La reducción a la mitad de la pobreza extrema y de la proporción de personas que padecen hambre, constituyen metas de primer orden que demandan profundas intervenciones para superar la desnutrición, la falta de salud y educación, y el desempleo, entre otras carencias.

El sistema público de protección social del país está compuesto por el régimen subsidiado de la Seguridad Social²⁹, por los hospitales públicos y por un conjunto de transferencias no contributivas (asistencia social) que incluye transferencias en efectivo, subsidios de precios y “empleos de emergencia”. Dentro de los programas de asistencia social se destaca el programa Solidaridad, al cual se hace referencia a continuación, enfocándolo como estrategia de política de protección social para el logro de los ODM³⁰.

A través del programa Solidaridad se otorgan transferencias no contributivas a hogares en pobreza extrema y moderada, sujetas al cumplimiento de corresponsabilidades vinculadas a educación y salud. A corto plazo, Solidaridad procura aliviar la pobreza y proteger a los hogares más vulnerables frente a las crisis económicas; a largo plazo apunta a la reducción de la reproducción intergeneracional de la pobreza, mediante las transferencias condicionadas a la inversión en capital humano.

Los beneficiarios de Solidaridad representan el 94% de los hogares en condiciones de pobreza extrema y el 79% de los de pobreza moderada; reciben en promedio RD\$1,144.00 por transferencias condicionadas y subsidios focalizados,³¹ lo que representa un 22% del salario mínimo. De los RD\$17,138 millones desembolsados desde el inicio del Programa en el año 2004, el 80% se destina a transferencias condicionadas y el restante a subsidios focalizados. Hasta el momento no se han realizado evaluaciones de su impacto. Se tiene planeada una investigación, que iniciará en agosto del 2010, para medir los efectos atribuibles a Solidaridad sobre consumo del hogar, el gasto destinado a alimentos y seguridad social, alimentación, salud reproductiva y lactancia materna; estado nutricional de los niños de 0 a 5 años, peso y talla y provisión de micronutrientes; inscripción, asistencia, deserción y sobreedad escolar; empleo y condición de actividad, empleo infantil y acceso a programas sociales.

El monitoreo del cumplimiento de las condicionalidades es de vital importancia. El principal impacto esperado del Programa a mediano y largo plazo es a través de las intervenciones vinculadas a salud y educación. En el corto plazo, el programa Solidaridad ha afectado de manera positiva los ingresos reales de la población más pobre. Las estimaciones realizadas por el Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo indican que, en términos generales, la contribución al crecimiento del ingreso real de la población atribuible a Solidaridad es bajo, ya que se estima en sólo 0.1% para el período 2004-2007 y en 0.3% para el período 2007-2010.

28. En otro reporte de 2008, el COPDES afirma que es poco probable que el país alcance la Meta 1.C; manifiesta que, “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”.

29. Los otros dos componentes de la Seguridad Social son el régimen contributivo y el contributivo subsidiado, ambos destinados a personas con empleo, a diferencia del subsidiado, del cual se benefician personas en condiciones de vulnerabilidad, sin empleo.

30. Sección desarrollada sobre la base de la exposición del Gabinete de Política Social en el taller sobre ODM1, 4 de agosto de 2010.

31. La principal partida de las transferencias a los hogares en condiciones de pobreza moderada y extrema corresponde al componente Comer es Primero, ascendente a RD\$700 por mes. Esta es fija para cada hogar beneficiario de Solidaridad, al igual que la partida de RD\$228 de Bonogás. El monto de las restantes transferencias es variable. La partida de Bonoluz varía según el nivel de consumo de energía eléctrica, limitada a un tope de 100 kw; el monto del Incentivo a la Asistencia Escolar (ILAE), depende del número de niños: hasta 2 niños asistiendo a la escuela, la transferencia mensual es de RD\$300; para 3 niños RD\$450 y de RD\$600 para 4 o más niños; mientras que por cada envejeciente (persona de más de 65 años que reúna los requisitos para ser beneficiario del programa) el hogar recibe RD\$400 al mes.

Recuadro 2

Áreas de intervención del programa Solidaridad

El programa Solidaridad tiene tres componentes: “Incentivo a la Asistencia Escolar” y “Comer es Primero” y “Dominicanos y Dominicanas con nombres y apellidos”. El mecanismo de identificación, caracterización y selección de elegibles para recibir los beneficios es el Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN), mientras que el pago de las transferencias se realiza a través de la Administradora de Subsidios Sociales (ADESS). Solidaridad tiene la responsabilidad de dar seguimiento a las corresponsabilidades de los hogares.

En el área de salud, las líneas de acción y grupos de intervención son los siguientes: atención al embarazo, parto y puerperio de las embarazadas de 15 a 49 años; atención integral, control del crecimiento y vacunación a niños y niñas de hasta 5 años; atención integral y educación para la salud, incluyendo salud reproductiva; medicina preventiva (1 chequeo anual) a adultos mayores de 65 años; suministro de suplementos vitamínicos, calcio y zinc (chispitas) y a las embarazadas calcio, hierro y ácido fólico. En vista de los altos niveles de anemia en las embarazadas y en los niños y niñas menores de cinco años, es muy importante fortalecer las acciones orientadas a combatir las deficiencias de micronutrientes, tanto las causadas por carencia de vitaminas y minerales esenciales como por problemas de asimilación de los alimentos. En el área de la educación, el programa Solidaridad procura contribuir a la ampliación de la cobertura del nivel inicial y del 1er y 2do grados de básica; permanencia en la escuela y ampliar cobertura de 3ro a 8vo grado y permanencia en la escuela, e implementación de programa de reducción de la sobre edad en 1ero y 2do del bachillerato.

La demanda de servicios ha superado la oferta, tanto en el área de salud como en educación. El programa de transferencias condicionadas requiere de compromisos firmes relacionados con inversión en educación, salud y nutrición. Con tal propósito se han creado espacios de coordinación interinstitucional con fines de definir objetivos comunes entre el Gabinete Social y los Ministerios de Salud, Educación y Hacienda.

De acuerdo al Gabinete de Coordinación de la Política Social, los esfuerzos de coordinación entre dichas instituciones han permitido estimar los costos de determinadas brechas y comprometer los recursos presupuestarios requeridos. En el área de salud, se estimó que para establecer el acceso a la promoción y prevención establecido en el Plan Básico de Salud se requería un costo de US\$37.3 millones, de los cuales US\$14.3 millones corresponden a inversión en la habilitación de 1,275 Unidades de Atención Primaria existentes y US\$23 millones para la habilitación de 255 nuevas unidades. Para establecer el acceso a micronutrientes a grupos vulnerables (infantes y mujeres embarazadas) se estima un costo de US\$2.7 millones, incluyendo desparasitación para un período de tres años; mientras que para educación se estima un monto de US\$283 millones para nueva infraestructura, rehabilitación, equipamiento y materiales didácticos.

Fuente: Gabinete de Coordinación de la Política Social. Exposición en taller sobre ODM 1, julio 2010.

Si bien el programa Solidaridad se ha convertido en un componente fundamental de la política de protección social, que en el largo plazo pudiera contribuir al avance en el logro de los ODM, se hace necesaria la implementación de políticas públicas integrales que den como resultado la creación de empleos y oportunidades para los grupos de menores ingresos; así como ponderar el rol redistributivo del sistema fiscal dominicano en una política de reducción de la pobreza y equidad en la distribución del ingreso³².

Un aspecto a tomar en cuenta para impulsar el avance hacia el ODM1, es el mejoramiento del desempeño del sector agropecuario, no sólo por su importancia para la seguridad alimentaria³³ y para el acceso de la población a una ingesta adecuada de energía alimentaria, también, por tratarse de uno de los sectores que más empleo genera (alrededor de 15% del total)³⁴ y por el hecho de que la proporción de personas en condiciones de pobreza es muy elevada en la zona rural, estimada en 47.3% en

2009, equivalente a 1.7 veces la tasa de pobreza de la zona urbana.

Por lo expuesto anteriormente, a los fines de impulsar los ODM y mejorar las condiciones de vida de la población rural, es necesario fortalecer la articulación de las políticas agropecuarias, impulsar proyectos productivos y de desarrollo rural, mejorar los programas de extensión y capacitación, aumentar la disponibilidad de financiamiento a la producción y el acceso a nuevas tecnologías y a canales de comercialización mejorados.

32. Se requiere poner más énfasis en políticas dirigidas a reducir los gastos de bolsillo de las familias más pobres en salud, educación y otros servicios básicos.
33. Según estimaciones de la FAO, la República Dominicana produce cerca del 80% de los alimentos que demanda la población.
34. De acuerdo a cifras del Banco Central, en el 2000 el número de personas ocupadas en la zona rural eran alrededor 473 mil personas (15.7% del total) y en el 2009 aproximadamente 534 mil (14.8%). http://www.bancentral.gov.do/estadisticas_economicas/Mercado_de_Trabajo/pob_condicion_rama.xls

Recuadro 3

La Constitución y los ODM

ODM 1

La Constitución de la República Dominicana establece compromisos del Estado en diferentes áreas relacionadas con los ODM. Entre las intervenciones del Estado vinculadas al ODM 1 se encuentran la obligación de garantizar, “mediante legislaciones y políticas públicas, el ejercicio de los derechos económicos y sociales de la población de menores ingresos”, incluyendo la “protección y asistencia a los grupos y sectores vulnerables...” (Art. 61, inciso 2); cumplir con su “finalidad esencial de fomentar el empleo digno y remunerado” (Art. 62), y “garantizar la seguridad alimentaria” (Art.54). En la medida en que el Estado cumpla con estos objetivos constitucionales estará contribuyendo a erradicar la pobreza extrema y el hambre.

ODM 2

Con respecto a la educación, la Constitución señala que “el Estado garantiza la educación pública gratuita y la declara obligatoria en el nivel inicial, básico y medio” (Art. 63, inciso 3), compromiso que trasciende el ODM 2. Además del acceso universal a la enseñanza en los referidos niveles, el país se ha comprometido constitucionalmente con la calidad de la educación; en tal sentido, el inciso 4 del citado Artículo estipula que “el Estado velará por la gratuidad y la calidad de la educación general, el cumplimiento de sus fines y la formación moral, intelectual y física del educando. Tiene la obligación de ofertar el número de horas lectivas que aseguren el logro de los objetivos educacionales”

ODM 3

La obligación con la promoción de la equidad de género y el empoderamiento de la mujer, está consignada constitucionalmente en los términos siguientes: “La mujer y el hombre son iguales ante la ley. Se prohíbe cualquier acto que tenga como objetivo o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio en condiciones de igualdad de los derechos fundamentales de mujeres y hombres. Se promoverán las medidas necesarias para garantizar la erradicación de las desigualdades y la discriminación de género” (Art. 39, inciso 4). Y refiriéndose al trabajo, el texto constitucional establece que “El Estado garantiza la igualdad y equidad de mujeres y hombres en el ejercicio del derecho al trabajo” (Art. 62, inciso 1).

ODM 4, 5 y 6

En el campo de la salud el Artículo 61, inciso 1, dispone que “toda persona tiene derecho a la salud integral” y “el Estado debe velar por la protección de la salud de todas las personas, el acceso al agua potable, el mejoramiento de la alimentación, de los servicios sanitarios, las condiciones higiénicas, el saneamiento ambiental, así como procurar los medios para la prevención y tratamiento de todas las enfermedades, asegurando el acceso a medicamentos de calidad y dando asistencia médica y hospitalaria gratuita a quienes la requieran”. También se establece el derecho de toda persona a la seguridad social, para lo cual el Estado “estimulará el desarrollo progresivo de la seguridad social para asegurar el acceso universal a una adecuada protección en la enfermedad, discapacidad, desocupación y la vejez” (Art. 60).

ODM 7

El Estado dominicano ha asumido, a través de su Constitución, un gran compromiso con la sostenibilidad ambiental. El Artículo 67 establece la obligación de “prevenir la contaminación, proteger y mantener el medio ambiente en provecho de las presentes y futuras generaciones”. En tal sentido se establece que “los poderes públicos prevendrán y controlarán los factores de deterioro ambiental, impondrán las sanciones legales, la responsabilidad objetiva por daños causados al medio ambiente y a los recursos naturales y exigirán su reparación.”... Sobre las áreas protegidas, se dispone que “la vida silvestre, las unidades de conservación que conforman el Sistema Nacional de Áreas Protegidas y los ecosistemas y especies que contiene, constituyen bienes patrimoniales de la Nación y son inalienables, inembargables e imprescriptibles (Art. 16). El aprovechamiento de los recursos naturales no renovables, sólo pueden ser explorados y explotados por particulares, bajo criterios ambientales sostenibles (Art. 17) y la reforestación del país ha sido declarada constitucionalmente “de prioridad nacional y de interés social” (inciso 2). Mientras que la preservación y aprovechamiento racional de los recursos vivos y no vivos de las áreas marítimas nacionales fueron declarados “prioridad nacional” (inciso 3) y la exploración y explotación de hidrocarburos “de alto interés público”. Sobre los recursos hídricos, la Constitución dispone que “el agua constituye patrimonio nacional estratégico de uso público, inalienable, imprescriptible, inembargable y esencial para la vida. El consumo humano del agua tiene prioridad sobre cualquier otro uso...” (Artículo 15).

Fuente: Constitución de la República.





Objetivo



2

LOGRAR LA ENSEÑANZA
PRIMARIA UNIVERSAL

2.2 OBJETIVO 2: LOGRAR LA ENSEÑANZA PRIMARIA UNIVERSAL

2.2.1 Tendencias y brechas pendientes

META 2.A: *Asegurar que, en 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de la enseñanza primaria*

Es necesario avanzar hacia una mayor cobertura de la enseñanza primaria, pero el punto más crítico es la calidad.

Según lo establece la Ley de Educación³⁵, la edad oficial de ingreso a la enseñanza primaria en el país es 6 años. El Ministerio de Educación calcula la tasa neta de matriculación³⁶ sobre un rango de edad de 6-13 años, sin importar el grado, a diferencia del indicador internacional que comúnmente es sobre un rango de 6-11 años³⁷. A la edad de 6-13 años ingresa el 41% de los niños y niñas; mientras que el 38% ingresa con precocidad (4-5 años) y alrededor del 21% corresponde a ingreso tardío³⁸. La tasa neta de matriculación se ve afectada tanto por la edad de ingreso como por la repetición y el abandono, registrándose una asistencia vescolar más alta que la tasa neta de matriculación.

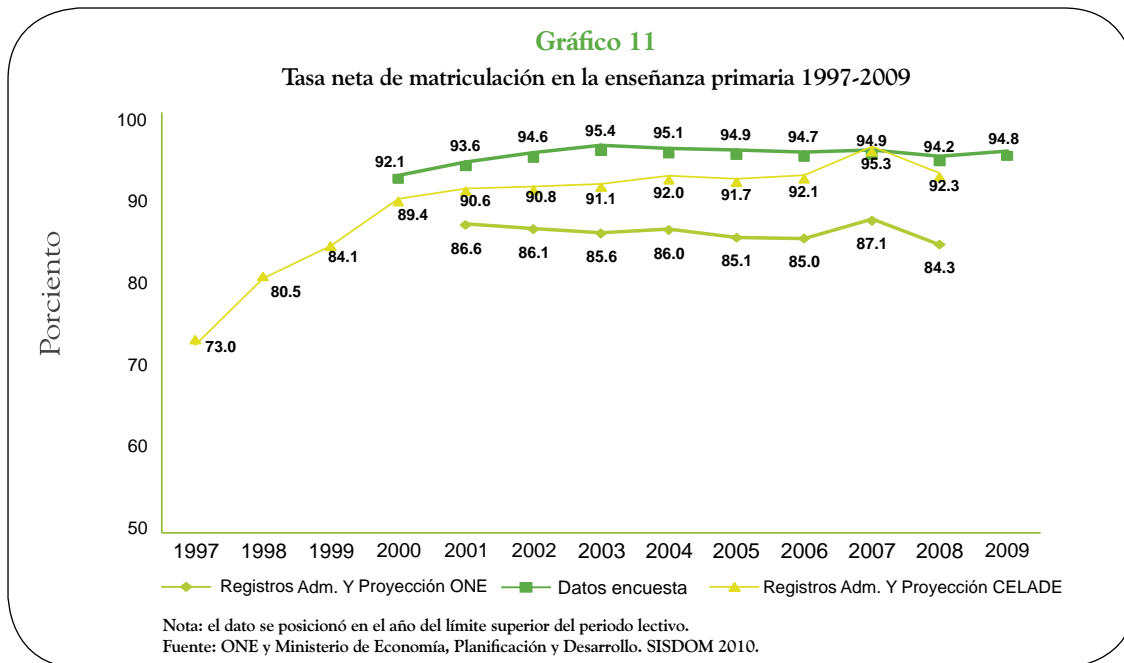
Las estadísticas proporcionadas por la ONE indican que en el año escolar 2007-2008³⁹, la cobertura fue 84.3%, inferior en 2.3 puntos porcentuales a la registrada en el año 2000/2001. Las informaciones provenientes de encuestas y las obtenidas con las proyecciones del CELADE muestran mayores niveles de cobertura⁴⁰ que las obtenidas con las proyecciones de la ONE (Gráfico 11). Los valores de encuestas sitúan la cobertura en 92.1% en el año 2000 y alrededor de 95% en la actualidad, prácticamente sin cambios en los últimos 5 años. Como se observa en el citado gráfico, las tres fuentes muestran un incremento de la matriculación en 2007 y un descenso en 2008, año en el cual se registra una matriculación neta de 90.3%, si se toma el promedio reportado por las tres fuentes⁴¹.

Los datos de encuestas reportan una tasa de 94.8% en 2009.

35. La educación pre-escolar, declarada obligatoria en la nueva Constitución, tendrá influencia positiva a largo plazo sobre la cobertura de la educación primaria.
36. La tasa neta de matriculación es la relación entre el número de niños y niñas en edad escolar oficial que están matriculados en la enseñanza primaria y la población total de niños y niñas en edad escolar oficial; mientras que la tasa bruta de matriculación incluye los niños y niñas de todas las edades. Las tasas netas de matriculación menores a 100% indican la proporción de personas en edad escolar que no están matriculadas en el nivel de enseñanza indicado, pero no necesariamente la proporción de alumnos que no están matriculados, ya que una parte podría estar matriculada en otros niveles de enseñanza (Naciones Unidas, 2006. Indicadores para el seguimiento de los ODM).
37. Información suministrada por el Ministerio de Educación en taller de evaluación de avance del ODM2. La tasa de matriculación es un dato obtenido por el Ministerio a través de sus registros administrativos; en cambio, el dato sobre terminación del 8vo grado, indicador que se analizará más adelante, proviene de las encuestas de hogares, y está referido a la población de 15-19 años que completa el nivel básico.
38. Según datos de Naciones Unidas, en los países en desarrollo se estima que alrededor del 30% de los niños que no van a la escuela se matricularán tarde y que otro 23% estuvo matriculado y abandonó los estudios. En el conjunto de dichos países, la matrícula en la enseñanza primaria pasó de 83% en el 2000 a 88% en 2007, lo que representa un incremento anual promedio de 0.84%. Por otro lado el número de alumnos en edad de asistir a la enseñanza primaria inscritos en primaria o en secundaria en el año 2007, como proporción de la población total en ese grupo de edad, era de 95% en América Latina y el Caribe y 96% en las regiones desarrolladas.
39. Todos los datos de educación se han posicionado en el límite superior del año lectivo.
40. La necesidad de conciliar las cifras sobre la tasa de matriculación fue uno de los puntos de discusión en el taller sobre avance hacia el ODM2 organizado para la preparación del presente informe. Los valores que habían sido manejados en los últimos años variaron luego de la revisión de las proyecciones de población realizada por la ONE. Se resaltó el hecho de que los datos recientes publicados por la UNESCO sobre la educación primaria en el país, luego de la citada revisión de población, muestran una tendencia a la reducción de la matriculación, lo que parece incongruente cuando se comparan con otros países de menores ingresos.
41. Aunque existe información sobre matriculación para el año 2009 basada en los registros administrativos y las proyecciones de población de CELADE y ONE, no se incluyeron en este análisis por considerar que probablemente requieran ser revisadas.

El Ministerio de Educación estima que en 2015 la tasa de matriculación sería superior al 96%, y se proyecta que en 2019 se alcanzaría el 100%,⁴² coincidente con

la propuesta de END, que estima que en 2020 todos los niños y niñas en edad escolar estén matriculados en la enseñanza primaria.



Recuadro 4
La cobertura escolar y las limitaciones del gasto

Según estudio de Urquiola M. Calderón V, “Manzanas y Naranjas: Matrícula y Escolaridad en Países de América Latina y el Caribe”. BID-2005, entre las Naciones Latinoamericanas, República Dominicana, tiene la mayor cobertura escolar para la población entre 6 y 18 años de edad con un 91%. En los últimos años el país ha alcanzado un 98% de asistencia escolar en el rango de 6-13 años de edad. De igual modo, al alcanzar los 18 años de edad, un joven dominicano ha estado inscrito en la escuela un promedio de 11.8 años, una cifra que sólo es superada en América Latina por Argentina y Chile, con 12.1 años de escolaridad.

El incremento de la cobertura se ha dado en medio de grandes limitaciones; en los últimos 36 años el país ha tenido el más rápido crecimiento de América Latina, pero su gasto en educación ha sido menos de la mitad del gasto regional y menos de la tercera parte del gasto en educación entre los países insulares del Caribe. Desde 1970 el gasto anual en educación en la República Dominicana no ha superado el 3% del PIB.

Fuente: Ministerio de Educación. Plan Decenal de Educación 2008-2018.

En las últimas dos décadas el país ha avanzado hacia el logro del derecho a la enseñanza primaria universal, pero a un ritmo

mucho menor que el necesario para alcanzar el ODM 2.

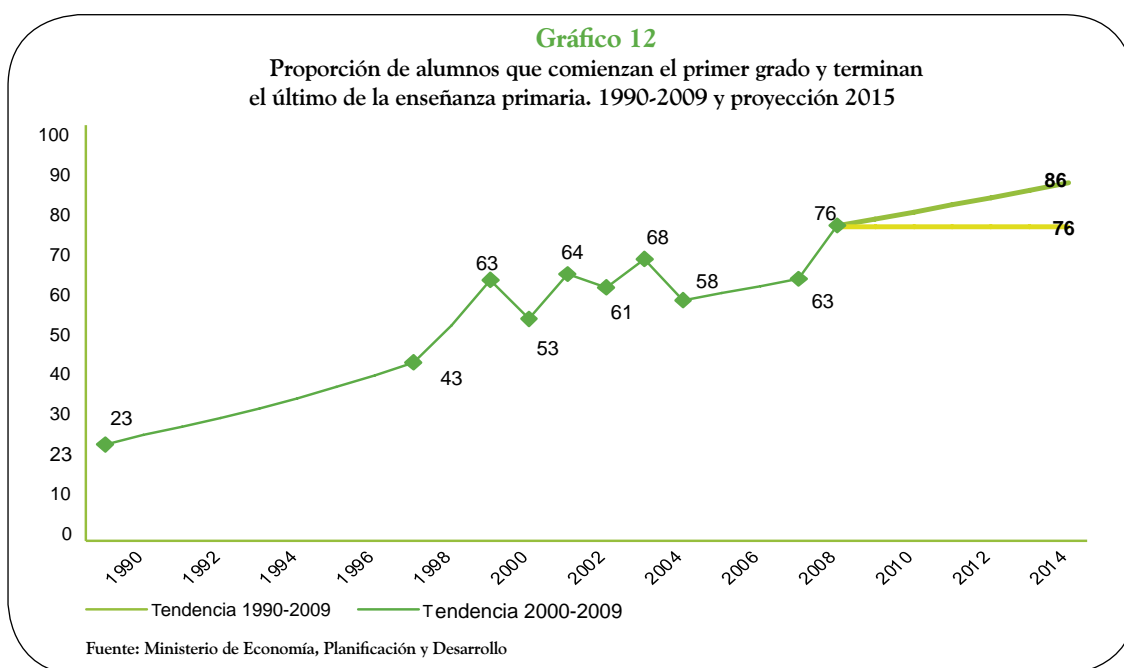
42. Exposición en taller sobre ODM 2, junio 2010.

El principal indicador⁴³ para medir el avance hacia la Meta 2.A es el porcentaje de alumnos que comienzan el primero y llegan al octavo grado de la primaria. Cabe señalar que la enseñanza primaria (1ro a 8vo grado de básica) para toda la población no es sólo una meta de los ODM, sino un derecho establecido en la Constitución de la República y un objetivo de la Ley General de Educación y del Plan Decenal que ejecuta el Ministerio de Educación.

La tasa de terminación de la educación primaria en el sector público⁴⁴ aumentó significativamente en las últimas dos décadas, al pasar de 23.2% en 1990, a 62.7% en 2000 y

a 75.8% en 2009.⁴⁵ En la década de los 90 dicha tasa registró un alto crecimiento, equivalente a un promedio anual de 10.3%, mientras que de 2000 a 2009 el incremento anual promedio fue 2.1%. Es una tasa relativamente volátil; por ejemplo, en 2009 creció 20%, igual que en 2002, mientras que en 2001 y 2005 decreció 15%.

La tasa de terminación del octavo grado de las mujeres de 15-19 años supera a la de los hombres en 20%⁴⁶, lo cual es un indicador de mayores logros educativos de las mujeres respecto a los hombres en el nivel de la enseñanza primaria.



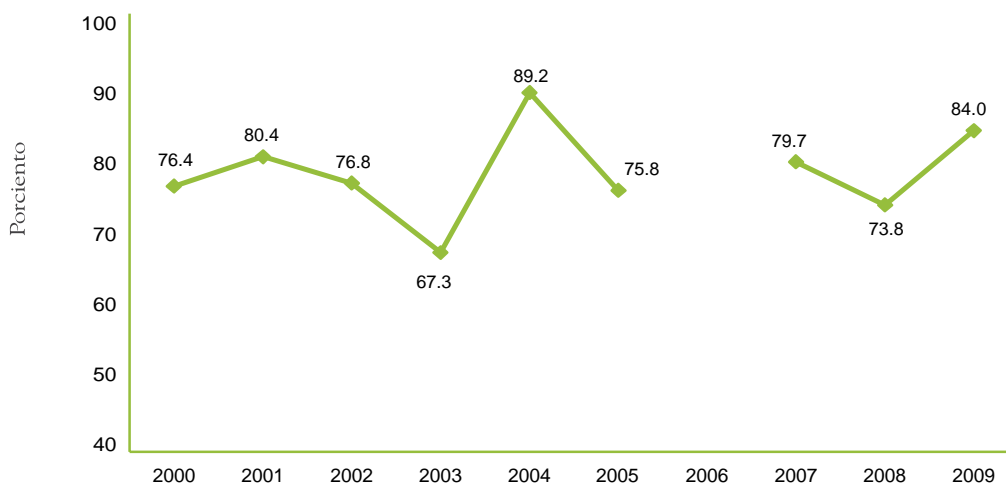
Si la tasa de terminación de la educación primaria creciera al ritmo que lo hizo desde 1990 a 2009, se esperaría que en 2015 la misma alcanzara alrededor de 86%, como se muestra en el Gráfico 12.

Por otro lado, según datos del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo, la tasa de terminación del 5to grado promedió 78% en el periodo comprendido entre 1999 y 2009, proporción que ha fluctuado entre 89.2% (2004) y 67.3% (2003). En 2009 fue de 84%, es decir, 8 puntos porcentuales superior a la tasa de terminación del 8vo.

43. En el presente informe, este indicador se define como "el porcentaje de alumnos (as) que ingresan a primero de primaria y aprueban cada uno de los grados educativos consecutivos" (Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo. SISDOM 2010).
44. Sólo se dispone de información del sector privado para el período 2007-2009. En 2009, la tasa de conclusión de la primaria en el sector privado fue 83.8%, es decir, 8 puntos por encima de la tasa observada en el sector público.
45. Para la población de 15-19 años, la tasa de terminación de la educación primaria promedió 67% en el período 2000-2009, equivalente a 3.6 puntos porcentuales por encima del promedio general, que fue 63.2%. En el año 2009 la proporción de la población de dicho rango de edad que terminó la primaria (73%) fue inferior al promedio de la población total (75.8%). Ver anexo 5.
46. Según datos del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (SISDOM 2010), el índice de paridad de género en la terminación del nivel básico ha sido de un promedio de 1.20 durante el período 2000-2009, con un máximo en el año 2000 (1.24) y un mínimo en el 2008 (1.17).

Gráfico 13

Proporción de alumnos que comienzan el primer grado de primaria y terminan el 5to. 1999-2008.



Nota: el dato se posicionó en el año del límite superior del periodo lectivo
Fuente: ONE y Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo. SISDOM 2010.

En adición a la repetición, el abandono y otros problemas relacionados con la matriculación, la tasa de terminación de la enseñanza primaria se ve afectada por restricciones en la oferta pública (falta de escuelas y de maestros). Muchas instalaciones escolares son compartidas entre la educación media y la primaria, lo que dificulta la administración de las aulas, con implicaciones negativas para el logro del ODM 2.

Como es bien conocido, si se pierde la oportunidad de un mayor nivel de educación se reducen las posibilidades de obtener empleo decente, tener acceso a una mejor alimentación y servicios de salud, prevenir el SIDA y otras enfermedades, entre otras capacidades necesarias para el avance hacia los ODM.

La tasa de alfabetización de personas jóvenes crece lentamente, y es mayor en la población femenina.

El tercer indicador para el seguimiento al ODM 2 es la tasa de alfabetización juvenil,⁴⁷ la cual tiende a aumentar, siendo mayor en las mujeres respecto a los hombres (Gráfico 14). Desde el 2000 al 2009, la tasa de alfabetización de las personas de 15-24 años promedió 96%, nivel con el cual podría considerarse prácticamente erradicado el analfabetismo en este rango de edad. Cabe señalar que la tasa de

alfabetización de las mujeres (97%) es superior en dos puntos a la tasa de los hombres (95%).

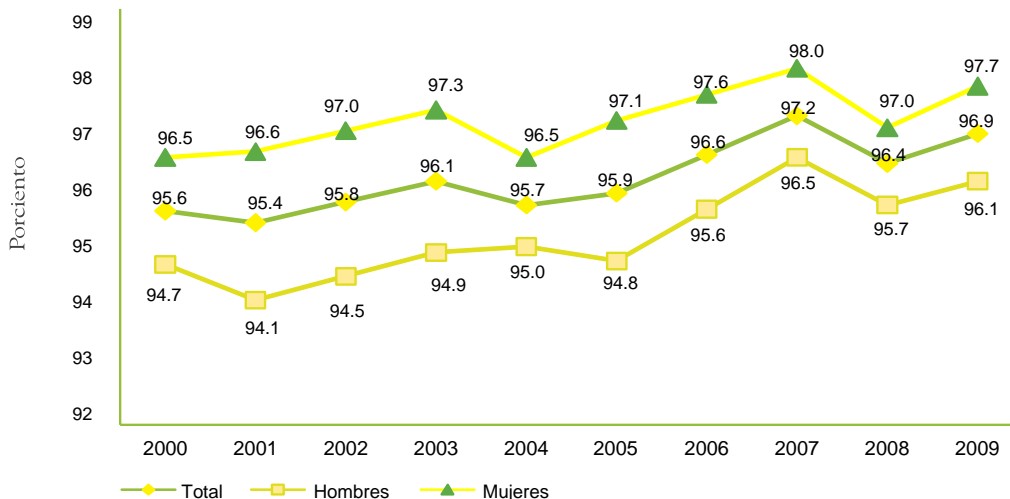
También, existe diferencia entre la tasa de alfabetización de la zona rural y la urbana. Según datos del Ministerio de Educación,⁴⁸ en el año 2009 las personas de 15-24 años alfabetizadas residentes en la zona rural representaban el 95.8%, y las residentes en la zona urbana, 97.8%. En el año 2000 la brecha era mayor; la tasa de alfabetización de las personas jóvenes de la zona rural era 89.3% y la de la zona urbana 97.2%.

47. Es el porcentaje de la población con edades comprendidas entre 15 y 24 años que sabe leer y escribir una afirmación breve y sencilla sobre la vida cotidiana y entender su significado. La definición de alfabetización incluye también en algunos casos los rudimentos de la aritmética y algunos otros conocimientos prácticos para la vida (Naciones Unidas, 2006. Indicadores de seguimiento a los ODM).

48. Ponencia en taller sobre ODM 3, junio 2010

Gráfico 14

Tasa de alfabetización de personas de 15-24 años, 2000-2009



Fuente: Banco Central. Procesamiento especial de la ENFT 2000-2009 (SISDOM 2010)

2.2.2 Intervenciones necesarias. Buenas prácticas para avanzar hacia el ODM 2.

Desde mediados de la década del 90, República Dominicana ha adoptado trascendentes medidas destinadas al mejoramiento de la educación, tanto de la enseñanza primaria, como de la secundaria y universitaria. Entre dichas disposiciones se destacan la Ley General de Educación del año 1997, el primer Plan Decenal de Educación y el segundo Plan Decenal en ejecución, que rige para el período 2008-20018. Sin embargo, tanto la citada Ley como los planes decenales de desarrollo del sector se han aplicado de manera parcial. La escasa asignación presupuestaria ha limitado el avance al ritmo deseado hacia el cumplimiento del ODM 2 y el mejoramiento de la educación en sentido general. El gasto público en educación es muy bajo; se mantiene alrededor de 2.5% del PIB. La propuesta de END proyecta elevarlo a 5% para 2020.

De acuerdo con el Ministerio de Educación,⁴⁹ factores de eficiencia interna como el abandono y la repitencia impiden aumentar la proporción de alumnos que comienzan el primer grado y terminan el 8vo. La misma alcanza el 13% en los niveles tercero y octavo,⁵⁰

lo que en gran medida explica que la tasa de promoción se mantenga constante (alrededor de 88%). Se considera que la repitencia está asociada a la “promoción automática”, la cual debió haber sido eliminada, pues ya no existe tanta limitación de espacio como en la época en que la misma se concibió. Es un punto que debe ser evaluado, pues otros consideran que la decisión de aplicar la promoción automática no se apoyó solo en el problema de espacio o insuficiencia de infraestructura, sino que ha estado sustentada en una concepción pedagógica de enfocar la enseñanza como un proceso unitario.

En determinadas áreas rurales la oferta es muy limitada, y en muchos casos sólo se ofrece enseñanza hasta tercer o cuarto nivel. Por otra parte, una alta proporción (alrededor de 70%) de la educación media se imparte en instalaciones destinadas a la educación básica, muchas veces en horarios coincidentes, lo cual dificulta la administración de las aulas y las escuelas.

49. Exposición en taller sobre ODM 2, junio 2010.

50. El Ministerio calcula el promedio de repitencia y abandono en todos los niveles de enseñanza primaria alrededor de 4% y 5%, es decir, cerca de la tercera parte de lo registrado en tercero y octavo.

Entre las intervenciones que desarrolla el gobierno para estimular la asistencia de los niños pobres a los centros educativos se encuentra el componente “Incentivo a la Asistencia Escolar” del Programa Solidaridad. Como ya se señaló, el programa procura contribuir a la ampliación de la cobertura y permanencia en la escuela desde el nivel inicial hasta 8vo grado, así como la permanencia en 1er. y 2do grado del bachillerato, y reducir la sobre edad en estos dos niveles. Otras acciones destinadas a promover la asistencia de los niños a la escuela primaria son el desayuno escolar y

la donación de libros de texto. La decisión de permitir la matriculación de los niños y niñas sin acta de nacimiento, es otra práctica que contribuye a facilitar el acceso de la población pobre a la educación básica.

En otro orden, se ha avanzado mucho en los últimos años en términos de la disponibilidad de información, pero todavía se requieren mejoras en las estadísticas a fin de obtener datos de calidad y de manera oportuna, lo que facilitaría aún más la evaluación y el seguimiento al ODM 2 y a las políticas educativas en sentido general.



Foto: Ministerio de la Mujer

El poco avance hacia el logro de la enseñanza primaria universal, la mala calidad que evidencian todas las evaluaciones realizadas en los últimos años y las limitaciones que también existen en la educación media y superior, no solo implica el incumplimiento de la Meta 2.A, sino que pone en riesgo o limita

significativamente el logro de los restantes ODM. Están comprobados los efectos positivos de la educación en la reducción de la pobreza, el mejoramiento del empleo, la productividad, las condiciones de salud y en todos los factores que inciden en el desarrollo humano.

Recuadro 5
Políticas educativas del Plan Decenal de Educación, 2008-2018

Mobilizar las voluntades públicas y privadas con el objetivo de asegurar que la población de 5 años reciba un año de Educación Inicial y 8 años de Educación Básica inclusiva y de calidad.

Consolidar, expandir y diversificar un Nivel de Educación Media y una modalidad de Educación de Adultos de calidad, con el objetivo de crear ciudadanía y como paso al mercado laboral y/o a la educación superior

Revisar periódicamente, difundir y aplicar el currículo garantizando la comprensión lectora y el desarrollo lógico matemático en el nivel básico y promover una cultura de su cumplimiento desde una perspectiva de formación en valores que oriente el desarrollo humano integral, consolidando todas las demás dimensiones de la ciencia en los niveles educativos, así como la integración de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) a los procesos educativos.

Establecer claros estándares de calidad y un sistema de evaluación que permita monitorear el desempeño del sistema educativo, que estimule la movilización de la escuela, la familia y la comunidad en favor de una mejor educación y garantice al país que los certificados y títulos otorgados estén avalados por los aprendizajes previstos.

Crear las condiciones necesarias y movilizar la sociedad dominicana y las comunidades educativas para asegurar el estricto cumplimiento del horario y calendario escolar a fin de posibilitar el aprendizaje de los estudiantes.

Priorizar la formación de recursos humanos de altas calificaciones para el sector educativo y promover la permanencia y crecimiento profesional del personal ya contratado.

Promover la equidad educativa con apoyo a los estudiantes provenientes de los sectores sociales más vulnerables.

Estimular la participación de la familia, la comunidad e instituciones no gubernamentales en el desarrollo de las políticas, los programas y los proyectos educativos.

Promover el mejoramiento continuo del sistema educativo para mantener siempre una estructura ágil, flexible, abierta a la participación y centrada en la escuela.

Mobilizar los sectores públicos y privados, nacionales e internacionales, en procura de los recursos necesarios para alcanzar los objetivos de cobertura, calidad y equidad educativas indispensables para enfrentar los retos económicos, políticos y sociales del siglo XXI.

Fuente: Ministerio de Educación. Plan Decenal de Educación 2008-2018.





Objetivo



PROMOVER LA IGUALDAD
ENTRE GÉNEROS Y LA
AUTONOMÍA DE LA MUJER

2.3 OBJETIVO 3: PROMOVER LA IGUALDAD ENTRE LOS SEXOS Y EL EMPODERAMIENTO DE LA MUJER

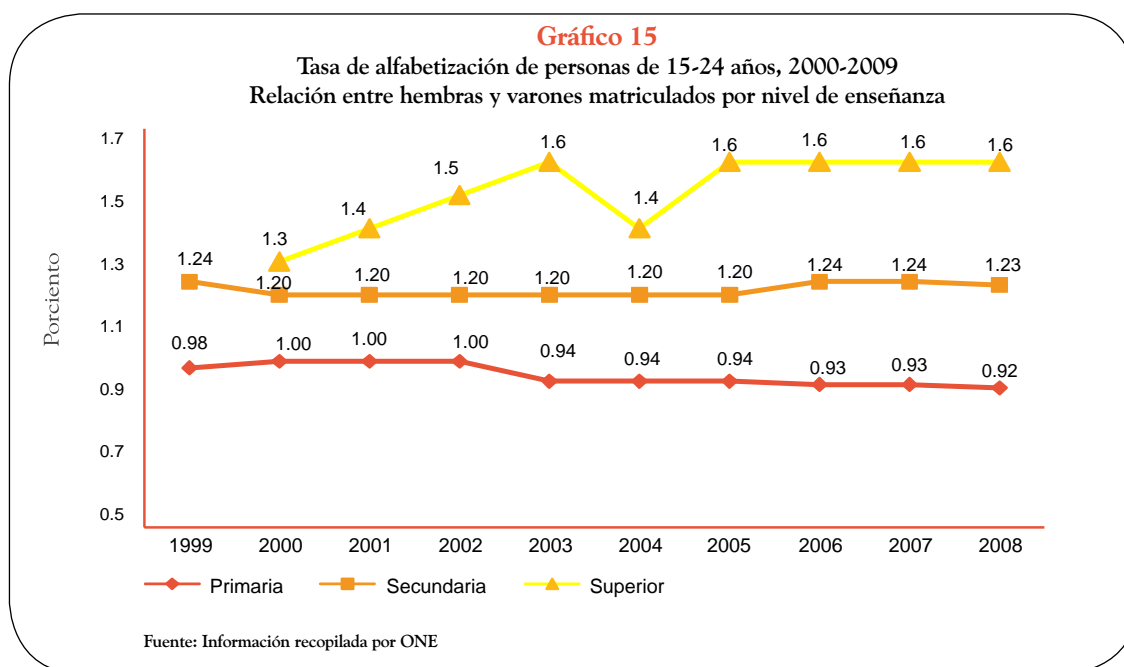
2.3.1 Tendencias y brechas pendientes

META 3.A: Eliminar las desigualdades entre los sexos⁵¹ en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para 2005, y en todos los niveles de la enseñanza, a más tardar en 2015

Mucho más mujeres que hombres en la enseñanza secundaria y superior; más equidad de género en primaria.

En los últimos seis años se observa una disminución en la proporción de niñas matriculadas en la educación

primaria respecto a los niños. Mientras al inicio de la presente década se registró paridad de sexo en la matriculación en primaria, a partir del 2003 se observa un deterioro de la equidad. En dicho año, por cada 100 niños matriculados en primaria, había 94 niñas, proporción que bajó a 92 en 2008 (Gráfico 15).



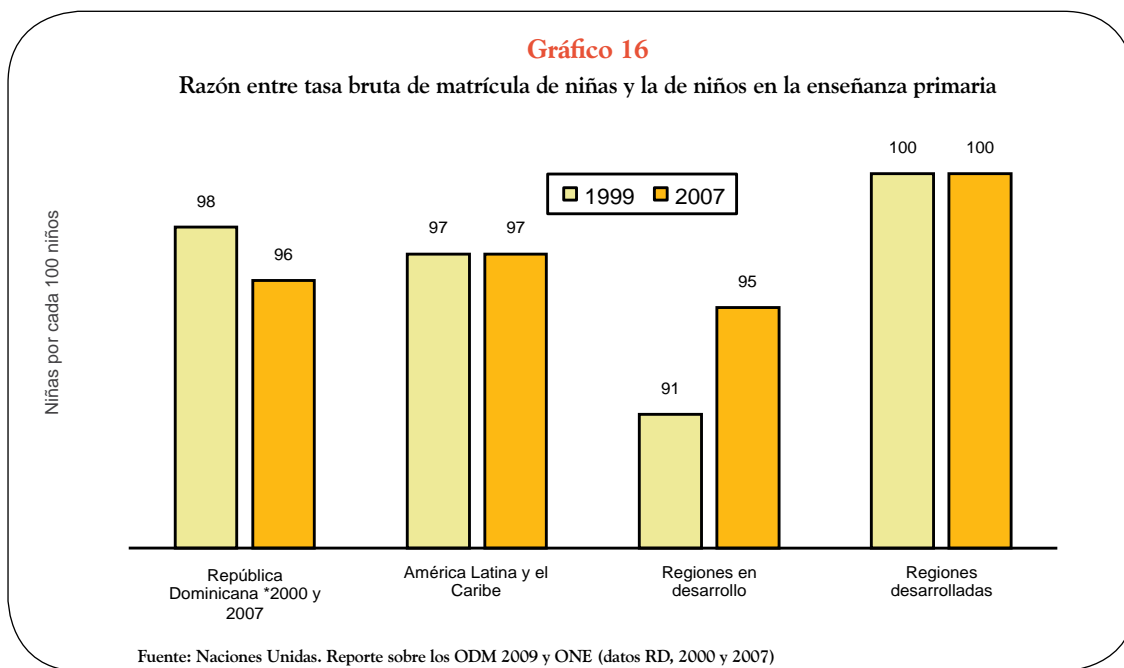
Otro indicador asociado al anterior, es la relación entre la tasa de matriculación bruta de las niñas respecto a la de los niños a nivel primario, la cual era de 98 por cada cien en el año 2000 y de paridad en 2001. En los años subsiguientes se ha mantenido entre 94 y 96. Como

nuestra el gráfico siguiente, este indicador es similar en el país al promedio de América Latina y el Caribe y superior al promedio de las regiones en desarrollo. También cabe

51. Sería preferible utilizar el concepto de equidad de género, en lugar de desigualdad entre sexo.

resaltar que, según reporta ENDESA, entre la población de 15-19 años la proporción de mujeres con 8 o más años de educación es de 50.2%, muy superior a la proporción de

hombres (39.2%). Además, mientras los jóvenes varones de 15-24 años que no saben leer y escribir representan el 11.7%, en el caso de las mujeres esta proporción es 7%.



En la matriculación a nivel secundario existe una amplia brecha de género a favor de las mujeres. Éstas superaban entre 20% y 24% el número de hombres inscritos en dicho nivel en el período 1999-2008. Cabe destacar que en 2005, año fijado como preferible por la Declaración del Milenio para alcanzar la meta de igualdad de género en la enseñanza primaria y secundaria, la brecha en primaria era de 6 puntos porcentuales, a favor de los hombres, mientras que en secundaria era de 20 puntos a favor de las mujeres.

En la educación superior la participación de las mujeres respecto a los hombres es mucho mayor. Al inicio de la década, por cada 100 hombres matriculados en dicho nivel había 130 mujeres. Esta relación se mantiene en 160 a partir del año 2005.

En conclusión, en República Dominicana, la posición de equidad de género que se registró a inicios de la década (2001) tendió a deteriorarse en el transcurso del decenio, hasta caer a 0.92 la relación niñas/niños matriculados en el nivel de la enseñanza primaria; con un esfuerzo moderado podría recuperarse la paridad que se registró

nueve años atrás. Por el contrario, las tendencias observadas en la educación secundaria y superior indican que las mujeres seguirán siendo mayoría en la enseñanza secundaria y superior, no sólo en 2015, sino probablemente mucho más allá.

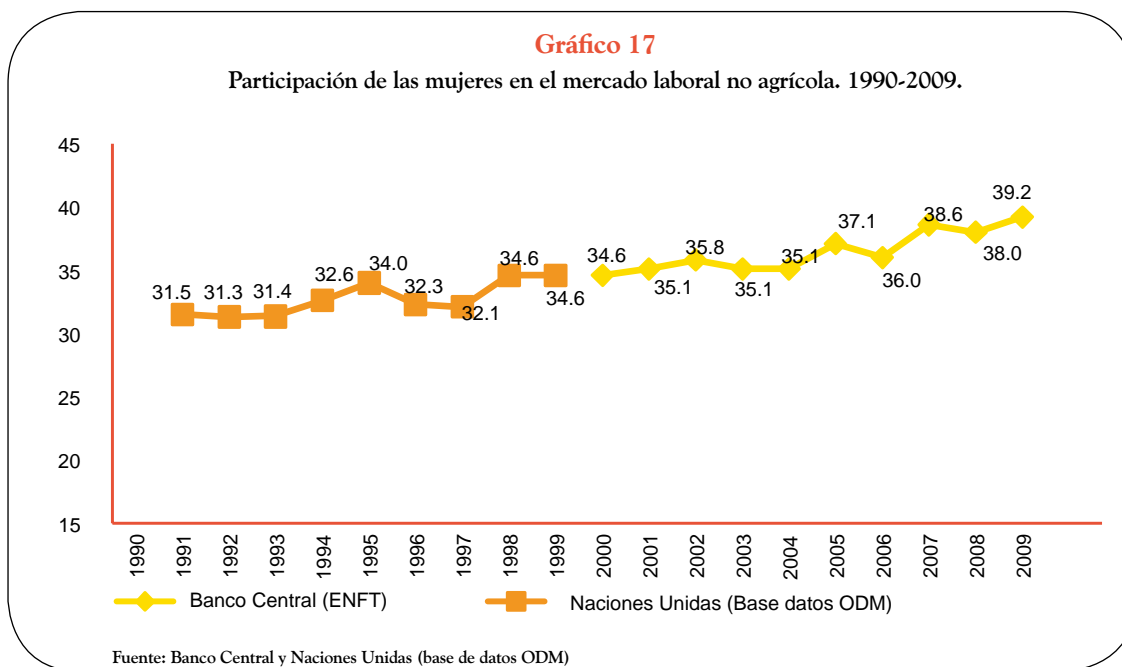
En general se observan mayores logros educativos en las mujeres, lo que las pone en ventaja respecto a los hombres, no sólo en la educación primaria; también en la secundaria y en la superior. Esto le ha permitido ir ganando espacio en el mercado laboral y en la representación política, aunque no en la dimensión esperada, como se verá más adelante.

La participación de las mujeres en el empleo no agrícola tiende a crecer, pero se mantiene por debajo del promedio regional y mundial.

Se observa una tendencia al alza en la participación de las mujeres en el mercado laboral no agrícola. En efecto, según datos del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo, en 1990 el 35% de los puestos de trabajo en dicho mercado era ocupado por mujeres, proporción que fue de 39.2% en 2009. Las informaciones obtenidas de la

Organización de las Naciones Unidas (base de datos para los ODM) para el período 1991-1999, también muestran una tendencia al alza de la participación femenina en labores fuera de la agricultura. En dicho período, la tasa de participación creció a un ritmo anual de 1.18% anual

mientras que en el período 2000-2009 el crecimiento promedio anual fue 1.62%. Si continuara la tendencia de los últimos diez años, en 2015 cerca del 42% de las personas empleadas en las actividades no agrícolas sería mujeres.



En 2006, la proporción de mujeres empleadas fuera del sector agrícola en República Dominicana era menor que el promedio de América Latina y el Caribe (42%) y que el promedio mundial (39%).⁵²

La representación política de la mujer en el Congreso Nacional aumenta lentamente pero de manera sostenida.

Las mujeres dominicanas continúan con una representación limitada en los mecanismos de dirección política y en los órganos de dirección del Estado. Su participación en el área legislativa en los últimos dos decenios aumentó de manera significativa aunque a ritmo inferior al deseado. En 1990, la proporción de mujeres en la Cámara de Diputados era de 11.7% de la matrícula de dicho organismo, participación que aumentó a 16.1% en 1998 y a 20.8% en las recién pasadas elecciones de 2010. En el Congreso en su conjunto, la participación femenina pasó de 9.3% en 1990 a 19% en 2010.⁵³ A las mujeres

se les ha hecho difícil alcanzar posiciones en el Senado, organismo en el cual no había representación femenina en 1990; actualmente es de solo 9.4% (Gráfico 18).

El empoderamiento político de la mujer, medido sólo por la proporción de escaños en la Cámara de Diputados, es similar en República Dominicana al de América Latina (22%) y está ligeramente por debajo de la proporción media de las regiones desarrolladas (23%).⁵⁴

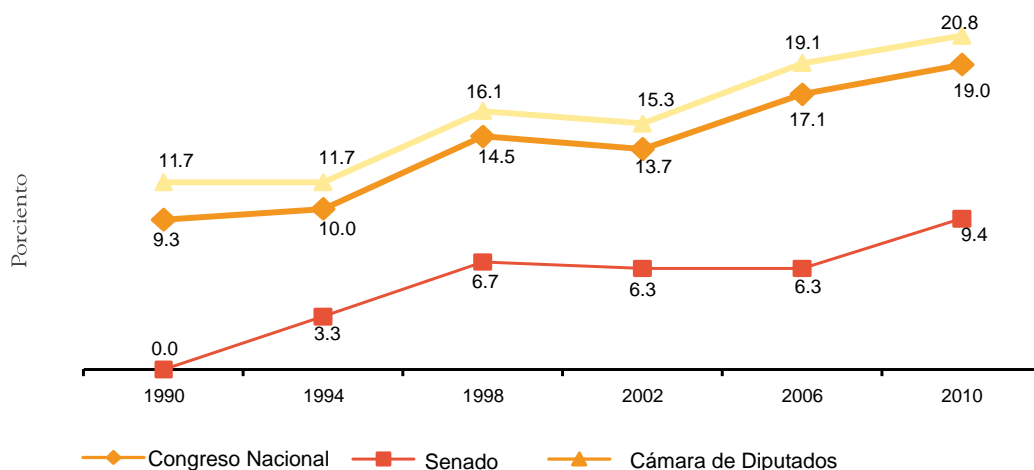
52. En las regiones desarrolladas el promedio es de 46%. (Datos de 2006. Naciones Unidas. Reporte de los ODM, 2008).

53. En estas elecciones, de un total de 183 escaños en la Cámara de Diputados, las mujeres lograron ocupar 38 escaños (Anexo 7). Se excluyen las 20 diputaciones al Parlamento Centroamericano (PARLACEN), de las cuales las mujeres obtuvieron 8 escaños, equivalente a 40%.

54. Naciones Unidas. Reporte sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2009. En dicho informe se señala que en las regiones en desarrollo las mujeres ocupan el 17% de los escaños en la Cámara de Diputados, o en el congreso en su conjunto cuando el mismo es unicameral. Además, se indica que las mujeres ocupan un 30% o más de los escaños de las cámaras únicas o bajas en 24 países y un 30% o más de los de las cámaras altas en 15 países.

Gráfico 18

Porcentaje de escaños ocupados por mujeres en el Congreso Nacional. 1990-2010



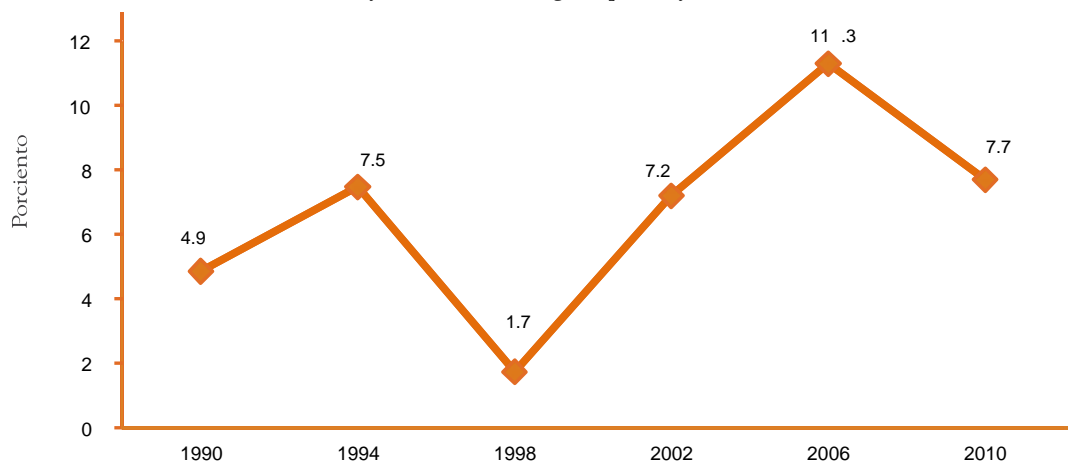
Fuente: Junta Central Electoral, Senado de la República y Cámara de Diputados.

En cuanto a las alcaldías, la proporción de mujeres electas para dirigir los gobiernos locales es muy reducida. En la década de los 90 varió entre 1.7% y 7.5% (Gráfico 19). La más alta representación femenina en la dirección de las alcaldías tuvo lugar en el período 2006-2010 (11.3%), proporción que disminuyó en las recién pasadas elecciones para el período 2010-2016 (7.7%).

Por otro lado, en los cargos de vicealcaldes y subdirectoras de distritos municipales, la participación de la mujer es alta, ya que por disposición legal los partidos políticos están obligados a postular para dichos cargos a una persona de sexo opuesto al candidato o candidata a Alcalde o Director de Distrito Municipal, posiciones para las cuales los partidos regularmente postulan a un hombre.

Gráfico 19

Porcentaje de Alcaldías dirigidas por mujeres. 1990-2010



Fuente: Junta Central Electoral

En las elecciones de 2010, de un total de 4,033 cargos electivos al Congreso Nacional, a los municipios y distritos municipales, las mujeres fueron electas para 1,408 posiciones, equivalentes al 34.9%.⁵⁵ Por las razones señaladas anteriormente, las más altas proporciones de posiciones ganadas por las mujeres en dichas elecciones correspondieron a las vicealcaldías (91.6%) y a las subdirecciones de distritos municipales (94.3%).

En general, las metas de equidad de género, en el enfoque-ODM, han sido ya logradas (y sobrepasadas) en el ámbito educativo en la República Dominicana; más bien, mueve a preocupación, y vale alertarlo, la inversión de la inequidad que se registra desfavorable al género masculino. En lo que corresponde al ámbito laboral, de mantenerse las tendencias observadas en los indicadores del ODM 3, no se lograrán las metas de equidad de género para 2015. Tampoco se esperan cambios significativos hacia una mayor representación política de la mujer, a menos que no se mejoren los mecanismos de aplicación de leyes, programas y políticas relacionadas con la promoción de la equidad de género.

A continuación se presentan los principales obstáculos que estarían limitando el avance hacia el ODM 3 y las prácticas o políticas que contribuirían a un mayor empoderamiento de la mujer.

2.3.2 Intervenciones necesarias. Buenas prácticas para avanzar hacia el ODM 3

Lograr el objetivo de equidad de género en la República Dominicana depende de muchos factores. Requiere lograr participación igualitaria en la proporción de niños y niñas en los diferentes niveles de enseñanza, en la participación de las mujeres en el empleo no agrícola y en la proporción de puestos electivos ocupados por mujeres. También, el empoderamiento de la mujer está condicionado a otros factores, vinculados incluso al avance en los demás ODM.

Una *Evaluación de las Necesidades de la RD para el cumplimiento de los ODM*,⁵⁶ estableció que las principales brechas y desigualdades de género están asociadas a factores sistémicos y estructurales, así como a factores culturales. En ese análisis se estableció un conjunto de necesidades de intervención y se hizo una estimación

de los recursos financieros requeridos para promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer. Asimismo, se definieron las metas siguientes: a) asegurar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva; b) eliminar la desigualdad entre los géneros en el acceso a los bienes económicos y el empleo; c) obtener un 30% de los escaños de los parlamentos nacionales para las mujeres; y d) reducir a la mitad la ocurrencia de la violencia contra las mujeres durante su vida.

Para avanzar con mayor efectividad en el desarrollo del ODM 3 se hace necesario incluir el análisis de género en la política educativa, considerándolo como un componente y condición de la calidad de ese bien público, a fin de incidir en la remoción de los obstáculos que dificultan el establecimiento de la equidad entre hombres y mujeres. En tal sentido, con un enfoque de género, habrán de abordarse temas relevantes del diagnóstico como son la deserción escolar, asociada a roles de género y repitencia, bajo rendimiento escolar en la educación secundaria, dificultades de las mujeres para tener acceso a financiamiento y, más recientemente, el impacto de la crisis económica global y el cierre de zonas francas, entre otras.

Un factor de gran incidencia en el rezago en la equidad de género es la cultura predominante, que se expresa en los valores y comportamientos de los individuos y las instituciones. Tiende a prevalecer en la sociedad dominicana un sistema que acepta y justifica como naturales actitudes y prácticas que favorecen el predominio del hombre, limitando el desarrollo pleno del potencial de la mujer. Desde esta perspectiva, el reto es avanzar en la creación de condiciones sociales, económicas y estructurales bajo las cuales las mujeres, jóvenes y adolescentes puedan desarrollar su potencial a plenitud.

Se ponen de relieve los obstáculos y limitaciones aún persistentes de naturaleza partidaria, legal y cultural para un mayor desarrollo de la representación política de las mujeres. Por fortuna, el país dispone de un conjunto de normativas orientadas a contribuir con la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer.

55. Las candidaturas de mujeres representaron el 42.8% del total.

56. Ministerio de la Mujer (Mayo 2005).

Entre ellas, la propia Ley 86-99 que crea el Ministerio de la Mujer, y la Ley 12-00 que establece una cuota mínima de 33% para candidaturas de mujeres a cargos congresuales y municipales. Otra norma a favor de la promoción de la participación política de las mujeres es la Ley 13-00, que establece que cuando la candidatura a la alcaldía corresponda a un hombre, la de la vice-alcaldía habrá de corresponder a una mujer, y viceversa. Además, la Constitución de la República (Artículo 39) establece que “El Estado debe promover y garantizar la participación equilibrada de mujeres y hombres en las candidaturas a los cargos de elección popular para las instancias de dirección y decisión del ámbito público, en la administración de justicia y en los organismos de control del Estado”.

También se consideran prácticas que promueven el ODM 3, la creación de la oficina de género y la bolsa de empleo en el Ministerio de Trabajo, los programas de acceso de las mujeres al crédito, la realización de estudios e investigaciones relacionadas sobre el tema de género, la creación de unidades especializadas en

instituciones académicas, como el Centro de Estudios de Género de INTEC y el Instituto de Género y Familia de la UASD.

Un aspecto al que se debe prestar especial atención es la calidad de la enseñanza, que implica una educación no sexista, que promueva los valores de la igualdad. También se hace necesario hacer cumplir las disposiciones relacionadas con el derecho de las embarazadas a tener acceso a los recintos escolares, así como fortalecer la educación sexual, para reducir los embarazos en la adolescencia, tanto por razones de salud como por el hecho de que el embarazo a temprana edad limita las posibilidades de educación de las jóvenes.

Asimismo, es muy importante la promoción del derecho de niños y niñas a la participación en espacios de toma de decisión (Gobiernos Escolares Participativos, Ayuntamientos Juveniles e Infantiles, etc.), para ir generando una cultura en la que paulatinamente la mujer pueda participar en niveles de igualdad con los hombres en la construcción de una sociedad más equitativa.





Objetivo



REDUCIR LA MORTALIDAD
INFANTIL

2.4 OBJETIVO 4: REDUCIR LA MORTALIDAD DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

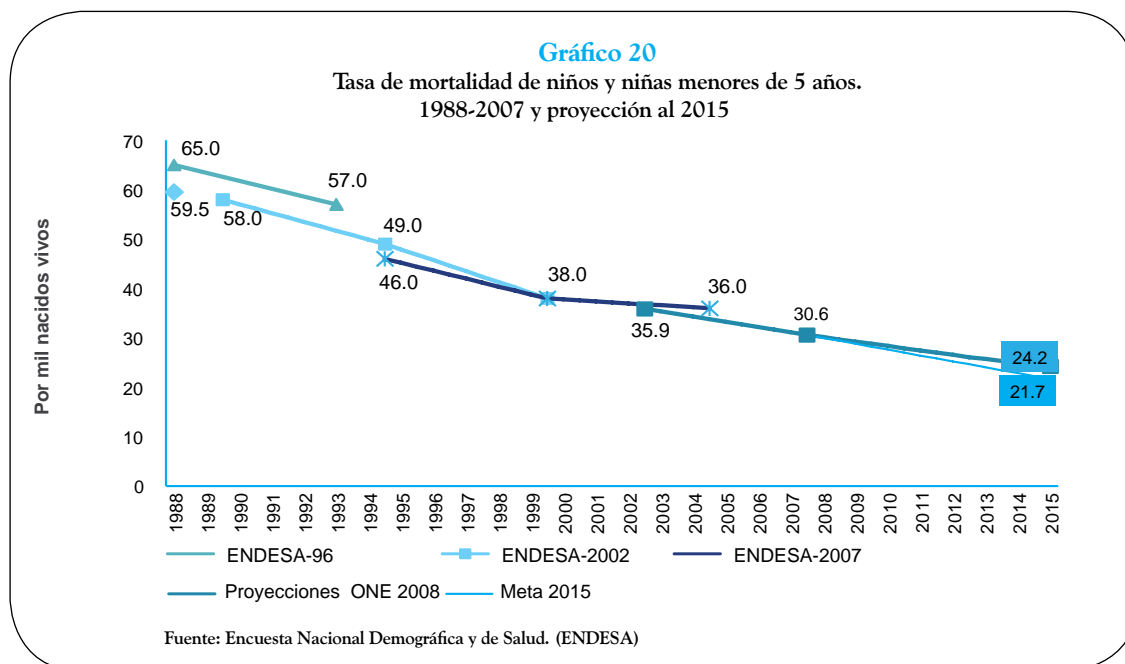
2.4.1 Tendencias y brechas pendientes.

Meta 4.A: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años

La proporción de niños y niñas menores de 5 años que mueren por causas evitables en el país continúa en un nivel muy superior al promedio regional.

La tasa de mortalidad de niños menores de 5 años tendió a disminuir a lo largo del período 1988-2007. Según los datos de ENDESA la mortalidad por cada 1,000 niños nacidos vivos pasó de 59.5 (1988) a 36 en 2007, lo que significó una caída de 39.5% (Gráfico 20).

Si bien la disminución de la tasa de mortalidad de la niñez en dicho período ha sido significativa, resulta menor que la reducción promedio lograda en la región. En América Latina, la mortalidad de la niñez disminuyó de 54 (1990) a 24 en 2007, para una reducción de la tasa equivalente a 56%, mucho mayor que el ritmo registrado en el país. La tasa de mortalidad de la niñez que registró el país en 2007 es un 50% más elevada que el promedio regional.



Si se proyecta la tasa de mortalidad al año 2015, sobre la base de la tendencia observada en el período 1988-2007⁵⁷, la misma alcanzaría en dicho año un nivel de 24.2 por mil; lo que significa que no se lograría la meta ODM establecida, de 21.7⁵⁸. La mortalidad

57. Para el análisis de tendencia, los datos se posicionaron a la mitad del quinquenio anterior al año de la encuesta, tomando en cuenta que la tasa medida por cada encuesta corresponde a dicho período.
58. Un tercio de la tasa de 65 registrada por ENDESA 1996, que correspondió al quinquenio anterior.

infantil, que explica cerca del 80% de la mortalidad de los niños y niñas menores de 5 años, se reduce muy lentamente, como se analiza más adelante, lo que constituye un importante obstáculo al avance hacia la Meta 4.A.

Vale señalar que cuatro reportes realizados con anterioridad llegaron a conclusiones no coincidentes en su proyección sobre el logro de la referida meta. El primer informe nacional sobre el avance de los ODM, en 2004, estimó que se lograría la meta, lo cual parecía razonable en aquel momento, ya que los datos disponibles a la fecha mostraban un rápido descenso de la mortalidad infantil. Sin embargo, como se observa en el gráfico anterior, en los años subsiguientes la mortalidad fue disminuyendo más lentamente. Más adelante, en 2008, el COPDES⁵⁹ consideró poco probable que se lograra reducir a cerca de 19 por mil la mortalidad de la niñez en 2015; y más recientemente, en el 2009, el Banco Mundial consideró que dicha meta no se lograría⁶⁰. El Banco proyectó en 23.4 la tasa de mortalidad para 2015, y bajo otros escenarios estimó una tasa menor, de alrededor de 17. El reciente informe *Política Social: capacidades y derechos*⁶¹, al referirse a la Meta 4.A, concluye que “según la tendencia actual no se cumple la meta”. Por otra parte, en la END se establece como meta reducir a 18 la mortalidad de los niños menores de 5 años en 2020 y a 11 en 2030.

Alrededor del 80% de las muertes de niños y niñas menores de 5 años tiene lugar antes del primer año de vida. No es posible reducir significativamente la mortalidad de la niñez si no se reduce en una alta proporción el componente neonatal de la mortalidad infantil.

La mayor proporción de la mortalidad de la niñez (0-5 años) tiene lugar en la etapa infantil (0-1 año).⁶² En otras palabras, la probabilidad de morir antes del primer año es muy superior a la de morir entre 1 y 5 años. Se estima que, en el país, aproximadamente el 80% de la mortalidad de la niñez tiene lugar antes del primer año;⁶³ y que la misma tiende a reducirse mucho más lentamente que la mortalidad post infantil (1-5 años). A su vez, el análisis de la mortalidad infantil, periodo 1999-2008,⁶⁴ indica que el 80% de la mortalidad de niños y niñas menores de 1 año ocurre durante el periodo neonatal y las es menester

reducir la alta proporción la mortalidad infantil, para reducir esta última hay que reducir intensamente la mortalidad neonatal, y para ello la estrategia adecuada es la mejora de la calidad de la atención obstétrica prenatal, intraparto y del recién nacido.

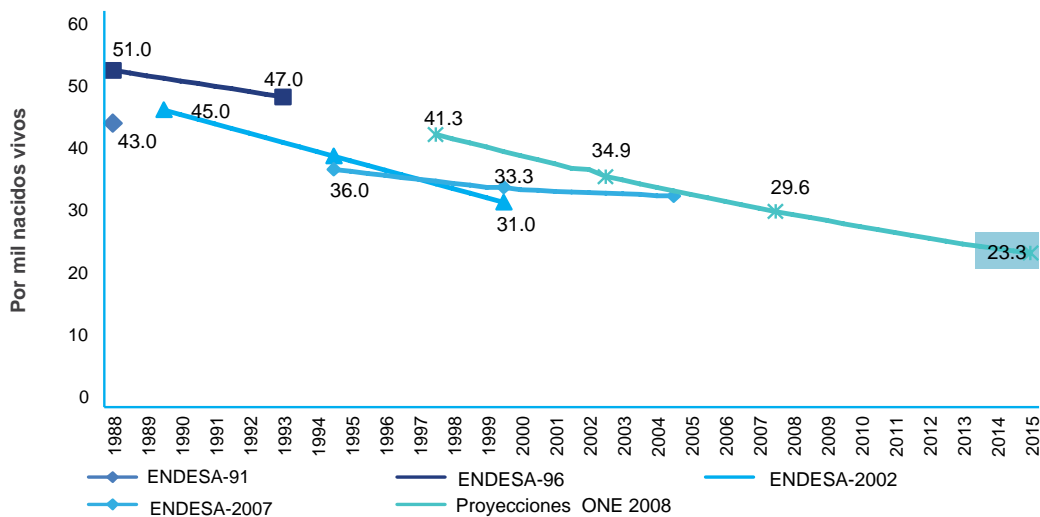
Los datos de ENDESA muestran que de 1991 a 2007 la mortalidad infantil se redujo a un ritmo anual de 1.7%, mientras que la mortalidad post infantil disminuyó a un promedio anual de alrededor de 8.5% (bajó de 16.5 en 1991 a 4 en 2007).⁶⁵ Mientras que los registros del Ministerio de Salud Pública, correspondientes al período 1999-2009, en sentido general coinciden con las encuestas ENDESA y ENHOGAR 2006⁶⁶, mostrando que la tasa de mortalidad infantil era 35.7 en 1999 y 29.6 en 2008, lo que representa una tasa de disminución anual de 2.06% en dicho período.

De acuerdo a la proyección de la tendencia de los datos de ENDESA, la mortalidad infantil en el 2015 sería 23.3. Por otro lado, los datos del Ministerio de Salud sugieren que, de continuar la tendencia del período 1999-2008, en los próximos cinco años la tasa de mortalidad infantil se mantendría prácticamente estancada, en alrededor de 31 por mil nacidos vivos⁶⁷. Sin una disminución significativa en la mortalidad infantil, principalmente en el período neonatal, no será posible lograr la meta de reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años a menos de 20 por mil, dentro de 5 años.

59. COPDES. Guía para determinar el progreso hacia los ODM (2008)
60. Grupo de Género y Pobreza Región de América Latina y el Caribe. ODM en la República Dominicana: Insumo a la Estrategia Nacional de Desarrollo.
61. Informe del PNUD y Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (2010)
62. Esta se subdivide en post neonatal (28 días a 1 año) y neonatal (durante los primeros 28 días).
63. Cálculo con los datos de ENDESA sobre mortalidad infantil y de la niñez de los años 1991, 1996, 2002 y 2007 (Anexo 8). En dichos años, la mortalidad infantil como proporción de la mortalidad de la niñez fue 72%, 82%, 82% y 89%, respectivamente (promedio ponderado 80%).
64. Mortalidad Infantil en RD 1999-2008. Epidemiología, Vol.17, No.2, Abril-Junio 2009, DIGEPI-SESPAS.
65. Mortalidad de la niñez menos mortalidad infantil, de datos de ENDESA (Anexo 8).
66. De ENHOGAR solo se dispone de datos de mortalidad infantil para el año 2006 (30%).
67. Ver datos de registros del Ministerio de Salud en Anexo 8.

Gráfico 21

Tasa de mortalidad infantil. 1988-2007 y proyección 2015.



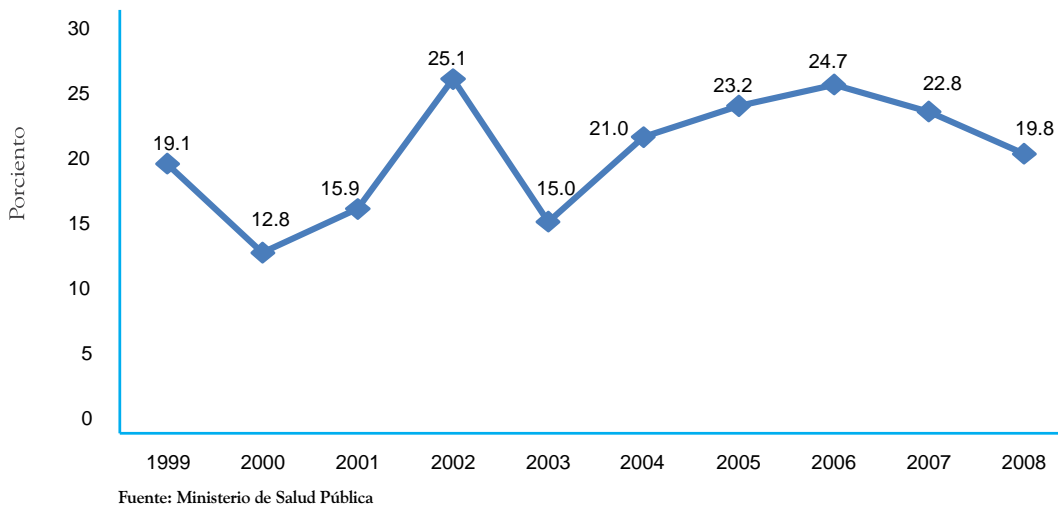
Fuente: Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDESA)

Cabe mencionar que la sepsis neonatal ocupa la primera causa de muerte infantil, seguida de la asfixia neonatal, ambas causas totalmente prevenibles con intervenciones de probada eficacia y de bajo costo orientadas a mejorar la calidad del control prenatal, la

atención al parto limpio y la atención inmediata al recién nacido. En el período 1999-2008, entre el 13% y el 25% de las muertes neonatales se debieron a sepsis bacteriana del recién nacido; en 2008 la proporción fue de 19.8% (Gráfico 22).

Gráfico 22

Porcentaje de sepsis bacteriana del recién nacido como causa básica de muertes neonatales. 1999-2008



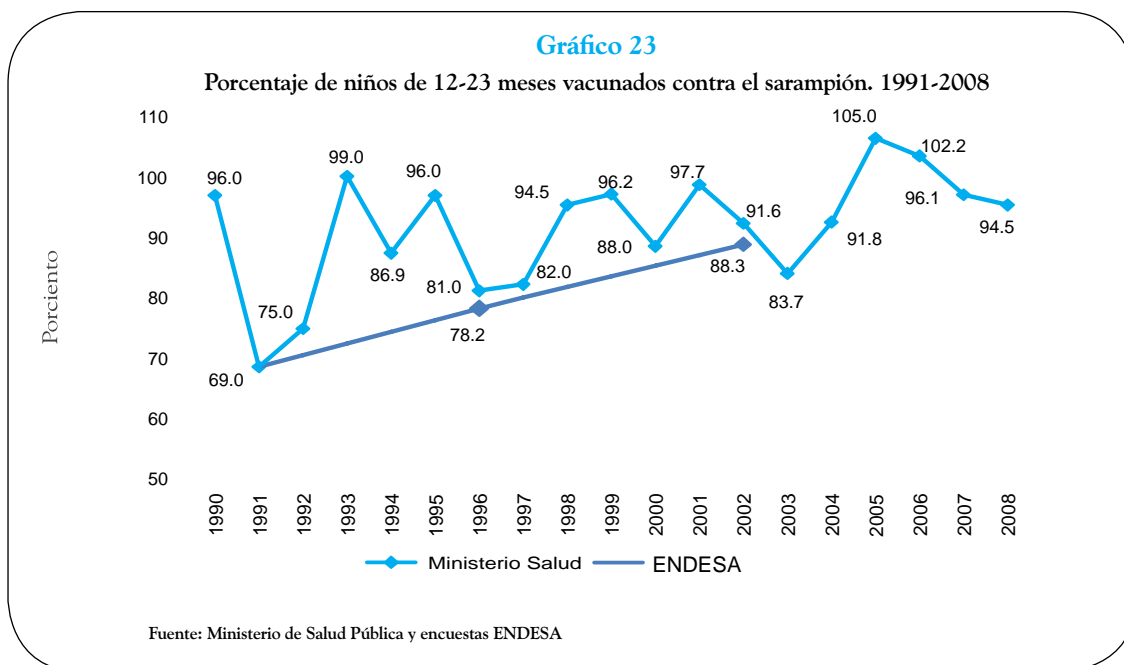
Fuente: Ministerio de Salud Pública

Respecto a la protección de las embarazadas con la aplicación de toxoide tetánico, se estima que en 1991 alrededor del 78% recibió dos o más dosis de la vacuna, proporción que fue de 84% en 2007, año de la última medición de ENDESA.

El país ha logrado un buen nivel de cobertura de la inmunización contra el sarampión. Es un esfuerzo que debe ser sostenido.

Como se acaba de ver, la mortalidad de menores de cinco años en el país aún se mantiene alta, pero la reducción que se ha logrado, sobre todo durante el período 1991-2002, se asocia al impacto de las inmunizaciones.⁶⁸

La proporción de niños de 1 a 2 años vacunados contra el sarampión aumentó sostenidamente en el período de referencia. Según los registros del Ministerio de Salud Pública, en el 1990 la proporción de niños de la referida edad vacunados contra dicha enfermedad fue bastante alta (96%), similar a la de 2007 (96.1%) y 2008 (94.5%)⁶⁹ (Gráfico 23). La encuesta ENDESA (1991, 1996 y 2002)⁷⁰ sobre cobertura de vacunación contra el sarampión presenta resultados coincidentes con los registros del Ministerio de Salud y muestra una clara tendencia hacia el aumento de la cobertura.



Por otro lado, según ENDESA, la proporción de la población de niños de 12-13 meses con esquema de vacunación completo fue 36.7% en 1991 y 34.9% en 2002⁷¹, mientras que para la población de 18-29 meses la cobertura de este tipo de vacunación fue de 52.9% en 2007 (Anexo 8).

La vacunación contra el sarampión ha aumentado significativamente, pero sigue siendo bajo el porcentaje de niños y niñas que reciben todas las vacunas. Si la cobertura con todas las vacunas no mejora, se corre el riesgo de que la mortalidad de la

niñez no continúe disminuyendo y se haga más difícil lograr la Meta 4.A.

68. Ministerio de Salud. Exposición en taller sobre ODM (julio, 2010).
 69. Este nivel de cobertura de vacunación contra sarampión supera el de América Latina y el Caribe, que registró 93% en 2007, año en el cual las regiones desarrolladas también registraron 93%; mientras que en los países de las regiones en desarrollo el promedio fue 80% (Naciones Unidas. Reporte 2009 sobre los ODM).
 70. No se hace referencia a los resultados de la encuesta de 2007, debido a que en dicho año, en lugar de niños de 12-23 meses, ENDESA reportó datos sobre niños de 18-29 meses, para cuyo rango de edad encontró que el porcentaje de niños vacunados fue de 79%.
 71. Para el año 2000, la UNESCO (encuesta MICS) reportó una cobertura de esquema completo de 38.1%, para niños de 12-13 meses, y ENHOGAR reportó una cobertura de 46.3% para el año 2006.



En la reducción de las tasas de mortalidad de la niñez juega un papel de primer orden la educación de las madres. Sobre el particular es importante destacar los datos siguientes, contenidos en reporte del COPDES.⁷² “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. 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%)”.

2.4.2 Intervenciones necesarias. Buenas prácticas para avanzar hacia el ODM 4.

Es preciso implementar intervenciones en el contexto de una estrategia de atención continua; esto es, desde la atención del embarazo, parto y los primeros años de vida del niño. Esta iniciativa cobra alta relevancia por la interrelación de los ODM 4 y 5, dado que un servicio de calidad en cada una de dichas etapas impactaría notablemente la mortalidad materna, perinatal y neonatal precoz. También deben ampliarse y profundizarse los programas de orientación a las madres, en todo lo relacionado con el período del embarazo, el momento del parto y la atención al recién

72. Guía para determinar el progreso hacia los ODM (2008).

nacido, incluyendo información sobre la alimentación, la calidad del agua, los servicios sanitarios y otros factores ambientales. Asimismo, es necesario mejorar la calidad de la atención médica al parto en los hospitales y centros de salud, mediante sistemas que mejoren la gestión y estimulen el logro de resultados.

En base a la evidencia existente en el país⁷³, es necesario el desarrollo de intervenciones de vigilancia y control de infecciones intra-hospitalarias, principalmente en el uso de soluciones parentales, en las áreas de atención al neonato de los hospitales con mayor número de muertes infantiles.

La inmunización es una de las intervenciones sanitarias fundamentales, de eficacia comprobada. Se recomienda continuar e intensificar los esfuerzos para aumentar la cobertura con todas las vacunas del esquema básico de inmunización en los menores de 1 año de edad en todos los municipios del país, y el SRP al año de edad.

La planificación, seguimiento y provisión suficiente y oportuna de recursos al sector salud, y el uso adecuado de éstos, es clave para el logro de los ODM y, de manera particular, para la cobertura y eficacia de los programas de atención continua e integral al menor de 5 años y de inmunización desde la atención primaria.

El Ministerio de Salud plantea que las políticas nacionales en materia de inmunización deben estar enmarcadas en la “Visión y Estrategia Mundial de Inmunización” (GIVS, por sus siglas en inglés), que entre otros objetivos procura el aumento de la cobertura nacional de vacunas en por lo menos el 90%, reducir la muerte por sarampión, desarrollar la capacidad de vigilancia y seguimiento de casos prevenibles con vacunas e incluir el plan nacional de inmunización como componente integral de los planes sectoriales en materia de recursos humanos, financiación y logística.⁷⁴

73. Estudio realizado por Pimentel R, Lara L, y Martínez Aragón sobre Impacto del cambio en la política de uso de soluciones parentales sobre las bacteriemias por *Klebsiella* y mortalidad neonatal en una unidad de cuidados intensivos neonatales en hospital maternidad de referencia nacional, 2003, demuestra que cambiando la política de suministro y

manejo de soluciones parentales en la unidad se puede reducir la incidencia y la tasa de mortalidad neonatal específica por sepsis.
74. Exposición del Vice-Ministerio de Salud Colectiva en el taller sobre ODM, julio 2010.





Objetivo



MEJORAR LA SALUD
MATERNA

2.5 OBJETIVO 5: MEJORAR LA SALUD MATERNA

2.5.1 Tendencias y brechas pendientes.

Meta 5.A: Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna

Las madres dominicanas, al igual que sus niños, están sujetas a riesgos de salud mucho más altos que sus pares de la región. Si no hay un cambio profundo en las atenciones de salud y otros factores relacionados (educación, disminución de pobreza), tomará décadas cumplir la meta.

La tasa de mortalidad materna es muy alta en República Dominicana. Fue estimada en 187.6 por 100 mil nacidos vivos con datos de la ENDESA de 1991, y en 229.3 con la ENDESA de 1996. A partir de este año se registra un descenso, y en 2007 fue estimada en 159⁷⁶, tasa significativamente más alta que el promedio de América Latina y el Caribe, estimada en dicho año en 130⁷⁶. Aunque las estimaciones de 1991 y 2007 muestran que se ha registrado una reducción de 15% en la tasa de mortalidad materna, la maternidad continúa siendo un riesgo alto para las mujeres dominicanas, muchas de las cuales fallecen debido a complicaciones en el embarazo, el parto o el puerperio, con frecuencia por causas evitables. Esto revela problemas importantes en la calidad de los servicios de salud, más cuando se observa que una alta proporción de las mujeres recibe atención médica durante el embarazo y el parto.

Entre las principales causas de mortalidad materna que se identificaron en el primer informe nacional sobre avance de los ODM (2004) se encuentran hipertensión arterial inducida por el embarazo (toxemia), hemorragias, abortos y complicaciones del puerperio,⁷⁷ emergencias obstétricas que pueden ser resueltas con adecuada calidad de atención. De acuerdo al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, la toxemia causó el 30% de la mortalidad materna en el año 1998, proporción que fue de 24% en 2009 (Anexo 9). En el período 1999-2007, las

hemorragias durante y después del embarazo explicaron entre el 10% y el 20% de las muertes maternas; las complicaciones del puerperio del 10% al 17% y los abortos del 7% al 10%.

En vista de que la mortalidad materna ha disminuido a un ritmo muy lento y todavía persisten los principales problemas asociados a la salud de las embarazadas, no se logrará la meta de reducir en 75% la tasa de mortalidad que existía a inicio de la década pasada, es decir, una mortalidad no mayor de 46.9 por 100 mil en 2015.

Si continuara la tendencia de largo plazo (1991-2007), en 2015 la tasa de mortalidad materna sería de aproximadamente 141 (Gráfico 24). Para lograr la meta de 47 por 100 mil, se requeriría que en los 8 años comprendidos de 2007 a 2015 la mortalidad materna se redujese a un ritmo anual promedio de 14.2%, lo cual no es previsible, sobre todo si se toma en cuenta que a partir de 1991, la disminución anual se ha dado a un ritmo promedio de apenas 1%; y en el período de mayor reducción, de 1996 a 2007, la disminución anual fue de sólo 3.3%.

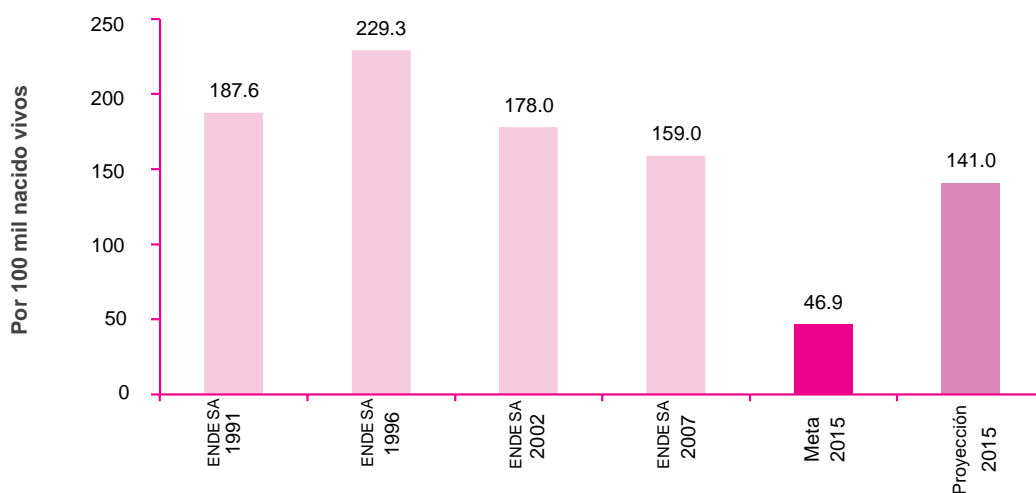
75. Las tasas registradas por el Ministerio de Salud son inferiores (menos de la mitad) a las reportadas por ENDESA (ver anexo 9).

76. Los países de la región lograron, en promedio, reducir la tasa de mortalidad materna en 28% en el período 1990-2005 (de 180 a 130). En el conjunto de las regiones en desarrollo la tasa de mortalidad materna es extremadamente elevada, 450 por cada 100 mil nacidos vivos en 2005, mientras en las regiones desarrolladas el promedio en el referido año fue de solo 9 por cada 100 mil.

77. También se afirma que otro factor de riesgo es la alta proporción de cesáreas que se practican en el país. Se asocia la frecuencia de dicho procedimiento con el nivel de instrucción de las mujeres: se aplica en el 50% de las mujeres con instrucción universitaria y en el 20% de las mujeres sin instrucción o solamente con estudios primarios.

Gráfico 24

Tasa de mortalidad materna. 1991-2007 y proyección 2015



Fuente: Encuesta Nacional Demográfica y de Salud. (ENDESA)

Tanto en el informe nacional de 2004, como en el reporte del Banco Mundial (2009) y el reciente informe del PNUD y el Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo a que se ha hecho referencia anteriormente, se llegó a la conclusión de que la Meta 5.A no se logrará. El COPDES (2008) también reportó como poco probable alcanzar dicha meta⁷⁸. En realidad, se requeriría un gran esfuerzo, en términos de la implementación de políticas eficaces y un mayor volumen de recursos, para mejorar sustancialmente la salud materna y acelerar la reducción de la mortalidad asociada al embarazo, el parto y el puerperio. De continuar la tendencia histórica, para alcanzar la Meta 5.A se necesitarían más de tres décadas a partir de 2010. La END tiene como meta modificar dicha tendencia y lograr una mortalidad materna en el año 2020 de 72 por 100 mil nacidos vivos y de 31 por mil en 2030.

Se necesita una mayor participación directa de personal sanitario especializado en las labores de parto.

La mortalidad materna se mantiene elevada a pesar de que una alta proporción de los partos son atendidos en centros de salud y por personal especializado, al igual que el control prenatal. Según datos de ENDESA, en 1991 el 92% de los partos fue atendido por personal especializado y en establecimientos de salud públicos y privados,

proporción que aumentó a 95% en 1996 y cerca de 98% en 2002 y 2007 (Gráfico 25).⁷⁹ Entre el 72% y el 80% de los partos son atendidos en establecimientos públicos (Cuadro 2)

Según los reportes de auditoría médica del Ministerio de Salud sobre los casos de muertes maternas reportados al sistema de vigilancia desde 1998, se evidencia que el 80% de las muertes pudieron ser evitadas; y que en su mayoría la evitabilidad fue atribuida a la asistencia médica y hospitalaria. Se considera que la atención que reciben las mujeres embarazadas en los centros hospitalarios no es la adecuada por incumplimiento de las normas de calidad, junto al ausentismo del personal que debe estar presente en las labores de parto, que con frecuencia delega sus responsabilidades en personal no especializado, sin la formación necesaria (auxiliares, estudiantes internos y personal médico pasante o residente).⁸⁰

Es necesario mejorar el seguimiento a la aplicación de las normas sobre atención de la salud materna por

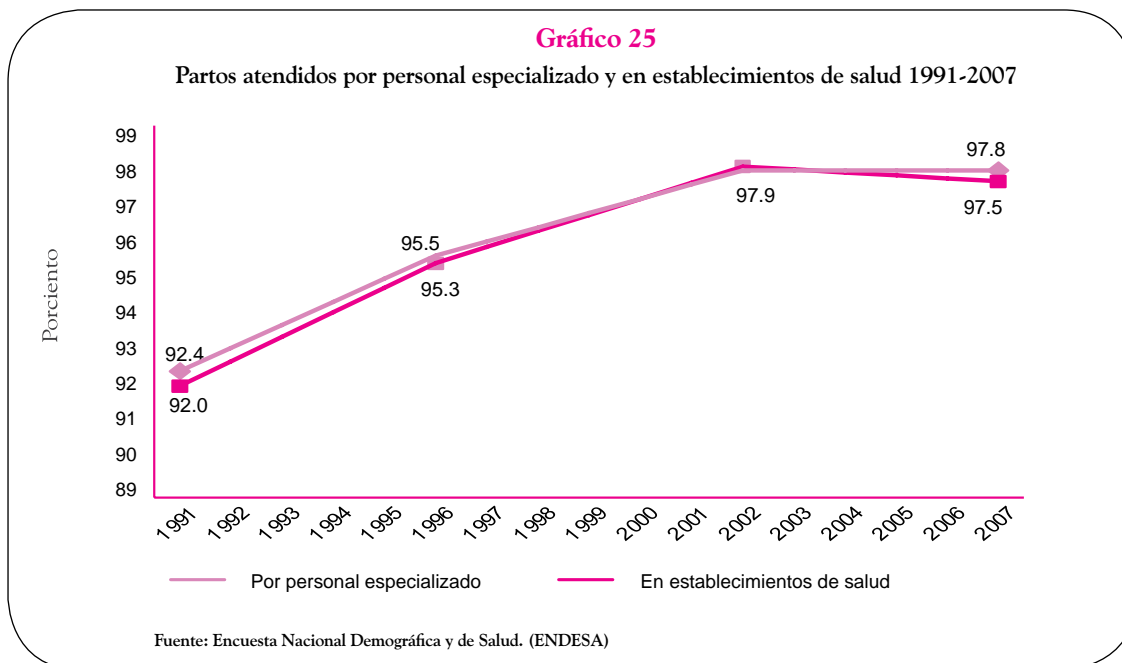
78. Los citados reportes tomaron como referencia el año 1996, con una tasa de mortalidad materna de 229 por 100 mil (meta de 57 por 100 mil), en lugar del año 1991 utilizado en este informe, en el cual se registró tasa de mortalidad de 188 por mil (meta 47 por 100 mil)

79. ENHOGAR 2006 estimó los partos atendidos por personal especializado en 96.7% y en establecimientos de salud 95.3%.

80. Informe nacional sobre ODM (2004).

parte del personal médico, toda vez que con el nivel de cobertura de control prenatal y asistencia al parto por personal especializado existente en el país, la mortalidad materna debió haber experimentado una reducción mucho mayor en los últimos años. El primer informe

nacional sobre los ODM, al referirse a este asunto señaló que “la relación positiva que se establece a nivel regional entre aumento de la atención prenatal y de los partos institucionalizados con la disminución de la mortalidad materna, no se verifica en República Dominicana”.



Cuadro 2
Porcentaje de partos atendidos en establecimientos de salud, según tipo de establecimiento. 1991-2006.

Año	Total	Público	Privado
1991	92.0 ^a	63.9 ^a	28.1 ^a
1996	95.3 ^a	70.8 ^a	24.5 ^a
2002	97.9 ^a	76.4 ^a	21.5 ^a
2006	95.3 ^b	69.9 ^b	25.3 ^b
2007	97.5 ^a	77.2 ^a	20.3 ^a

Fuente: a) ENDESA y b) ENHOGAR

Meta 5.B: Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva

La tasa de uso de anticonceptivos por parte de las mujeres dominicanas ha aumentado. Su nivel actual es similar al promedio regional.

Según ENDESA, en el año 1991, el 56.4% de las mujeres unidas usaba anticonceptivos, proporción que

aumentó en cada una de las mediciones de los años subsiguientes, hasta alcanzar 72.9% en 2007 (Gráfico 26)⁸¹. En dicho año, el 70% de las mujeres unidas

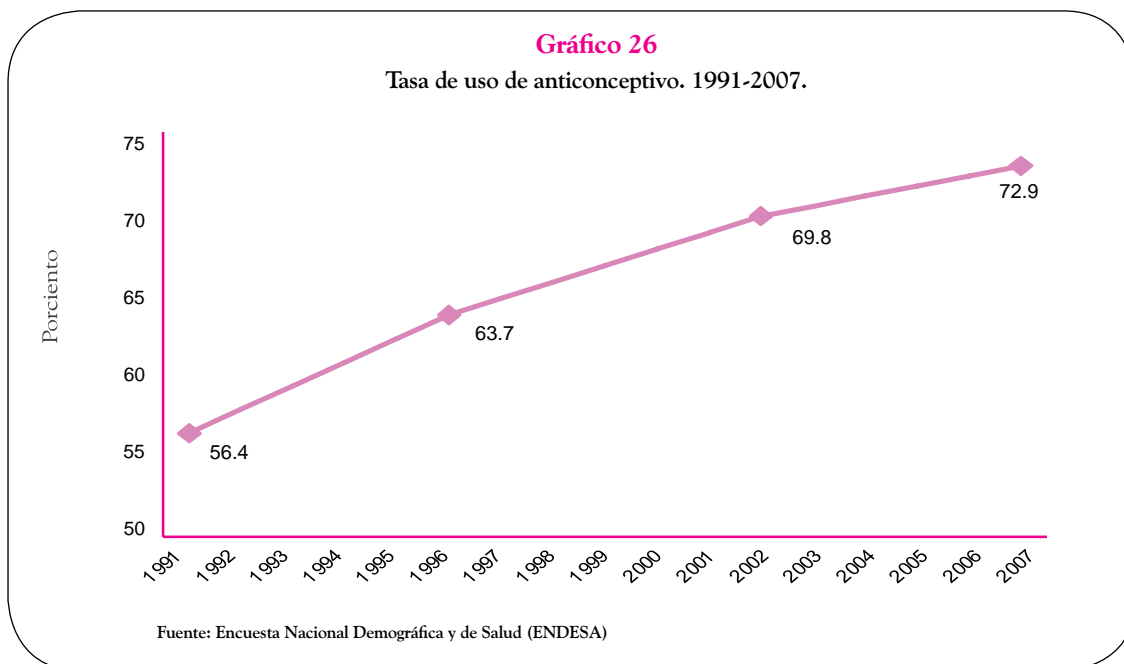
81. Otras mediciones arrojan resultados del orden de magnitud reportado por ENDESA. La UNESCO, mediante la encuesta MICS, estimó la tasa de uso de anticonceptivos de las mujeres en 64.7% para el año 2000 y la ONE, mediante la encuesta ENHOGAR, en 61.3% para el año 2006.

utilizaba algún tipo de anticonceptivo moderno, siendo el predominante la esterilización femenina (47%), seguido de la píldora (13.4%), las inyecciones (4.2%) y condón 1.9%. Entre las mujeres no unidas y sexualmente activas, el 57.3% utiliza métodos anticonceptivos modernos; en este grupo el uso del condón en los hombres es mucho mayor (14.6%) que en las mujeres unidas (14.6%).⁸²

La tasa de uso de anticonceptivos en el país es similar al promedio de América Latina y el Caribe, estimada en 62%

en el año 1990 y en 72% en el 2005, según el reporte sobre los ODM de Naciones Unidas correspondiente al año 2009.⁸³

Una mayor divulgación de información completa sobre los métodos anticonceptivos y preventivos a nivel colectivo y más servicios de orientación directa a las actuales y potenciales usuarias de anticonceptivos contribuiría a incrementar su uso y, consecuentemente, a mejorar su eficacia en la preservación de la salud sexual y reproductiva de la mujer.



La natalidad entre las adolescentes dominicanas es muy alta. Supera por mucho el promedio regional y mundial y se reduce muy lentamente.

El embarazo en adolescentes es otro factor que contribuye a la elevada mortalidad materna existente en el país. El embarazo en edad muy temprana representa un riesgo mucho mayor tanto para la madre como para el hijo. De acuerdo a Naciones Unidas,⁸⁴ las embarazadas menores de 15 años tienen 5 veces más posibilidades de morir durante el parto que las mujeres entre 20 y 30 años, y el riesgo de morir de un recién nacido en su primer año de vida es un 60% mayor cuando la madre es menor de 18 años que cuando ésta es mayor.

La tasa de natalidad en adolescentes (tasa específica de fecundidad) en República Dominicana ha variado

poco en los últimos años; pasó de 114 por mil en 1990 a 109 por mil en 2005 (Gráfico 27); son tasas muy superiores al promedio regional. Sobre el particular, es importante resaltar que en América Latina y el Caribe, el número de nacimientos por cada 1,000 mujeres entre 15-19 años pasó de 77 en 1990 a 72 en 2005, y en el conjunto de regiones en desarrollo de 67 a 53, respectivamente.⁸⁵

82. ODH. Política Social: Capacidades y Derechos Vol. I. pág. 232.

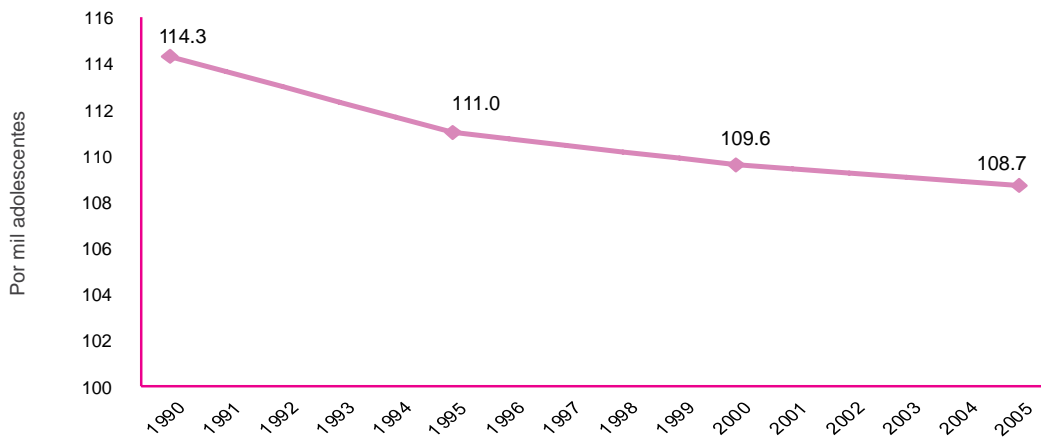
83. De acuerdo a esta fuente, en la totalidad de las regiones en desarrollo, la tasa de uso de anticonceptivos era de 50% en 1990 y 62% en 2005, mientras que el promedio en las regiones desarrolladas era de 67% en ambos años.

84. Reporte 2009 sobre los ODM.

85. En las regiones desarrolladas la tasa era 35 en el 1990 y 22 en el 2005 (Naciones Unidas. Reporte ODM 2009).

Gráfico 27

Tasa de natalidad en adolescentes. 1990-2005.



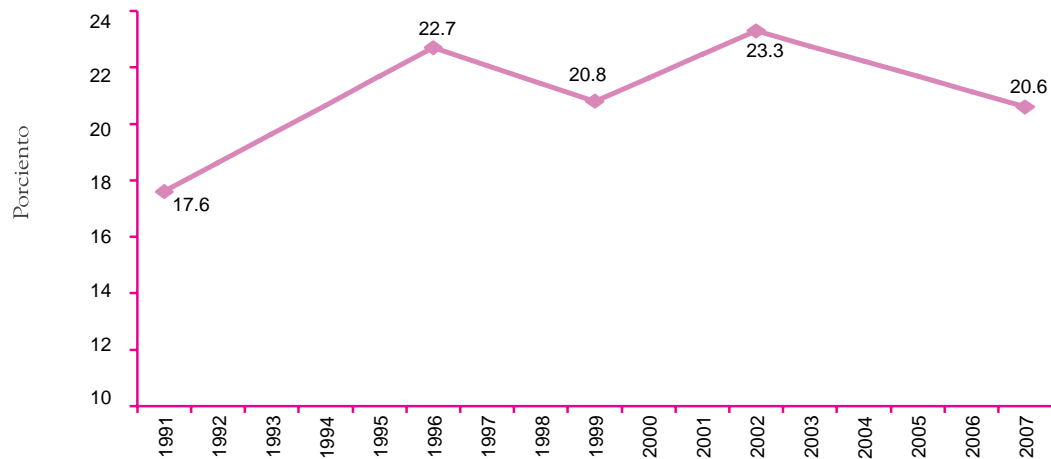
Fuente: Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo
(Datos quinquenales a partir de proyecciones de población de la ONE)

La tasa de embarazo en las adolescentes es elevada. Las informaciones disponibles indican que alrededor de la quinta parte de las mujeres de 15-19 años eran madres o estaban embarazadas

en el período 1991-2007. De acuerdo a ENDESA, dicha proporción era 17.6% en 1991 y 20.6% en 2007 (Gráfico 28). Además de los riesgos de salud señalados anteriormente, estos embarazos, la mayoría

Gráfico 28

Mujeres de 15-19 años madres o embarazadas. 1991-2007



Fuente: Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo
(Datos quinquenales a partir de las proyecciones de población de la ONE)

no planeados, tienen implicaciones en la situación económica, debido a que muchas veces provocan que las adolescentes abandonen sus estudios para atender a sus descendientes o porque no son aceptadas en

los centros educativos, perpetuando la pobreza y las privaciones de la familia.⁸⁶

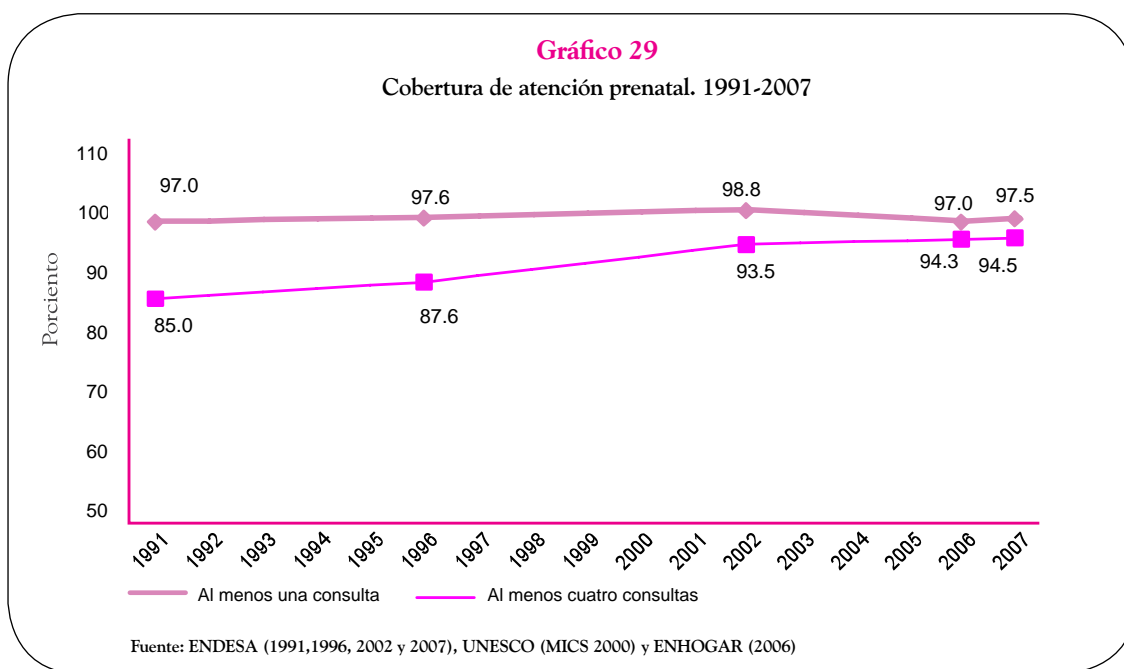
1. COPDES (2008).

La alta cobertura de atención prenatal contrasta con la elevada mortalidad materna. Otro indicador de la urgencia de mejorar la calidad del servicio.

Todas las informaciones disponibles muestran que un alto porcentaje de las embarazadas recibe atención prenatal de personal médico general y especializado. Como se observa en el Gráfico 29, las diferentes encuestas revelan que durante el período 1991-2007 cerca del 98% de las embarazadas recibió al menos una consulta, mientras que la proporción que recibió al menos cuatro consultas aumentó de 85% en 1991 a 94.5% en 2007.

Estas cifras colocan al país en una buena posición dentro del contexto regional, ya que en América Latina y el Caribe se estima que la cobertura de atención por personal sanitario especializado a las mujeres embarazadas entre 15-49 años por personal sanitario especializado fue de un promedio de 83% para el período 2003-2008.⁸⁷

Este nivel de cobertura contrasta con las altas tasas de mortalidad materna registradas en el país y, como ya se ha señalado, esto estaría revelando serias deficiencias y falta de calidad de los servicios médicos que reciben las embarazadas.



Necesidades insatisfechas en materia de planificación de la familia

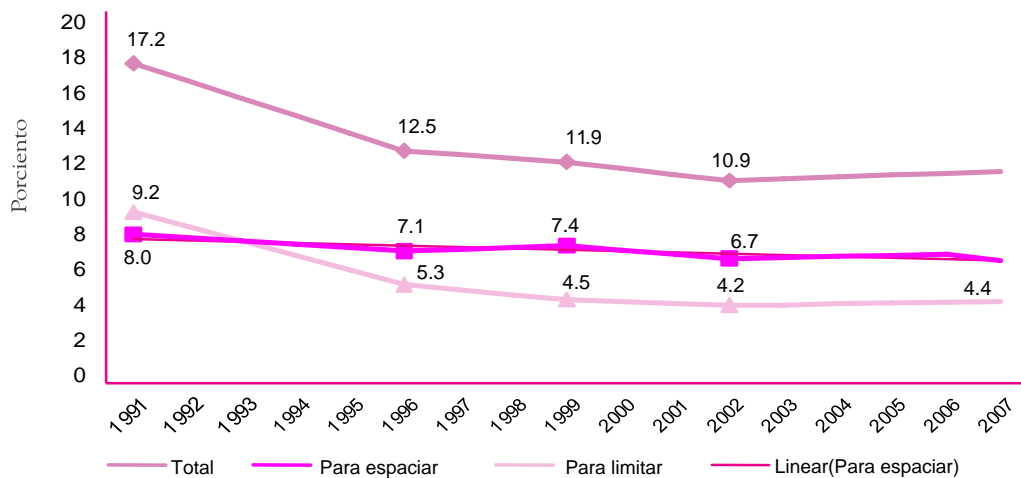
En 2007, el 11.4% de las mujeres tenía necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar, similar a la proporción estimada en mediciones inmediatamente anteriores, con excepción del año 1991, cuando el 17.2% de las mujeres que demandaban algún método de planificación familiar no habían satisfecho dicha demanda. La encuesta ENDESA revela que la mayor parte de las necesidades de planificación familiar

insatisfechas se relaciona con el espaciamiento de los hijos (Gráfico 30).

87. En las regiones en desarrollo dicha proporción fue estimada para dicho período en solo 47%. (Naciones Unidas, Reporte sobre los ODM, 2009).

Gráfico 30

Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar. 1991-2007



Fuente: Encuesta Nacional Demográfica y de Salud. (ENDESA)

Si bien las necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar afectan, en promedio, al 11% de las mujeres en edad reproductiva, es necesario destacar que para el grupo de población de mujeres entre 15-19 años, las necesidades insatisfechas en la materia ascienden al 28%, lo que contribuye a explicar las altas tasas de natalidad en adolescentes. Entre mujeres adolescentes sexualmente activas de 15 a 19 años, sólo el 30% reportó haber utilizado un método anticonceptivo.

2.5.2 Intervenciones necesarias. Buenas prácticas para avanzar hacia el ODM 5.

Para acelerar la disminución de la mortalidad materna y el avance hacia el acceso a la salud reproductiva para todas las mujeres, además del necesario fortalecimiento integral de las políticas y programas de salud pública y la superación del permanente problema de la insuficiente disponibilidad de recursos financieros.⁸⁸ se requieren, entre otras, acciones como las siguientes:

1. Mejorar la calidad de la atención obstétrica en base al monitoreo del cumplimiento de los estándares establecidos en las normas de atención materna y perinatal, y de las guías clínicas para el manejo de las principales causas de mortalidad y morbilidad grave en embarazadas.

2. Asegurar que haya más servicio presencial de médicos calificados, en capacidad de utilizar de manera oportuna y eficaz los procedimientos requeridos.
3. Aumentar la vigilancia efectiva de muertes maternas y el uso de la información por los prestadores de servicios.
4. Hacer más funcionales los comités de vigilancia de los hospitales.
5. Mejorar el registro sobre las causas de mortalidad.
6. Fortalecer la aplicación de las normas de atención de la transmisión vertical del VIH/SIDA.
7. Prestar mayor atención a la reducción de la desnutrición en mujeres embarazadas y al monitoreo de los nacidos vivos con bajo peso. Ampliación de los servicios de salud reproductiva.
8. Reforzar el suministro de calcio a las embarazadas y promover su uso como profilaxis para la Toxemia.

88. En la END se propone aumentar el gasto público en salud a 4% del PIB en los próximos 10 años, lo que equivale a duplicar el nivel actual.

9. En vista de la reducción que se observa desde 2004 en la proporción de muertes maternas a causa de hemorragias, es necesario mantener y ampliar la cobertura de la práctica de manejo activo con oxitoxina en el tercer período del parto.
10. Mayor divulgación de información completa sobre los métodos anticonceptivos y preventivos a nivel colectivo y más servicios de orientación directa a las actuales y potenciales usuarias de anticonceptivos.
11. Reforzar el programa de Educación Afectivo-Sexual que lleva a cabo el Ministerio de Educación con la incorporación de un enfoque de habilidades para la vida, así como su inserción en el currículo escolar desde el nivel inicial.



DO NOT USE TOXIC, EXPLOSIVE OR FLAMMABLE SUBSTANCES IN THE CABINET

USE ONLY GLOVES



Objetivo



6

COMBATIR EL VIH/SIDA,
EL PALUDISMO Y OTRAS
ENFERMEDADES

2.6 OBJETIVO 6. COMBATIR EL VIH/SIDA, LA MALARIA Y OTRAS ENFERMEDADES

2.6.1 Tendencias y brechas pendientes.

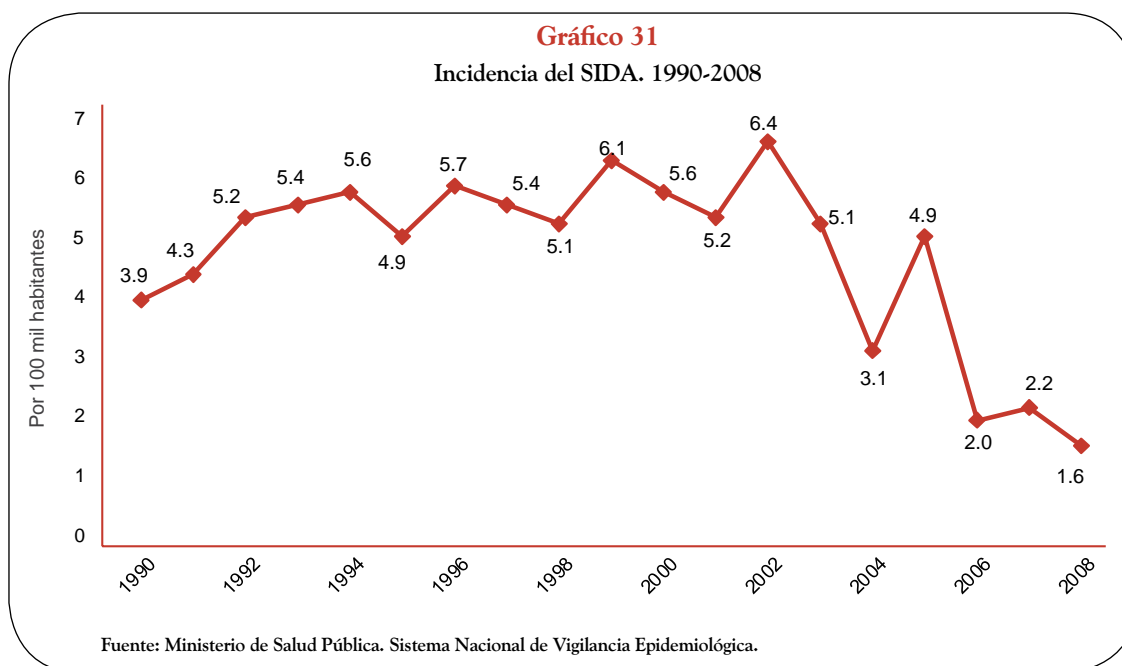
Meta 6.A: Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA en 2015

La prevalencia del VIH/SIDA es menor entre las personas jóvenes que entre las adultas. Para el cumplimiento de la meta es necesario mantener una activa política de prevención y atención de la población en riesgo.

En República Dominicana se detectó el primer caso de infección del VIH y la enfermedad del SIDA en el año 1983. Para 2008 se había registrado un total acumulado de 19,500 personas viviendo con el virus; mientras que

las estimaciones para el 2009 registran que en el país vive un total de 57,260 personas con VIH/SIDA. De éstas, 48,550 son personas de 15-49 años, para una prevalencia estimada de 0.85%.⁸⁹

De acuerdo a informaciones del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, la incidencia del VIH se ha mantenido relativamente estable en el período 1990-2005⁹⁰, con un promedio de 5.1 por 100 mil habitantes. Los datos muestran que de 2006 a 2008 la incidencia



ha bajado a un promedio de alrededor de 2 por 100 mil habitantes, tasa que representa alrededor del 40% del promedio de incidencia de los 16 años anteriores (Gráfico 31).

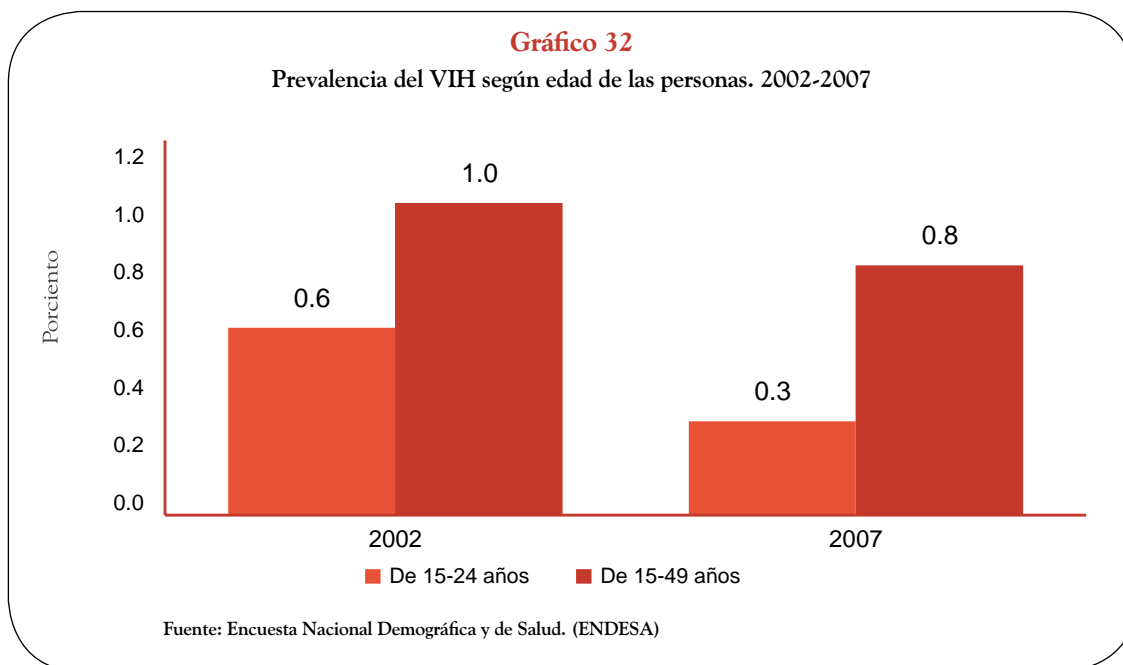
89. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Exposición en taller sobre ODM 6, julio 2010).

90. En el reporte COPDES (2008) se afirma que "según la información obtenida de 16 años de encuesta la prevalencia del VIH en nuestro país presenta una tendencia a la estabilización".

Según la encuesta ENDESA, en la población joven, de 15-24 años, la prevalencia del VIH era 0.6% en 2002 y 0.3% en 2007, mientras que el promedio registrado en total de personas de 15-49 años fue de 1.0% y 0.8% respectivamente (Gráfico 32).⁹¹

El Ministerio de Salud, también sobre la base de ENDESA 2007, afirma que la prevalencia del VIH aumenta desde 0.1% en el grupo de 15 a 19 años

hasta 1.4% en el grupo de 30-34 años, a partir del cual empieza a descender. Los niveles de prevalencia más elevados se observan en las mujeres de años 30-34, con 1.4%.⁹² Los datos del cuadro 3 muestran que, en relación a los varones, la prevalencia es mayor tanto en las jóvenes de 15-19 años, como en las de 20-24 años. Aparentemente, las mujeres están mucho más expuestas a la enfermedad que los hombres.⁹³



Cuadro 3
Prevalencia del VIH entre personas jóvenes por rango de edad y sexo.
2002 y 2007. (%)

Sexo	2002		2007	
	15-19 años	20-24 años	15-19 años	20-24 años
Mujer	0.4	1.1	0.2	0.7
Hombre	0.3	0.6	0.1	0.4

Fuente: Endesa 2002, 2007 (Elaborado con información presentada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en taller sobre ODM 6, julio 2010)

91. La disminución de 0.2 punto porcentuales en la prevalencia de VIH en el referido quinquenio no significa una reducción de la incidencia de la enfermedad. Respecto a los datos de incidencia, hay que considerar que los casos registrados no representan la totalidad, ya que hay muchas personas afectadas que no llegan a los centros de salud. Para afirmar que está bajando la epidemia habría que registrar los casos de incidencia de VIH y compararlos con los casos proyectados.
92. De acuerdo al Ministerio (Exposición taller sobre ODM 6), datos obtenidos en 21 puestos centinelas indican que la prevalencia estimada en embarazadas de 15 a 49 años de edad oscila entre un mínimo de 0.32% y un máximo de 8.84%, para una mediana de 1.53%, y se observa

- una tendencia a la disminución de la infección VIH en las embarazadas en 2007. Según datos de dicho año, el patrón de transmisión predominante en el país es el sexual, con predominio masculino (62.1%) sobre el femenino (37.6%).
93. No siempre es correcto el uso de este tipo de información para señalar que la epidemia está aumentando en las mujeres. Hay que tomar en consideración que las mujeres embarazadas son sometidas a pruebas de VIH, lo que hace aumentar los casos encontrados, a diferencia de los hombres que no tienen disponibles servicios específicos de detección de la enfermedad.

El informe nacional publicado por ONUSIDA en marzo de 2010 señala que la prevalencia de VIH es de 1.1%.⁹⁴ Respecto a la prevalencia en los grupos más vulnerables, el informe indica que en las trabajadoras sexuales se estima en 4.8% y en el grupo GTH⁹⁵ en 11%.

En cuanto a los programas de prevención, de acuerdo a la Encuesta de Vigilancia del Comportamiento con Vinculación Serológica en Poblaciones Vulnerables, en 2008 el 19.6% de la población general se sometió a prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados, mientras que en las trabajadoras sexuales la proporción fue de 67% y de 32.9% en el grupo GTH.

Las informaciones disponibles no son suficientes para hacer proyecciones dentro de un rango razonable de confiabilidad. Sin embargo, la comparación de las dos mediciones de ENDESA durante el quinquenio 2002-2007 indica que la prevalencia del VIH/SIDA tiende a disminuir en la población de 15-24 años, tanto en la femenina como en la masculina.⁹⁶ No se ha registrado aumento en la prevalencia de la enfermedad, lo que permite afirmar que, en cuanto a este indicador, se ha detenido el avance del VIH/SIDA, pero no existe suficiente base estadística para señalar que ha disminuido la prevalencia

De acuerdo al Ministerio de Salud Pública,⁹⁷ el país realiza encuestas serológicas de la infección por VIH desde el año 1991, “con el objetivo de conocer la tendencia de la prevalencia del VIH en grupos específicos captados en puestos centinela ubicados en diferentes unidades de espacios poblacionales.”⁹⁸ Desde entonces se han realizado en el país 18 encuestas de seroprevalencia de la infección por VIH de manera sistemática y continua, y desde el año 2004 se incluye la hepatitis B y sífilis. Los grupos de población cubiertos por las encuestas corresponden a embarazadas, trabajadoras sexuales, personas que demandan atención especializada por una ITS.⁹⁹

Aumenta el uso de preservativos frente a relaciones sexuales riesgosas, tanto por parte de las mujeres como de los hombres.

La protección en las relaciones sexuales de alto riesgo¹⁰⁰ ha aumentado en el quinquenio 2002-2007. Los datos de ENDESA muestran que el uso de preservativos en la última relación de alto riesgo aumentó de 35.2% a 62.3%, es decir, una variación de 77% en el período (Gráfico 33).¹⁰¹ Las mujeres, que están más expuestas que los hombres a la infección por el VIH, aumentaron el uso de preservativos de 28.8% en 2002 a 43.9% en 2007 (variación de 52%), mientras que en los hombres el aumento fue de 52.2% a 70% (variación de 34%).

94. Según el UNAIDS Global Report 2008, de 25 países de América Latina y el Caribe, en el 2007 habían 17 países con una proporción de adultos de 15-49 años con VIH inferior a República Dominicana, encabezados por Cuba (0.1%) y Nicaragua (0.2%). Las más altas tasas las registraban Bahamas (3%) y Guyana (2.4%).

95. Gay, Trans y otros hombres que tienen sexo con hombres.

96. Sobre la base del análisis de tendencia de la prevalencia, el informe Política Social: Capacidades y derechos, Vol. I, p. 240, afirma que “la tendencia es descendente independiente del valor de referencia utilizado, lo que indica que la meta se cumple”

97. Exposición en taller sobre ODM 6, julio 2010.

98. Según el Informe ODM. República Dominicana. 2004, la Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS) produce estadísticas bastante útiles sobre el VIH/SIDA, por edad, sexo, vía de transmisión y ubicación geográfica de los casos, sin embargo, “tienen un importante subregistro por motivo del silencio que guardan las personas infectadas para evitar la estigmatización social”.

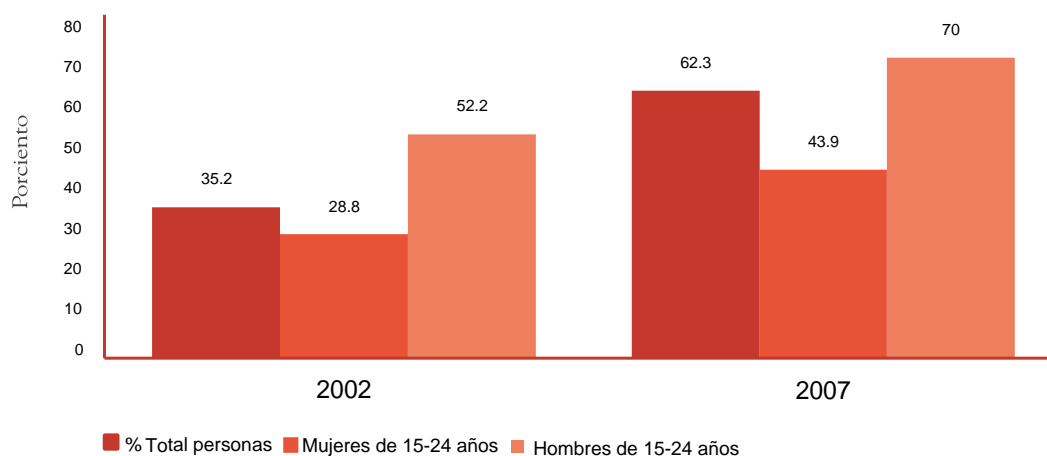
99. Infección de Transmisión Sexual.

100. En los indicadores para el seguimiento de los ODM del grupo de Naciones Unidas para el Desarrollo, para los fines de este indicador, se considera como relación sexual de alto riesgo la que tiene lugar con una pareja sexual no habitual. En ENDESA se refiere a las personas que tuvieron relación con más de una pareja.

101. ONUSIDA (Informe Nacional de Progreso 2010) reporta que para el 2008 se estimó que el 80.8% de las trabajadoras sexuales y el 43.8% de los GHT usó preservativo con su último cliente.

Gráfico 33

Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo (%)
2002 y 2007



Fuente: Encuesta Nacional Demográfica y de Salud. (ENDESA)

Las personas tienen una conducta diferenciada sobre el uso de preservativo según la edad. El cuadro 4 muestra que las personas más jóvenes tienden a utilizar más el preservativo que las más adultas, tanto en el caso de los hombres como en las mujeres. En cada una de

las dos mediciones de ENDESA se registra un uso de preservativos por parte de los hombres mucho mayor que las mujeres en todos los rangos de edad. En el caso de los hombres, la encuesta de 2007 muestra que existe poca diferencia en la tasa de uso según los rangos de edad.

Cuadro 4
Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo,
por rango de edad y sexo. 2002 y 2007. (%)

Edad (años)	2002		2007	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
15-19	10.6	46.9	46.3	71.4
20-24	9.3	35.8	42.1	68.9
25-39	6.8	22.4	42.9	68.1
30-39	4.5	13.2	36.9	69.0
40-49	2.5	9.1	21.0	64.8

Fuente: Endesa 2002, 2007 (Datos presentados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en taller sobre ODM 6, julio 2010)

Cabe indicar que el porcentaje de uso de preservativos dentro de la tasa de uso de anticonceptivos es en el país una de las más bajas de América Latina y el Caribe.¹⁰² Los datos de ENDESA muestran que dicho indicador era 1.2% en 1991 y 1.9% en 2007 (Anexo 10). Después de República Dominicana, los países de la región de menor tasa de uso de preservativos entre las mujeres son El Salvador (4.3%), Nicaragua (4.8%) y Venezuela (4.8%), y los que registran

mayor tasa son Jamaica (25.8%) y Trinidad y Tobago (30.6%).¹⁰³

102. Indicador definido como "el número de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que viven en unión marital o consensual y practican métodos anticonceptivos mediante la utilización de preservativos en proporción de todas las mujeres del mismo grupo de edad en uniones consensuales que utilizan, o cuya pareja sexual utiliza, algún método anticonceptivo" (Naciones Unidas. Indicadores para el seguimiento de los ODM).

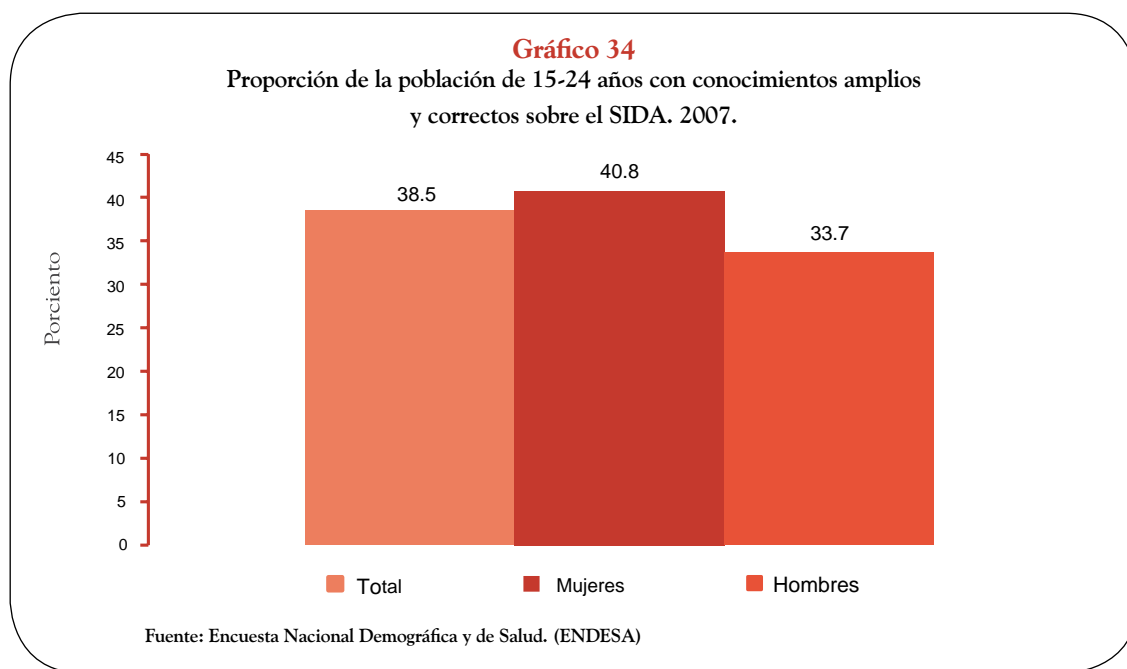
103. COPDES (2008), sobre la base de datos de UNSTAT del período 1996-2007.

Los jóvenes de ambos sexos tienen un conocimiento muy escaso sobre la transmisión y prevención del VIH/SIDA

Según muestra el Gráfico 34, el conocimiento de la población¹⁰⁴ de 15 a 24 años sobre el VIH/SIDA es bajo. Se estima que en 2007 sólo el 38.5% de la población tenía conocimiento integral sobre las vías de transmisión del VIH, proporción mayor en las mujeres (40.8%) que en los hombres (33.7%).

El bajo nivel de conocimiento de las personas jóvenes sobre la transmisión y prevención del VIH,

aumenta los riesgos de este segmento poblacional a contraer la enfermedad. A los fines de reducir los riesgos individuales y colectivos al VIH es de vital importancia que la ciudadanía disponga de información básica sobre las formas de infección y cómo evitar la misma. Los datos anteriores, además de reflejar el bajo nivel educativo que en general tiene la población dominicana, muestra la necesidad de ampliar los programas de divulgación sobre la enfermedad, tanto a nivel de los medios masivos de información como en los centros escolares y otros espacios.



Cabe destacar que la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA propuso como meta que para 2010 un 95% de la población tuviera conocimiento amplio sobre el VIH.¹⁰⁵ Al igual que en República Dominicana, el conocimiento integral y correcto acerca de la transmisión y formas de prevención del VIH sigue siendo muy bajo en los países en desarrollo, en los cuales el promedio se estima en cerca del 31% en los hombres jóvenes y 19% en las mujeres jóvenes (entre 15 y 24 años).

Los niños y niñas huérfanos tienen menor asistencia escolar que los no huérfanos

En cuanto al apoyo a niños y niñas huérfanos a causa del SIDA, el COPDES¹⁰⁶ reporta que en el Taller de Estimaciones de la Prevalencia del VIH 2007 se estimó una media de 39,754 niños y niñas huérfanos¹⁰⁷. Según el informe nacional de ONUSIDA de 2010, se estima que en

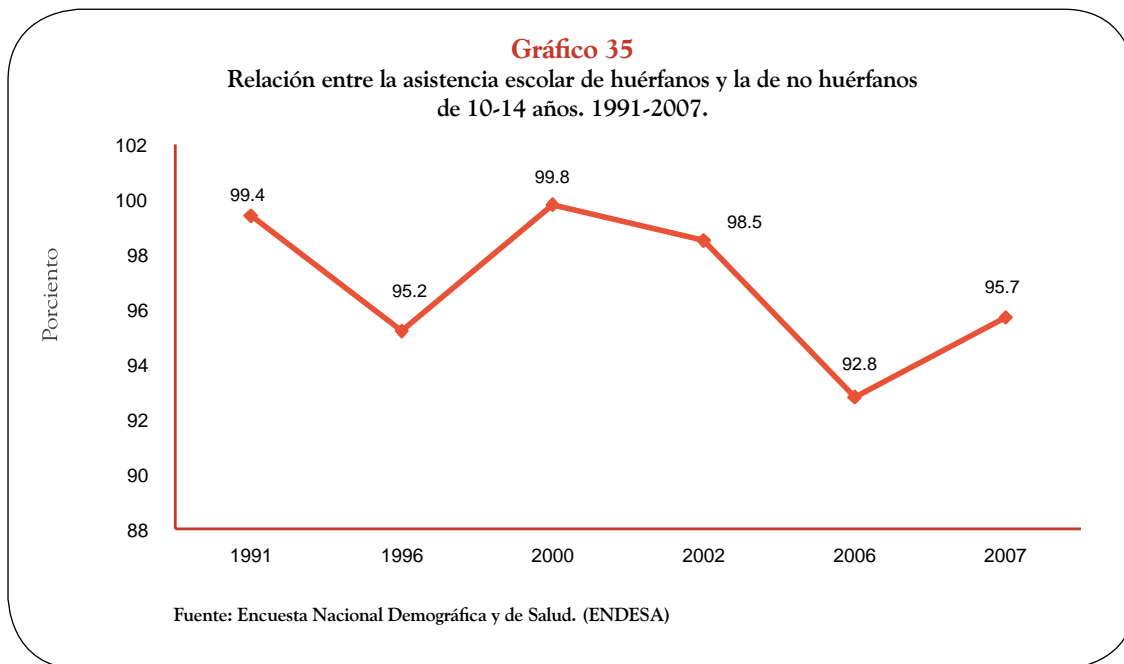
2008 el 37.2% de los hogares de niños y niñas huérfanos y vulnerables recibió apoyo externo gratuito para atención infantil.

Aunque por razones prácticas el efecto del SIDA en los huérfanos se mide sobre la base de la relación entre niños huérfanos y no huérfanos que se encuentran en la escuela, en sentido estricto, se trata del número estimado de niños que han perdido a su madre, a su padre o a ambos como consecuencia del SIDA antes de cumplir los 15 años.¹⁰⁸

104. Se evalúa la capacidad de la población para identificar correctamente formas de transmisión o ideas equivocadas sobre factores como la fidelidad de la pareja, el uso del condón, aspecto saludable y picadura de mosquito
105. Naciones Unidas. Reporte 2009 sobre los ODM.
106. Guía para determinar el progreso hacia los ODM (2008).
107. Conforme a datos del Proyecto USAID/CONECTA, a través de ese proyecto se le había dado apoyo a 1,705 huérfanos, de los cuales la mitad son niñas.
108. Naciones Unidas, 2006. Indicadores para el seguimiento de los ODM.

Según datos de ENDESA correspondientes al período 1991-2007, los niños y niñas huérfanos asisten a la escuela en una proporción promedio de 97%. Es decir, las asistencia escolar de los niños y niñas que han

perdido por lo menos uno de sus padres ha sido 3 puntos porcentuales inferior al de los no huérfanos. En el 2006 se registró la mayor diferencia (7 puntos porcentuales), como muestra el Gráfico 35.



Meta 6.B: Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten

El acceso de las personas con infección avanzada de VIH a tratamiento ARV no ha aumentado al ritmo necesario para lograr la meta. Menos de la mitad de las embarazadas infectadas con VIH están recibiendo profilaxis con ARV para la reducción de la transmisión materno-infantil.

En 2006 las estimaciones nacionales reportaron que el país tenía 21,172 personas viviendo con VIH en fase avanzada de las cuales 5,001 (4,624 adultos y 377 niños) recibieron ARV de acuerdo al protocolo nacional. Para el 2007 el total de personas que recibió ARV ascendió a 8,199 (7,610 adultos y 589 niños), equivalente a una cobertura de 37.6%, superior a la cobertura de 23% registrada el año anterior.

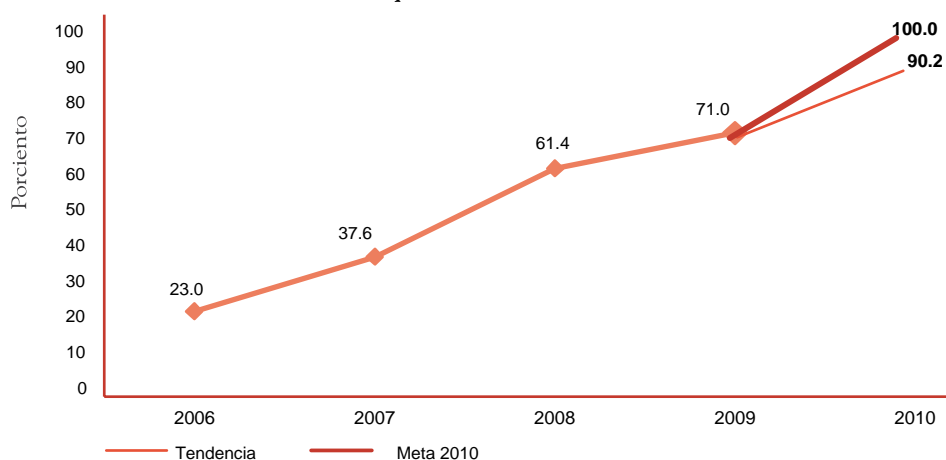
Para 2008 se estimó que habían 18,080 personas con infección VIH avanzada, de las cuales a 11,072 (61.4%) se les administró ARV, mientras que en 2009 estaban usando ARV 19,410 personas, equivalente al

71.02% del total de pacientes en la referida condición. El Ministerio de Salud estima que en 2015 alrededor de 25,600 personas infectadas por VIH estarán recibiendo ARV.¹⁰⁹

La proporción de personas con infección avanzada de VIH que recibe medicamentos ARV ha aumentado significativamente en los últimos tres años, pero es necesario ampliar el esfuerzo. De continuar la tasa promedio de incremento de la cobertura registrada en dicho período, no se cumpliría con la meta de lograr cobertura universal al finalizar 2010. Como muestra el Gráfico 36, según la tendencia observada la cobertura aumentaría a alrededor de 90%, de manera que 1 de cada 10 personas de la población que necesita medicamentos ARV se mantendría sin acceso a los mismos.

109. Información presentada por el Ministerio en taller sobre los ODM, julio 2010.

Gráfico 36
Proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que recibe medicamentos ARV

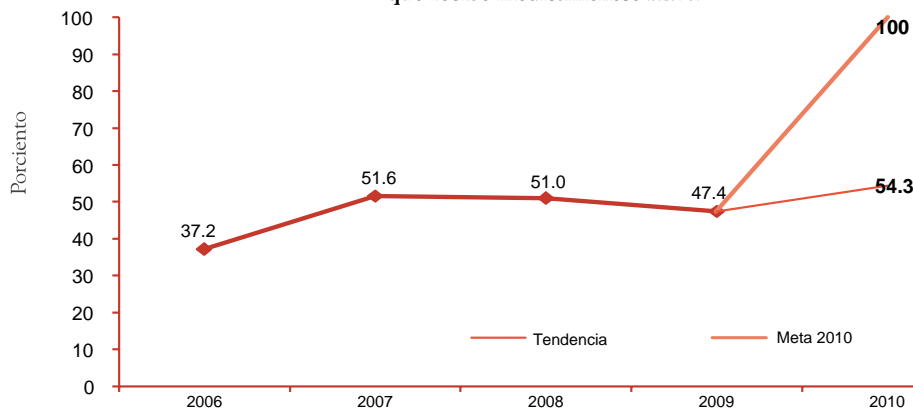


Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Taller sobre ODM 6, julio 2010)

Las embarazadas infectadas del VIH necesitan mayor atención. Se trata de una población de muy alto riesgo, ya que en cada caso de infección hay directamente por lo menos dos vidas en peligro.¹¹⁰ La proporción de la población de embarazadas con VIH¹¹¹ que recibió profilaxis con ARV en el 2006 fue 37.2% mientras que en 2009 la proporción

fue 47.4%¹¹², registrándose un descenso en este último año respecto a los dos años anteriores. Si la tendencia no varía, al concluir 2010 alrededor del 54% de las embarazadas tendría acceso a profilaxis con ARV, lo que representa una brecha de 46 puntos porcentuales respecto a la meta de cobertura total.

Gráfico 37
Proporción de la población de embarazadas portadora del VIH que recibe medicamentos ARV.



Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Taller sobre ODM 6, julio 2010)

110. Según datos de la OPS, de 21 países de América Latina y el Caribe, en 2008 la República Dominicana ocupaba el lugar número 13 en cobertura de la prueba VIH a mujeres embarazadas, con alrededor de 51%, 2 puntos porcentuales por debajo del promedio regional. Las más altas tasas la registraron Guyana y Cuba, alrededor de 95%. Por otro lado, en 2008, en el país aproximadamente la quinta parte de los hijos de embarazadas con VIH recibió prueba virológica antes de los dos meses de edad. Para Argentina se reportó una proporción de 90%, la más alta, y en Bolivia menos de 10%.

111. De acuerdo al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la población de embarazadas infectadas con VIH se estimó en 1,798 en 2006, 1649 en 2007 y 2030 en 2008 (Exposición en taller sobre ODM 6, julio 2010).

112. Estos porcentajes se refieren a la población de embarazadas portadoras de VIH, sin tomar en cuenta el grado de infección. La otra población a la que se le suministra medicamentos ARV es la portadora de VIH con infección avanzada.

Si bien es poco probable que en 2010 se logre la meta relacionada con el tratamiento de ARV a la población VIH con infección avanzada, la entrega de antirretrovirales a través del Ministerio de Salud ha representado un valioso servicio para las personas que viven con el VIH. El Ministerio señala que a partir de 2004, con la introducción de los ARV, la mortalidad por SIDA ha disminuido, aunque en el año 2009 mostró un ligero aumento. En efecto, a principios de la década de los 90 la mortalidad anual por SIDA en la población de 15-49 años era inferior a 500, cifra que se elevó a más de 3,000 a mediados de la presente década, y posteriormente se redujo a cerca de 2,100 en 2008, mientras que en 2009 se registraron aproximadamente 2,130 muertes a causa de la enfermedad.¹¹³

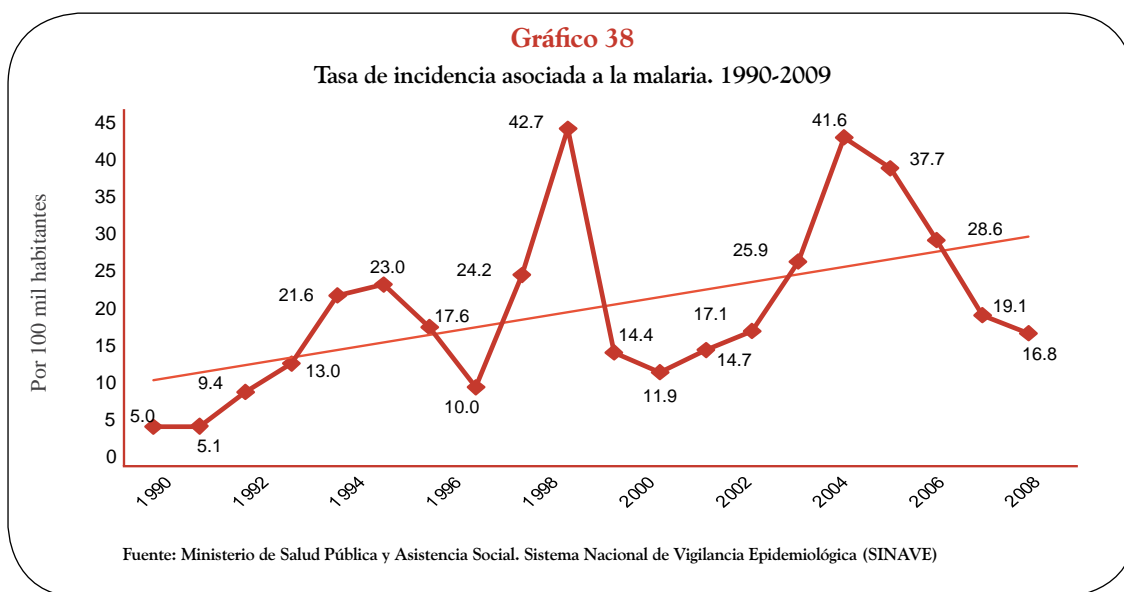
Meta 6.C: Haber detenido y comenzado a reducir, en 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves.

La incidencia de la malaria durante las dos últimas décadas muestra una tendencia a aumentar. En los últimos cuatro años ha disminuido sustancialmente en relación al año 2005. La dinámica de la transmisión de la enfermedad con recurrentes episodios de alzas requiere el sostenimiento de las intervenciones efectivas para alcanzar la meta.

La incidencia histórica de la malaria está caracterizada por períodos de baja endemicidad y períodos de brotes con el subsecuente aumento en la incidencia. En el período 1990-2009 ha fluctuado entre 5 por 100 mil habitantes (1990) y alrededor de 42 por 100 mil (en los años 1999 y 2005).¹¹⁴ En 2009, padecieron la enfermedad 16.8 personas por cada 100 mil habitantes (Gráfico 38).

El Ministerio de Salud Pública ha categorizado el riesgo de transmisión de la enfermedad en los 155 municipios del país en el año 2009. Dajabón es el único municipio categorizado de alto riesgo al presentar una tasa de 10 o más casos por cada mil habitantes. Otros seis municipios (Sabana Yegua, Tábara Arriba, Bánica, Hondo Valle, Jimaní y Castañuelas) fueron identificados como de mediano riesgo al presentar tasas entre 1 y 9.99 casos por cada mil habitantes. De igual modo se identificaron 62 municipios de bajo riesgo (incidencia menor que 1 caso por cada mil habitantes) y 82 municipios que no reportaron casos en dicho año.

La isla que comparten la República Dominicana y la República de Haití es la única del Caribe donde existe transmisión de malaria.¹¹⁵



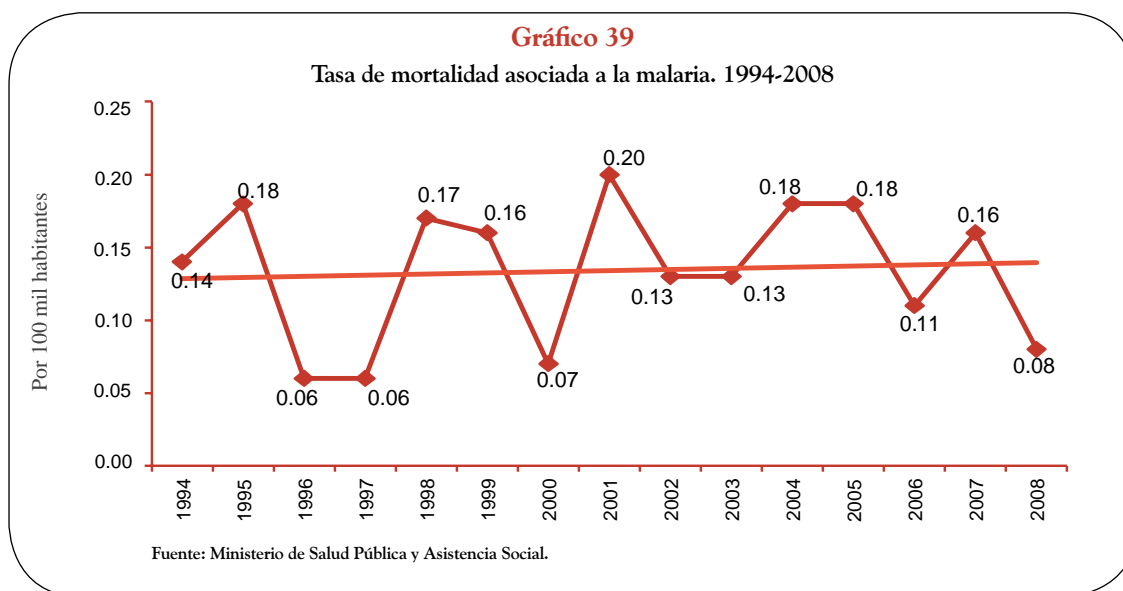
113. Exposición del Ministerio de Salud en taller sobre los ODM, julio 2010.
114. En los años 1980-1982 también se registraron tasas de incidencia extremadamente altas, superiores a las de 1999 y 2005. En 1980 se notificaron 3080 casos, 4,780 en 1981 y 4657 en 1982. En 1999 el número de casos ascendió a 3,589, en 2005 a 3837 y en 2006 3,225 (Ministerio de

Salud Pública. Taller sobre los ODM, julio 2010).
115. Base de datos de indicadores básicos en línea de la OPS disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm>

La distribución por edad y sexo de los casos indica que la malaria afecta predominantemente al sexo masculino (64%) y a los grupos etáreos entre 10 y 49 años (73.8%). La gran mayoría de los casos (75%) ocurren en la zona rural. En el primer informe nacional sobre los ODM se señaló que la transmisión de la malaria en el país está relacionada con la actividad laboral, especialmente con la agricultura y la construcción.

Respecto a la tasa de mortalidad asociada a la malaria, los datos del Ministerio revelan que la misma es muy baja y se ha mantenido relativamente estable. Durante el período 1994-2008 ha sido de un promedio de 0.13 por 100 mil habitantes, con una tasa mínima de 0.06 (1996 y 1997) y una máxima de 0.20 (2001).

La tendencia observada, tanto de la tasa de incidencia como de la tasa de mortalidad, indica que



es poco probable que se logre la meta de detener y comenzar a reducir la enfermedad en 2015.

Está en marcha una iniciativa para introducir el uso de mosquiteros impregnados de insecticida en Dajabón, municipio de alto riesgo de transmisión de malaria.

Una de las medidas utilizadas para controlar la transmisión de la malaria es el uso de mosquiteros impregnados de insecticida. El Ministerio de Salud Pública considera que el seguimiento al indicador ODM definido como el porcentaje de niños menores de 5 que duermen con este tipo de protección, no es aplicable a la realidad nacional debido que el mosquito que transmite la enfermedad (*Anopheles albimanus*) es un vector ineficiente, más zoofílico que antropofílico, cuyos hábitos hematofágicos señalan que prefiere picar de noche fuera de la vivienda.

Sin embargo, entre 2008 y 2009, por vez primera el programa nacional de control de la malaria, con el apoyo del Centro Carter, distribuyó mosquiteros

impregnados de insecticidas de larga duración en áreas priorizadas del municipio de Dajabón, único municipio de alto riesgo de transmisión de malaria en el país.

Producto de esa distribución se realizaron investigaciones entomológicas sobre la eficacia del mosquitero en ambiente de laboratorio y en la comunidad, y se condujo un estudio de casos y controles para determinar la significancia en la reducción del riesgo de enfermar en individuos y familias que usan y no usan mosquiteros impregnados.¹¹⁶

En otro orden, el Ministerio de Salud Pública reporta que provee tratamiento gratuito a todos los pacientes, incluidos los pocos menores de 5 años que sufren la enfermedad, con medicamentos antimaláricos

116. El Ministerio informó que fueron realizadas entrevistas a la población del municipio sobre la aceptación del uso de mosquiteros, cuyos resultados fueron los siguientes. El 93.8% de los entrevistados declaró que si Salud Pública les daba mosquiteros lo aceptaba y lo usaba; el 4.8% manifestó que lo aceptaba y lo guardaba y el resto declaró que lo rechazaba o dio otras respuestas.

cuya eficacia ha sido comprobada (Cloroquina y Primaquina).

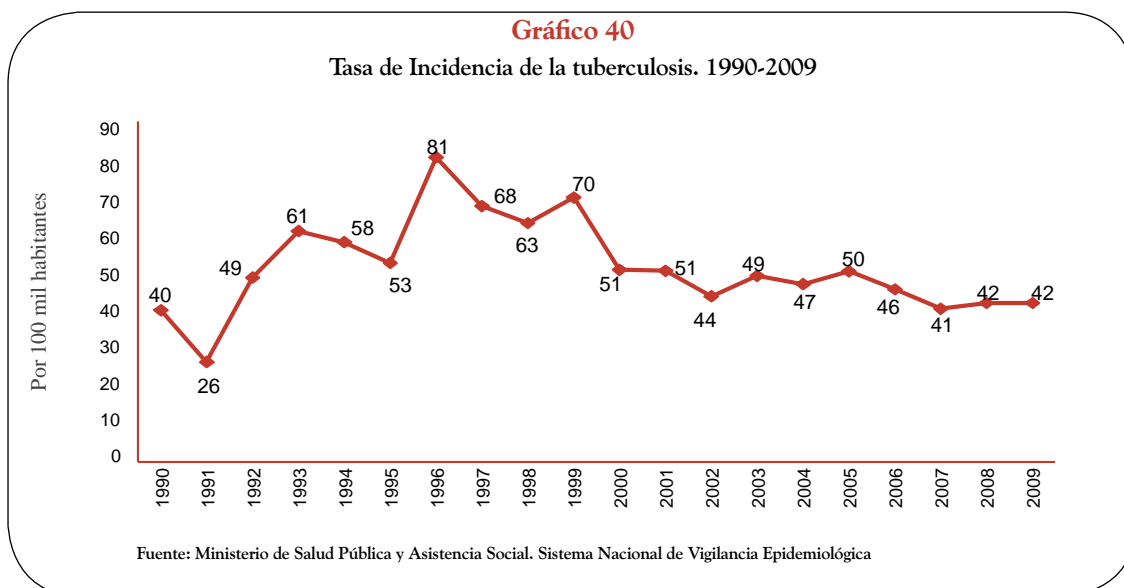
La incidencia de la tuberculosis se mantiene alta, mientras la tasa de mortalidad asociada a la enfermedad ha disminuido significativamente.

La tuberculosis tiene cura, pero aún así mata, principalmente a adultos y jóvenes en los años más productivos, y es la principal causa de muerte de las personas infectadas por el VIH. Afecta principalmente a los más vulnerables, es decir, a los más pobres y desnutridos.¹¹⁷

La tasa de incidencia de la tuberculosis en el país es elevada. En efecto, la enfermedad, en todas las formas clínicas, tuvo una tasa de incidencia de 40 por 100 mil

en el año 1990, y se elevó a 81 por 100 mil en el 1996, la más alta registrada en las dos últimas décadas (Gráfico 40). En los últimos dos años se ha mantenido en 42 por 100 mil, ligeramente superior al año de referencia (1990).

La tasa de prevalencia (casos acumulados) de la tuberculosis, en promedio, duplica la tasa de incidencia (casos nuevos). Según datos de la Organización de las Naciones Unidas,¹¹⁸ la prevalencia de la enfermedad era de 182.6 por 100 mil en el año 1990, cifra que descendió a 118.8 por 100 mil para el año 2000, y continuó disminuyendo en los años subsiguientes, alcanzado 82.4 por 100 mil en 2007. Esta última tasa supera en 47% la prevalencia de tuberculosis en América Latina y el Caribe.¹¹⁹



El comportamiento de la tasa de incidencia de la tuberculosis entre 2000 y 2009 sugiere que es posible detener y comenzar a reducir la enfermedad en 2015, si se aumentan los esfuerzos orientados a este propósito. Sin embargo, si se mantiene la tendencia de largo plazo (1990-2009) no se cumplirá la meta, ya que la tasa en 2015 sería alrededor de 45 por mil, superior a la registrada en los tres últimos años, lo que aparentemente es poco razonable¹²⁰. El Ministerio de Salud Pública estima que en 2015 la tasa de incidencia de la tuberculosis será de aproximadamente 31 por 100 mil habitantes, es decir, 11 puntos porcentuales

por debajo de la tasa de 1990, con lo cual se cumpliría la Meta 6.C¹²¹. Por otro lado, estima que la tasa de

117. OMS. http://www.who.int/tb/publications/tb_global_facts_sep05_sp.pdf (consulta 29/07/2010).

118. Indicadores de los Objetivos del Milenio. Base de datos.

119. En la región, la tasa de prevalencia de TB disminuyó de un promedio de 128 en 1990 a 56 en 2007. En las regiones en desarrollo en su conjunto, la tasa es mucho más elevada; pasó de 374 en 1990 a 234 en 2007, mientras que en las regiones desarrolladas la tasa promedio estimada en dichos años fue de solo 29 y 14, respectivamente.

120. Este resultado debe ser tomado con precaución. La proyección lineal (período 1990-2009) probablemente no represente adecuadamente la tendencia actual ($R^2 = 0.0395$, bastante bajo). Si se toma la tendencia del período 2000-2009, la tasa de incidencia proyectada para 2015 sería de aproximadamente 36. En este caso la recta de tendencia muestra un mejor nivel de ajuste ($R^2 = 0.569$)

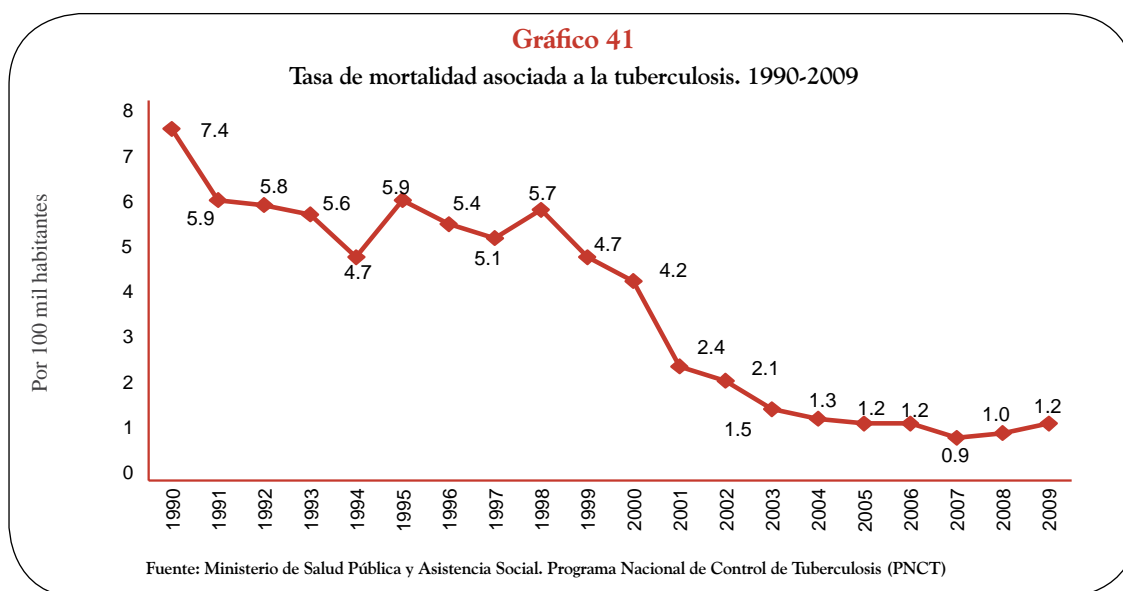
121. Exposición en el taller sobre los ODM (julio, 2010).

mortalidad en dicho año sería de alrededor de 1 por 100 mil¹²².

A diferencia de la tasa de incidencia, la tasa de mortalidad asociada a la tuberculosis ha registrado una disminución significativa en el período 1990-2009. Como vemos en el Gráfico 41, en 1990 la tasa de mortalidad se calculó en 7.4 por 100 mil, mientras que

en 2009 fue estimada en 1.2 por 100 mil. De 2003 en adelante se ha mantenido por debajo de 2 por 100 mil.

Si bien la Meta 6.C se refiere a incidencia de la enfermedad, es obvia la relevancia de reducir la tasa de mortalidad asociada a la misma. Esto estaría mostrando una mayor eficacia en el tratamiento de la enfermedad.



Los programas e intervenciones destinados a controlar la enfermedad, deben tomar muy en cuenta la diferencia de su incidencia territorial. Existe un grupo de provincias, entre las que predominan las de mayor concentración poblacional y actividad económica, que registran tasas incidencia de tuberculosis muy superior al promedio nacional. Entre dicho grupo se encuentran Santo Domingo (56 por 100 mil habitantes), La Altagracia (68), Peravia (59), La Romana (54), San Pedro de Macorís (58), Barahona (48) y Santiago (42).¹²³

La proporción de casos de tuberculosis detectados ha aumentado y ha mejorado la eficacia de los tratamientos, aunque existen obstáculos de carácter social que limitan los resultados.

El país ha adoptado la estrategia DOTS/TAES de la OMS. Es decir, ha asumido el compromiso político de enfrentar la enfermedad; para cuyo cumplimiento, el Ministerio de Salud debe realizar diagnósticos bacteriológicos y operar eficazmente la red de laboratorios; brindar quimioterapia breve estandarizada

y apoyo al paciente durante todo el tratamiento; suministrar fármacos de calidad, y medir los resultados, tanto a nivel de pacientes como del programa de control de la enfermedad.¹²⁴

El Ministerio estima en 85% la cobertura de la referida estrategia, en cuya implementación participan 1,068 establecimientos de salud del sector público y privado, y calcula que en el quinquenio 2001-2005 la tasa de curación ha sido de 80%; proyectada para 2015, la tasa de éxito de tratamiento podría ser de alrededor de 91%.¹²⁵

122. Según SIOE 2009, datos oficiales del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.

123. Ministerio de Salud Pública. Ponencia en taller sobre los ODM, julio 2010.

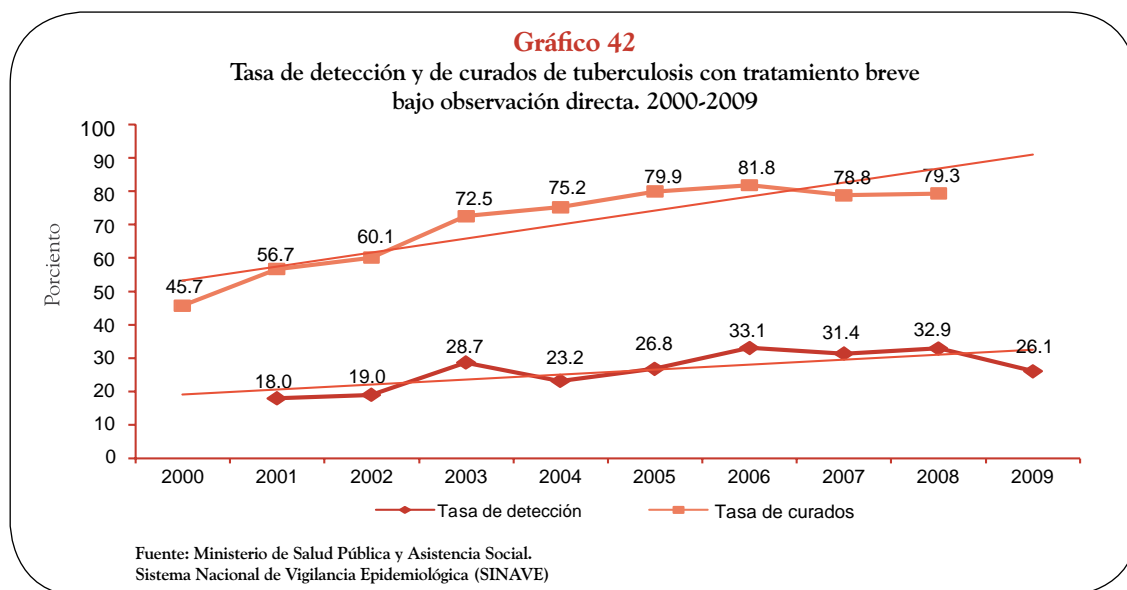
124. Estos elementos componen la estrategia lanzada por la OMS en 1995, que ha sido modificada con los contenidos de la nueva estrategia mundial "Alto a la Tuberculosis": i) Proseguir la expansión de la estrategia DOTS/TAES de calidad, ii) enfrentar la asociación TB/VIH y a la TB-PFR, iii) contribuir al fortalecimiento de los sistemas de salud, iv) capacitar a los pacientes y las comunidades, y f) facilitar y promover la investigación. (OMS. http://www.who.int/tb/publications/tb_global_facts_sep05_sp.pdf, consulta 29/07/2010).

125. Exposición en taller sobre los ODM, julio 2010.

Existen obstáculos de carácter social que limitan la detección y tratamiento de la tuberculosis. Persiste en la población el estigma y la discriminación contra quienes padecen la enfermedad. El 35% de la población no cree que la tuberculosis se cura y el 22% no diría que la padece.¹²⁶

El Gráfico 42 muestra la evolución de la tasa de detección y de curados de TB con tratamiento breve bajo

observación directa. Se observa que la tasa de detección pasó de 18% en 2001 a 26.1% en 2009, lo que representa un incremento anual promedio de 4.75%. La tasa de curados aumentó de 45.7% en 2000 a 82% en 2009, para un incremento promedio anual de 7.3%, lo que indica que ha aumentado de manera importante la eficacia de los tratamientos a lo largo del período. Sin embargo, de 2006 en adelante no se observa mejoría, manteniéndose la tasa de curados en un promedio de 80%.



El dengue se ha convertido en un problema de dimensión mucho mayor que la malaria y la tuberculosis.

El dengue es una enfermedad que afecta a lactantes, niños pequeños y adultos, para la cual no existen fármacos antiviricos específicos; el tipo hemorrágico (aunque es mucho menos frecuente), resulta en una complicación potencialmente mortal que afecta principalmente a los niños.¹²⁷

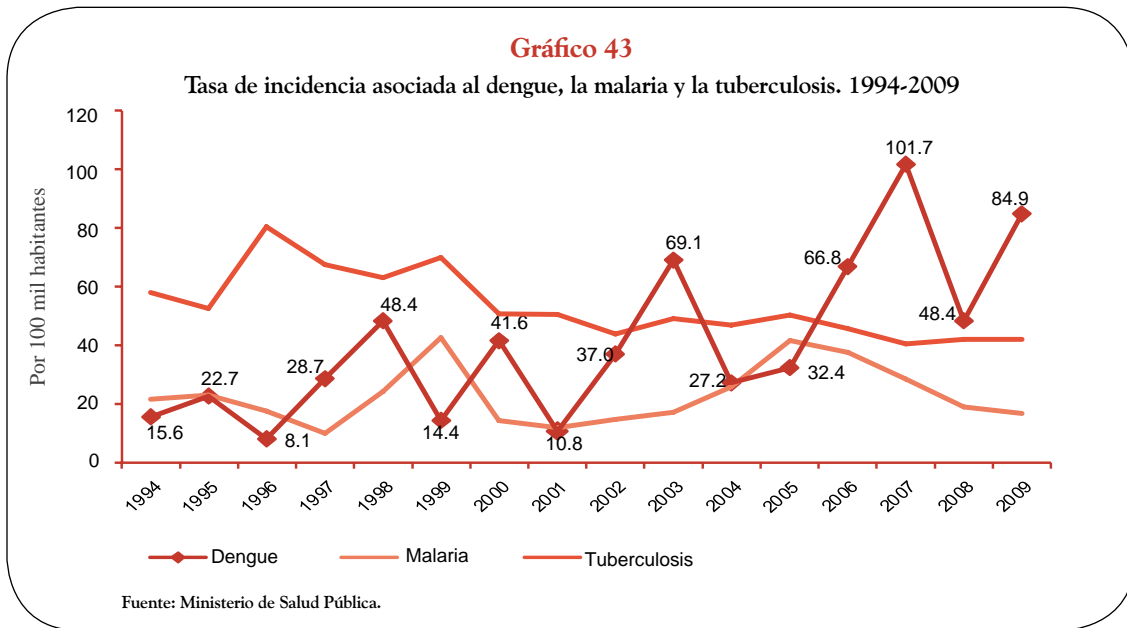
La incidencia del dengue ha crecido notablemente en el país desde 1994, con brotes cada vez más pronunciados que ocurren cada dos o tres años. Desde el año 2001, la incidencia de esta enfermedad supera a la malaria y desde 2003 es un problema mucho mayor tanto

respecto a la malaria como en relación a la tuberculosis (Gráfico 43).

Mientras en 1994 el número de casos nuevos de dengue registrados fue de 15.6 por 100 mil habitantes, en 2009 alcanzó la cifra de 84.9 por 100 mil. En el período 1994-2009 los años de menor incidencia fueron 1996 (8.1 por 100 mil) y 2001 (10.8), mientras que los de mayor incidencia han sido 2003 (69.1), 2006 (66.8) y 2007 (101.7).

126. Exposición del Ministerio de Salud Pública en taller sobre los ODM (julio, 2010).

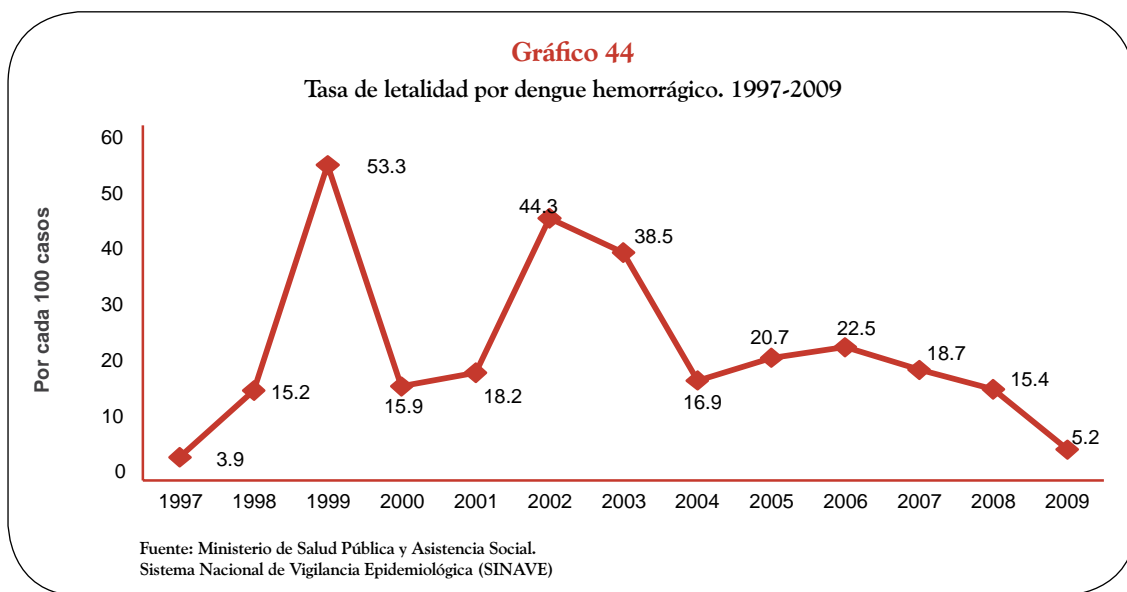
127. WHO <http://www.who.int/topics/dengue/es/>



La gravedad del problema del dengue se manifiesta no sólo en la creciente tasa de incidencia, sino también, y más grave aún, por el aumento de la letalidad entre los casos de dengue hemorrágico diagnosticados, que supera por mucho la observada en otros países que han registrado una elevada incidencia como Costa Rica, Brasil y Venezuela.

hemorrágico se estimó en 1997 en 3.9 por cada 100 casos, pero la tasa promedio del período 1997-2009 fue de 23.1 por cada 100, registrándose en 2009 un nivel de 5.2 por cada 100, muy inferior al promedio, pero superior al del año 1997. En dicho período hubo tres años en los cuales la tasa de letalidad asociada al dengue hemorrágico fue extremadamente alta: en 1999 (53.3 por 100), en 2002 (44.3 por 100) y en 2003 (38.5 por 100).

Como se observa en el Gráfico 44, la tasa de letalidad o de muertes entre las personas que padecieron dengue



La alta incidencia del dengue, como la de otras enfermedades, es un problema estrechamente vinculado a los altos niveles de pobreza e indigencia, a la falta de acceso a empleo, a deficiencias de los servicios de agua potable y saneamiento y a la baja calidad de educación, entre otros factores que requieren de intervenciones más amplias y más eficaces y que constituyen el foco de atención de los ODM. En el caso del dengue, como en otras enfermedades, queda de manifiesto que el servicio sanitario debe ser mejorado sustancialmente, prestar mayor atención a la calidad y a los planes de prevención. Aunque la incidencia de dicha enfermedad es alta, la tasa de letalidad sería mucho más baja si se mejorara de manera sustancial el diagnóstico y su manejo oportuno a nivel de los servicios de atención.

2.6.2 Intervenciones necesarias. Buenas prácticas para avanzar hacia el ODM 6.

Para avanzar hacia el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el cuidado relacionados con el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades se hacen necesarias acciones concretas y sostenibles.

Para el área de salud en general y para los servicios directamente relacionados con el objetivo de detener y disminuir la propagación del VIH/SIDA, la malaria, la tuberculosis y el dengue, es de vital importancia el fortalecimiento integral del sistema de salud, con énfasis en el primer nivel de atención y con un enfoque concentrado en la calidad del servicio.

Existen retos importantes vinculados a la estrategia de planificación del sector, como son el mejoramiento de la coordinación intersectorial, la ampliación de las asignaciones presupuestarias, la sostenibilidad financiera de los programas y el mejoramiento de los sistemas de seguimiento, evaluación y monitoreo.

En tal sentido, el Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de las ITS y el VIH/SIDA para el período 2007-2015 debe ser evaluado y monitoreado de forma sistemática, con la participación de todos los sectores que intervinieron en su formulación y el involucramiento de otros que también pudieran contribuir al logro de las metas y objetivos propuestos en el mismo, desde una perspectiva de género amplia. Al propio tiempo se debe ampliar y mejorar la implementación de proyectos y acciones que han demostrado ser medios eficaces

para combatir VIH/SIDA y proveer los medicamentos necesarios a todas las personas infectadas.

Entre las buenas prácticas que deben ser fortalecidas para el logro de las Metas 6.A y 6.B se encuentran, la estrategia Tolerancia Cero; el Programa Afectivo Sexual en las escuelas; los servicios de atención de ITS/VIH; vigilancia centinela continua y sistemática y alianzas entre el Gobierno, la sociedad civil y el sector empresarial para estrategias dirigidas a los jóvenes y los grupos vulnerables; uso de los medios masivos de comunicación para aumentar el conocimiento de la población sobre prevención y promoción de las ITS/VIH/SIDA. Además, velar por la correcta implementación de normas y protocolos, el adecuado manejo de la atención a las personas con infección TB/VIH y su inclusión en la Seguridad Social.

También debe ser fortalecida la coordinación con las agencias bilaterales y multilaterales de cooperación, y al propio tiempo darle sostenibilidad del Programa Nacional de VIH, de manera que acciones relevantes, como el tratamiento con ARV, dependan cada vez menos de la cooperación externa. Sobre el particular, el reciente informe de ONUSIDA¹²⁸ señala que los fondos públicos representaron en 2008 el 27.1% del gasto nacional en SIDA (16% Gobierno Central y 11% préstamo del Banco Mundial) mientras que el 72.9% provino de fondos internacionales, especialmente agencias multilaterales, contribuciones bilaterales directas, fondos privados y organizaciones internacionales sin fines de lucro.

Es necesario adquirir oportunamente los insumos, redefinir los roles de las diferentes instancias relacionadas con el combate de la enfermedad, incluir las pruebas CD4 y carga viral¹²⁹ en el Plan Básico de Salud y adoptar una política eficaz de compra de medicamentos ARV.

El avance hacia el acceso universal a cada uno de los servicios relacionados con el VIH/SIDA no ha sido uniforme, y ha habido más tratamiento que prevención. Se debe prestar mayor atención a la prevención y estimular la creación de marcos legales que incluyan y protejan las poblaciones más expuestas.

128. Informe Nacional sobre los Progresos del País (marzo 2010)

129. La prueba CD4 es una medición del número de células en la sangre que ayudan a luchar contra las infecciones y las enfermedades. La carga viral es la cantidad de virus VIH en la sangre. http://www.infosida.es/bgdisplay.jhtml?itemName=cd4_and_viral_load_tests

Con respecto al combate de la malaria, es preciso continuar e intensificar el apoyo al área responsable de la respuesta nacional ante la enfermedad con la dotación de personal, equipos y suministros necesarios para la búsqueda activa de casos y la recolección y análisis de muestras; también, asegurar tratamiento oportuno, gratuito y estrictamente supervisado a todos los casos de la enfermedad. El rociado residual de insecticidas en viviendas ubicadas en áreas de riesgo de la infección es una práctica que conviene ser ampliada, por cuanto fortalece el control vectorial contra los agentes transmisores de la enfermedad. Han de intensificarse las acciones en los municipios de alta y mediana endemividad y las contempladas en el Plan Binacional de Eliminación de la Malaria en la isla Hispaniola. También, mejoraría la eficacia del combate de la enfermedad el fortalecimiento de las unidades provinciales de vigilancia entomológica y control vectorial.

Desde octubre de 2009 se ha iniciado un programa de prevención y control de malaria con apoyo de El Fondo Global de Lucha Contra el VIH/SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, que desarrolla actividades en 14 municipios de 8 provincias del país. Estos municipios representaron cerca del 80% de los casos de malaria detectados en el país en el año 2007. Se espera que ese esfuerzo concentrado en áreas de elevada y mediana endemividad contribuya notablemente al cumplimiento de la meta trazada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Para reducir la incidencia de la tuberculosis es necesario, entre otras medidas, extender y consolidar

el tratamiento estrictamente supervisado con énfasis en la calidad; respuesta a la TB-VIH, TB MDR, y TB en grupos vulnerables, que incluye acceso a prueba de VIH a pacientes con TB, tratamiento con drogas de segunda línea de forma gratuita, atención de pacientes nacionales haitianos y estudios de contactos de casos con TB. Dentro del enfoque de fortalecimiento del primer nivel de atención, se precisa ampliar los servicios de la red de laboratorios existente y de los proveedores de salud (redes del Seguro Social, Fuerzas Armadas, centros penitenciarios, ONGs y neumólogos del servicio privado de salud), empoderar a la comunidad en acciones de prevención y realizar investigaciones operativas para mejorar la calidad de la atención.

El problema del dengue requiere una acción coordinada que integre soluciones a varias de las causas principales de la alta incidencia y tasa de letalidad de la enfermedad. Tanto el suministro de agua potable y los servicios de saneamiento del ambiente, como la atención hospitalaria, deben ser mejorados sustancialmente. El fortalecimiento de los servicios de atención primaria tendría implicaciones muy positivas en el tratamiento del dengue, ya que evitaría que muchos casos lleguen a los grandes hospitales innecesariamente. Naturalmente, esto supone dotar a las unidades de atención primaria de los recursos y el personal requerido, de manera que la población reciba un servicio oportuno y confiable. De lo contrario, en momentos de brotes de dengue, o de cualquier otra enfermedad cuya incidencia aumente súbitamente, la población, atemorizada, continuará congestionando las salas de emergencia de los hospitales, con casos que pudieran atenderse localmente de manera eficaz.



Foto: Delio Rincon



Objetivo



GARANTIZAR LA
SOSTENIBILIDAD DEL
MEDIO AMBIENTE

2.7 OBJETIVO 7: GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL MEDIO AMBIENTE

2.7.1 Tendencias y brechas pendientes.

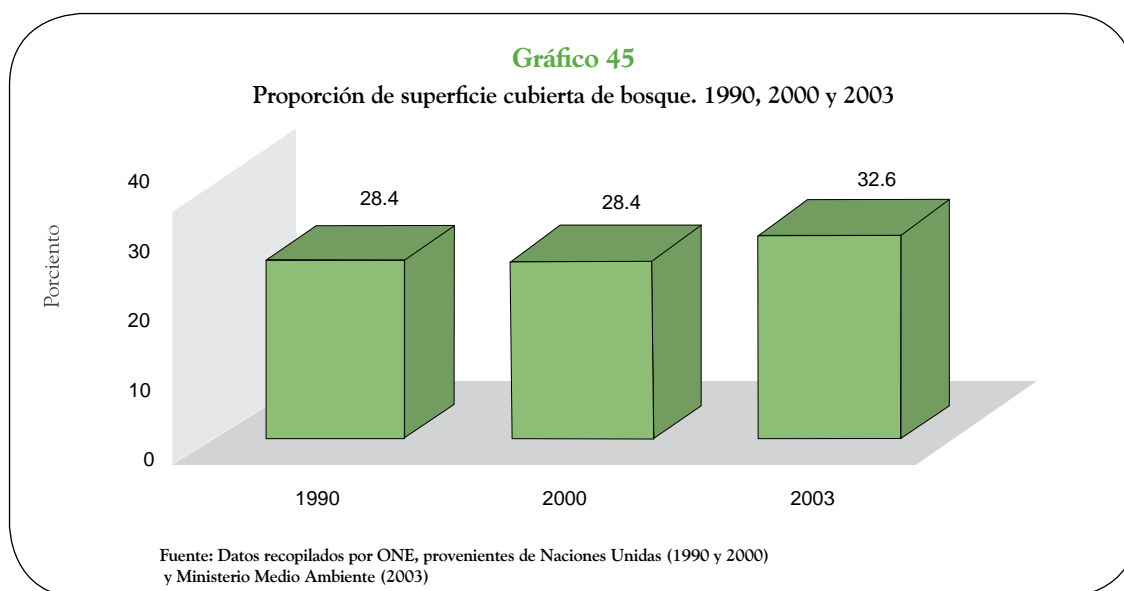
Meta 7.A: Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales y reducir la pérdida de recursos del medio ambiente

Aumentar la superficie boscosa representa un enorme reto para el país.

La superficie del territorio cubierta por bosque ha sido objeto de medición por diversas instituciones y distintos métodos de estimación. En el primer informe nacional sobre los ODM (2004) se señala que “el país ha desarrollado una política forestal que privilegia la producción de plantas y semillas, la reforestación de las

cuenas altas de los ríos, la vigilancia y la concertación de acuerdos con el sector privado y las comunidades”, y agrega que “a pesar de esa política la pérdida de cobertura vegetal pasó de 14.1% en 1980 a 27.5% en 1996”.¹³⁰

El Informe Nacional de Desarrollo Humano del año 2000 (INDH 2000) reporta que, según estudio de la FAO, para 1981 la cobertura boscosa representaba



el 19.6% del territorio y, conforme a estimación de la entonces Dirección de Recursos Naturales (DIRENA)¹³¹, en 1996 la proporción cubierta de bosque era 27.5%. Por otro lado, datos compilados por la ONE, tomados de la FAO (1990 y 2000) y del Ministerio de Medio Ambiente (2003), indican que la cobertura boscosa del país en la pasada década era 26.4% y 32.6% en 2003.

130. Datos obtenidos del proyecto de cooperación USDA/Michigan State University para el inventario de uso y cobertura vegetal del país, a través de la interpretación de imágenes satelitales remotas del Programa Landsat.

131. En dicho informe se indica que fue estimada en 1971 (FAO) en 22.6% y en 1965 (OEA) en 11.5%, al tiempo que destaca que los datos disponibles sobre cobertura boscosa son imprecisos y que por las deficiencias de información y los diversos métodos de estimación se hace difícil establecer tendencias en la variación de la proporción del territorio cubierto por bosque. (INDH 2008, pág. 298).

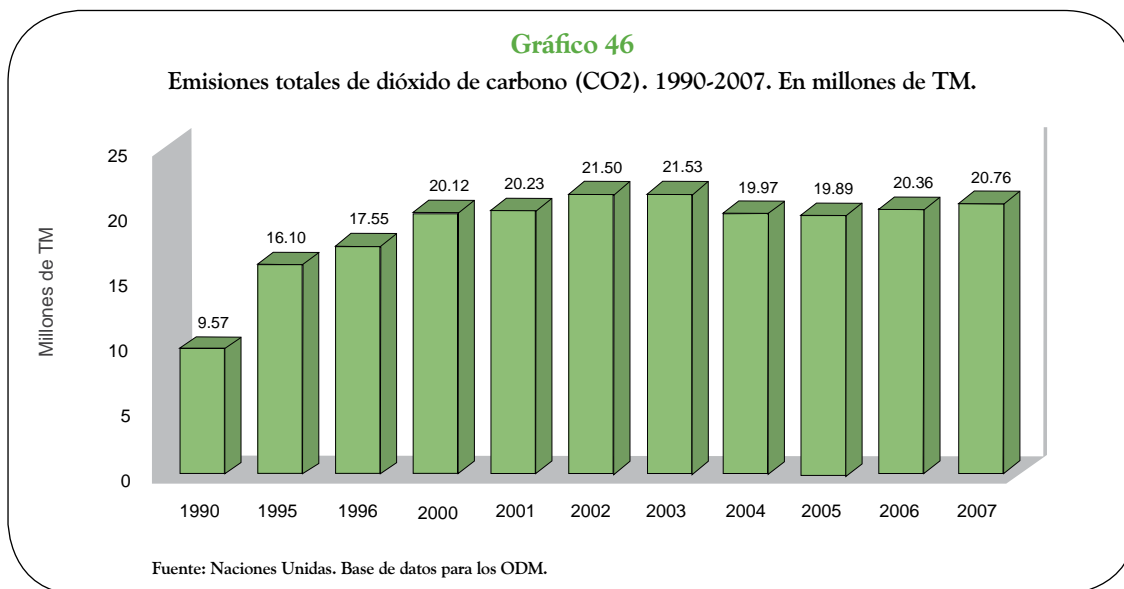
El Ministerio de Medio Ambiente estableció como meta elevar la cobertura de bosque de 33% a 35% en el 2015,¹³² es decir, una variación de 2 puntos porcentuales en un período de alrededor de 10 años. Para lograr esta meta, el Ministerio estimó que se requeriría plantar 108.5 millones de árboles en 96,884 hectáreas (968.84 km²). Por otra parte, la Estrategia Nacional de Desarrollo propone como meta reducir la deforestación a una tasa promedio de 0.2% a partir del 2020,¹³³ en lugar de 0.1%¹³⁴ observada en 2005.

Las emisiones totales y por persona de dióxido de carbono se estabilizaron a mediados de la presente década, mientras la emisión por dólar del PIB se ha reducido.

Las emisiones de dióxido de carbono, uno de los principales gases de efecto invernadero,¹³⁵ se elevaron

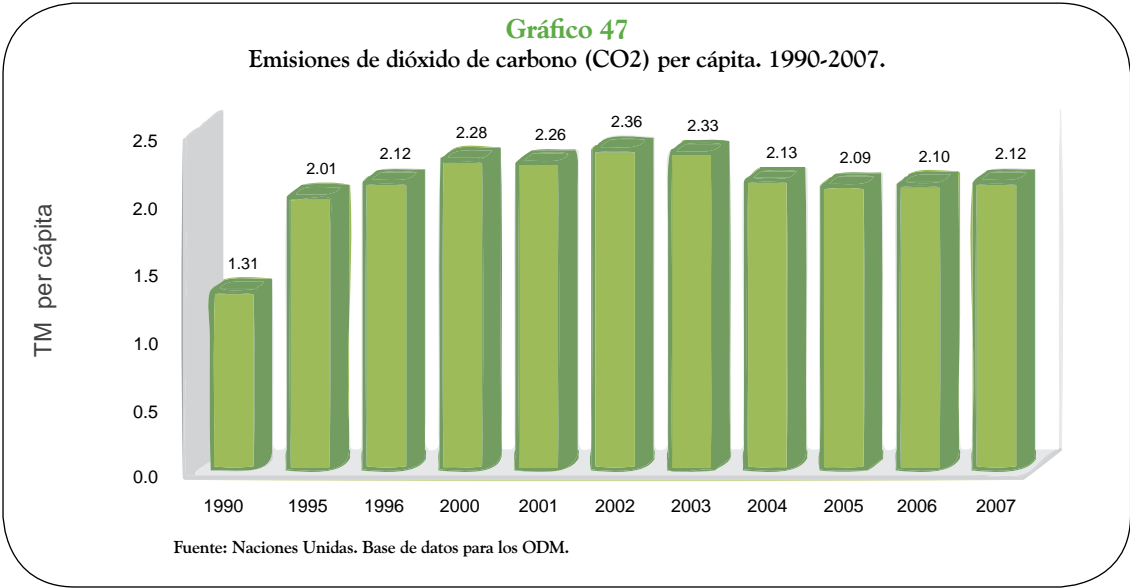
de 9.6 millones de toneladas métricas en el año 1990 a 20.1 millones en el año 2000, lo que representa un incremento anual de 3.5%. Durante los tres primeros años de la presente década el crecimiento anual fue de 2.3%, mientras que de 2003 a 2007 se registró un decrecimiento anual de 1.3%. Las emisiones totales de CO₂ se mantienen en alrededor de 20 millones de toneladas.

En términos de emisiones per cápita, se pasó de 1.3 toneladas métricas en 1990 a 2.3 toneladas en 2000, mientras que para 2007 se estimó un volumen de emisión de 2.1 toneladas por persona. El país no se ha fijado metas específicas de reducción de la emisión de dióxido de carbono per cápita. En la END se indica que las metas para 2020 y 2030 estarán sujetas a las negociaciones globales.



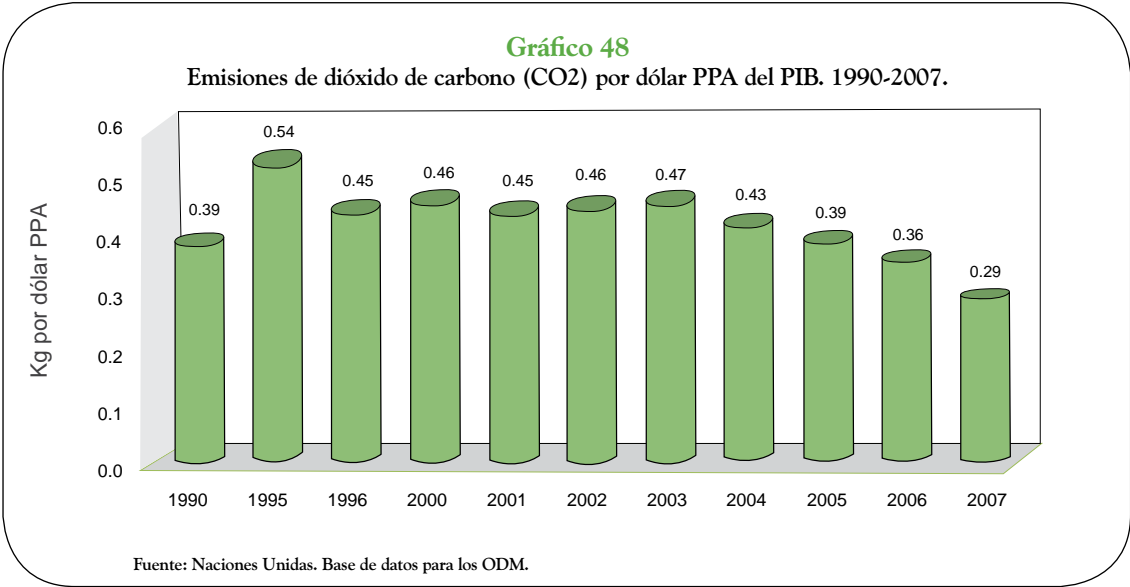
132. Esta meta fue establecida sobre la base de la Evaluación de las Necesidades de la República Dominicana para los ODM, realizada en 2005.
133. Equivale a un incremento anual de la superficie boscosa de 0.2%, meta que se mantendría para el 2030, según se especifica en la propuesta de END.
134. Conforme a este dato y los presentados anteriormente sobre cobertura de bosque del territorio nacional, en el país el problema de la deforestación es mucho menor que en la región en su conjunto. En efecto, la variación neta anual de la superficie cubierta por bosque en América Latina y el Caribe se estimó en -4.5% durante 1990-2000 y en -4.7% en el quinquenio 2000-2005, cifras que representan las pérdidas netas de bosques más

grandes del mundo, superiores a las de África subsahariana, que registró en dichos períodos pérdidas de -4.4% y -4.1%; en contraste las regiones desarrolladas muestran una variación neta anual positiva de 0.9% y 0.7%, respectivamente (Naciones Unidas. Reporte ODM, 2009)
135. Los demás Gases Efecto Invernadero (GEI) de origen humano, según se definieron en el protocolo de Kioto, son: Metano, Oxido Nitroso (N₂O), Hidrofluorocarbonos (HFC), Perfluorocarbonos (PFC) y Hexafluoruro de Azufre (SF₆)



Otro indicador de la pérdida de recursos del medio ambiente son las emisiones de dióxido de carbono por dólar del PIB,¹³⁶ medido en términos de kg. por dólar de paridad del poder adquisitivo (ppa). Como muestra el gráfico siguiente, la emisión del referido gas registra una tendencia a la baja en 2000-2007, período en que la

emisión promedió 0.43 kg por dólar. Como se evidencia, hay períodos que registran emisiones de dióxido de carbono (CO₂) muy altas (1995, 0.54 kg por dólar), mientras que el registro más bajo se tuvo en 2007 (0.29 kg por dólar ppa); es alentadora la tendencia a la baja sostenida de este indicador a partir del 2003.



136. El uso de energía (equivalente en kilogramos de petróleo) por 1 dólar del producto interno bruto (PPA) es el uso de energía comercial medido en unidades de equivalente de petróleo por 1 dólar de producto interno

bruto convertido a partir de las monedas nacionales utilizando factores de conversión de paridad del poder adquisitivo (Naciones Unidas, 2006. Indicadores para el seguimiento de los ODM)

El Ministerio de Medio Ambiente considera que iniciativas como las siguientes contribuirían de manera significativa a la reducción de gases con efecto invernadero: incorporación de Programas de Producción Más Limpia (PML), promoción de la certificación ambiental (ISO 14,000), construcción de nuevas hidroeléctricas, sustitución del uso de combustible fósil por gas natural, promoción del uso de energías renovables (aplicación de la Ley 57-07), ordenamiento y desarrollo del tránsito terrestre, entre otras. Además, constituyen retos importantes el fortalecimiento del sistema de control de emisiones en las industrias y la implementación de un programa amplio de concientización ciudadana en el ahorro de energía.

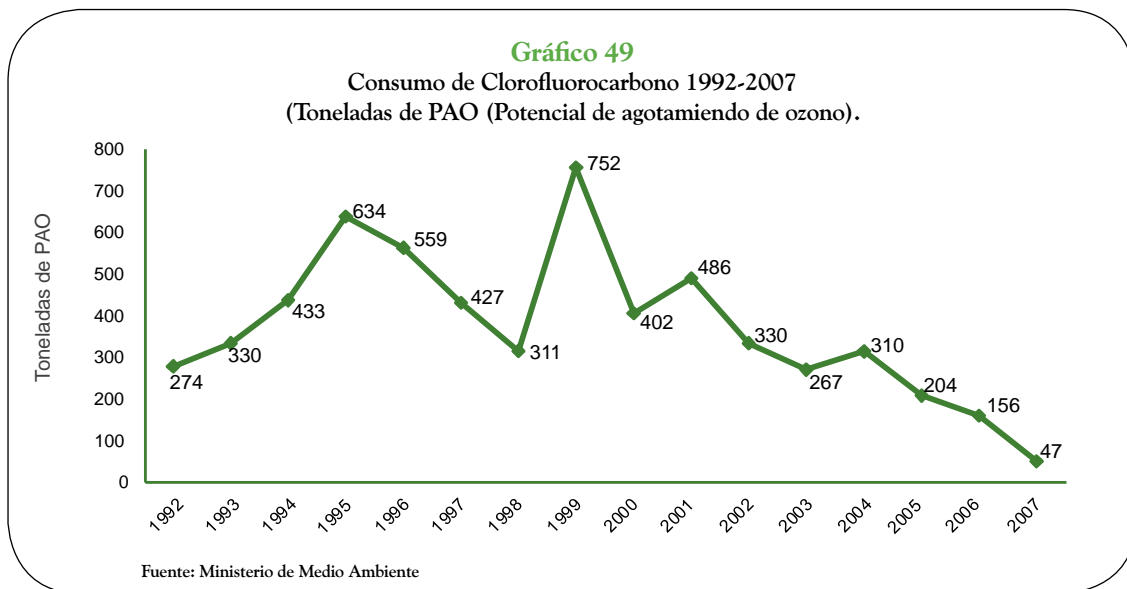
Se reduce el consumo de dos de las principales sustancias que agotan la capa de ozono

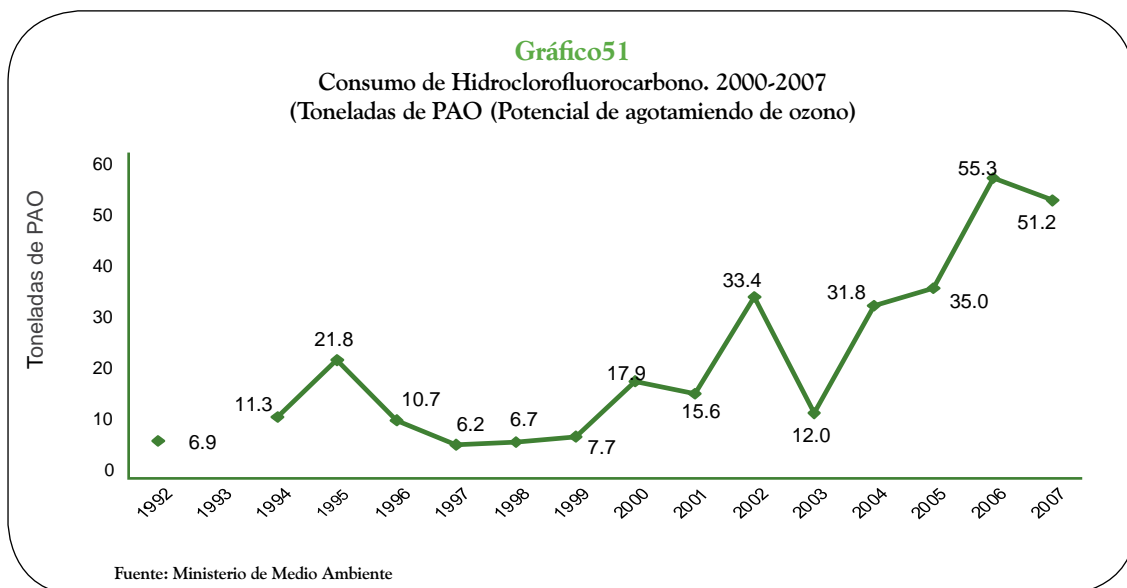
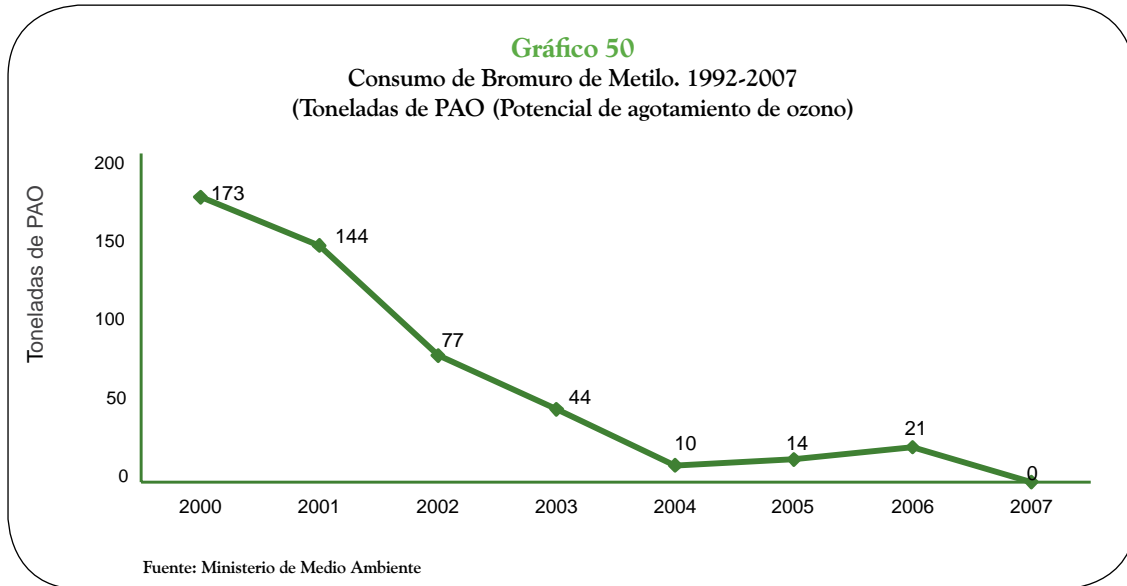
El Protocolo de Montreal estableció como meta la eliminación total del consumo de los Cloro Fluoro Carbono CFC (Freon R-11, R-12, R-115 y Halones) y los Hidro Cloro Fluoro Carbono (HCFC) para los años 2010 y 2030, respectivamente. El país aceptó y ratificó este compromiso universal y fijó la meta de alcanzar la eliminación completa de CFCs en todos los sectores de refrigeración para el 1 de enero de 2010, lo que ha sido

legalmente establecido mediante la Resolución 02-2010 que prohíbe la importación de Sustancias Agotadoras del Ozono, luego de un programa intenso de sustitución de CFC, y desarrollo de buenas prácticas en el sector.

Las tres gráficas siguientes muestran la evolución de las tres sustancias señaladas anteriormente. La principal de ellas, el Clorofluorocarbono, registró un volumen de consumo muy irregular en la década de los 90, con marcada tendencia al alza. Sin embargo, a partir de 2000 se observa una pronunciada tendencia hacia la baja, reduciéndose de 752 toneladas de PAO en dicho año a solo 47 en el año 2007, equivalente al 17% del consumo en el año 1992.

El consumo de bromuro de metilo, que en 2000 fue de 173 toneladas de PAO, descendió rápidamente y en 2007 no se registró consumo de esta sustancia. En cambio, el consumo de Hidroclorofluorocarbono ha registrado un significativo aumento. En el período 1992-1999 su consumo fue de un promedio anual de 10 toneladas de PAO, mientras que en 2007 y 2008 el consumo anual es superior a 50 toneladas. A partir de 2010, y de acuerdo con los compromisos asumidos ante el Protocolo de Montreal, el país está iniciando el trabajo de reducción y eliminación gradual de los HCFC, meta propuesta para 2025.





Según reporta el Ministerio de Medio Ambiente, dos iniciativas contribuyeron a la reducción del consumo de los CFC y del bromuro de metilo. A finales del año 2002 fue aprobado el proyecto para la eliminación del uso del bromuro de metilo como fumigante de suelos agrícolas en los cultivos de tabaco, hortícolas y flores, mediante el cual se logró eliminar en un período de 4 años el uso de dicha sustancia en estos cultivos. Los antiguos usuarios de bromuro de metilo aplican ahora otras técnicas para desinfectar el suelo: uso de vapor, sustitutos químicos

no dañinos al ozono, técnicas de hidroponía y control integrado de plagas, entre otras. Otro proyecto exitoso de eliminación de sustancias que causan daños a la capa de ozono ha sido el Plan Terminal para la Eliminación Gradual de los CFCs, en cual entró en su etapa final.¹³⁷

137. El reporte mundial 2009 sobre el avance de los ODM señala que “a nivel global, el mundo logró una reducción del 97% en el consumo de sustancias que deterioran la capa de ozono que protege a la Tierra, lo que sentó un nuevo precedente para la cooperación internacional”.

Los meros y otras especies están sometidos a explotación pesquera indiscriminada

Naciones Unidas define el indicador 7.4, como el porcentaje de subpoblaciones de peces explotadas a su máximo nivel de productividad biológica. El Consejo Dominicano para la Pesca y la Acuicultura (CODOPESCA) lo asume como las especies sometidas a explotación pesquera (recurso pesquero).

CODOPESCA analizó la tendencia de las especies sometidas a explotación y encontró que la población de los meros (*Epinephelus morio* y *E. sp.*), los bocayates (*Haemullidae*) y los loros (*Escaridae*) tiende a disminuir. También consideró fuera de los límites biológicos seguros otras especies: molusco (*Strombus gigas*, *Charonia variegata*), langostas (*Panulirus argus* y *P. guttatus*), cangrejos (*Cardisoma gauthumi*, *Ucides cordatus* y *Gercacinus ruricola*).

Sobre la base de los hallazgos señalados en el párrafo anterior y tomando en cuenta que la producción nacional pesquera la integran unos 56 componentes (grupo o especie), se estima que para el año 2008 el 93% de las poblaciones pesqueras se encontraban dentro de los límites biológicos seguros.¹³⁸ Se trata de una estimación preliminar de CODOPESCA realizada para los fines de este informe, que deberá ser revisada y validada posteriormente, con la sistematización de la información.¹³⁹

Los peligros a que se enfrentan las citadas especies puede resumirse de la siguiente manera: i) los meros son amenazados por la captura indiscriminada durante las agregaciones y la captura por buceo; ii) los bocayates y los loros, por la pesca indiscriminada en los arrecifes, mientras que iii) para las langostas, moluscos y cangrejos las amenazas son la sobrepesca, el uso inadecuado de artes y degradación del hábitat

El país cuenta con suficiente disponibilidad de agua. Los problemas de acceso al líquido se relacionan fundamentalmente con la infraestructura y la baja eficiencia de uso.

La disponibilidad promedio de agua por persona al año se estima en República Dominicana en 2,300 metros cúbicos, volumen que se encuentra dentro de los límites considerados normales, según el Informe sobre Desarrollo Humano 2008. El informe señala que, de acuerdo a los parámetros internacionales, una disponibilidad menor a

1,700 metros cúbicos por persona por año es considerara una condición de estrés y menos de 1,000 metros cúbicos se considera escasez.

Para el periodo 1998-2002 se estimaba que el 16% del total de los recursos hídricos del país estaba siendo utilizada, proporción mucho menor que la calculada para el período 1993-1997, que era 39.7%¹⁴⁰. La mayor parte del agua se destina a la agricultura,¹⁴¹ y dentro de ella una alta proporción es utilizada en el cultivo de arroz. No se dispone de información sobre el volumen o la proporción utilizada para fines doméstico, industrial y generación de energía. De acuerdo a la ONE, sobre la base de datos suministrados por la Corporación de Acueducto y Alcantarillado de Santo Domingo (CAASD), la producción de agua potable en Santo Domingo y el Distrito Nacional, donde reside casi la tercera parte de la población del país, era de 1.63 millones de m³ por día en el año 2004, volumen que aumentó a 1.9 millones de m³ en 2008. El 77% de la producción de agua potable provino de fuente superficial, proporción que fue de 75% en 2008; el volumen restante provino de fuente subterránea¹⁴².

La superficie dedicada a la agricultura bajo riego se expandió de 183,926 hectáreas en 1991 a 258,333 hectáreas en 2009, para un crecimiento promedio anual de 1.91%. En los años 2002-2004 se registra un área irrigada de alrededor de 300 mil hectáreas, la mayor superficie servida desde principios de la pasada década. El volumen de agua destinada a riego se incrementó a un ritmo de 0.67% anual durante el período 1991-2009, elevándose de 5,343 millones de metros cúbicos a 6,023; el mismo fue superior a 7 millones al año durante 2005-2007 (Cuadro 5).¹⁴³

138. CODOPESCA estima importante considerar las poblaciones de mayor incidencia en la producción pesquera del país; especies de Moluscos, Langostas, las cuales han sido reportadas como sobreexplotadas en varios trabajos (entre ellos, Wielgus et.al, 2010; CODOPESCA 2008 y SEMARENA 2004), así como también las especies de Cangrejos. Con estas poblaciones la institución estima se tendría un población de peces dentro de los límites biológicos seguros de 81.8%.
139. El Anexo 15 contiene el volumen de producción nacional pesquera por especie y/o grupos para el período 2001-2008. En el mismo se identifica el aporte de las especies sobreexplotadas. En el Anexo 16 CODOPESCA resume la determinación del indicador.
140. Naciones Unidas, base de datos para los ODM (1995 para el período 1993-1997 y 2000 para el período 1998-2002). Anexo 13
141. Igual ocurre en los países de la región. De acuerdo a datos del Naciones Unidas (Reporte ODM de 2009), en América Latina y el Caribe el 70% del agua es aprovechada en agricultura, el 20% en industria y energía y el 10% en consumo doméstico urbano.
142. ONE. <http://www.one.gob.do/index.php?module=articles&func=view&pid=14&catid=143>
143. El aporte del Sistema de Áreas Protegidas es fundamental para el sostenimiento del suministro de agua para uso agrícola, industrial, doméstico y turístico.

Cuadro 5
Recursos Hídricos Utilizados en Riego.
1991-2009 y proyección al 2015

AÑOS	Superficie Servida (Miles de hectáreas)	Volumen total (MMC/año*)	Volumen por hectárea (Miles M3/año)
1991	183.9	5,343	29.0
1992	172.6	5,368	31.1
1993	165.7	4,594	27.7
1994	142.5	5,043	35.4
1995	157.5	5,159	32.8
1996	185.4	5,304	28.6
1997	171.8	5,313	30.9
1998	202.7	4,667	23.0
1999	217.0	5,382	24.8
2000	243.1	6,348	26.1
2001	282.4	6,168	21.8
2002	293.9	6,229	21.2
2003	307.1	6,618	21.6
2004	296.2	6,297	21.3
2005	275.6	7,533	27.3
2006	282.4	7,258	25.7
2007	273.0	7,016	25.7
2008	241.2	5,982	24.8
2009	258.3	6,023	23.3
2010*	260.3	6,225	23.9
2015**	258.3	5,370	20.8

* MMC/año= Millones de metro cúbicos por año

**Proyecciones de la División de Operaciones de Sistemas de Riego

Fuente: Instituto Nacional de Recursos Hidráulicos, Gerencia de Operaciones, División Operación de Sistemas de Riego

El Instituto Nacional de Recursos Hidráulicos (INDRHI) estima que en 2015 la superficie bajo riego será igual a la del año 2009, mientras se registrará una reducción en el volumen de agua de riego utilizada de 6,023 millones de metros cúbicos en el 2009 a 5,370 millones en 2015, es decir, una disminución del orden de 653 millones de metros cúbicos por año.

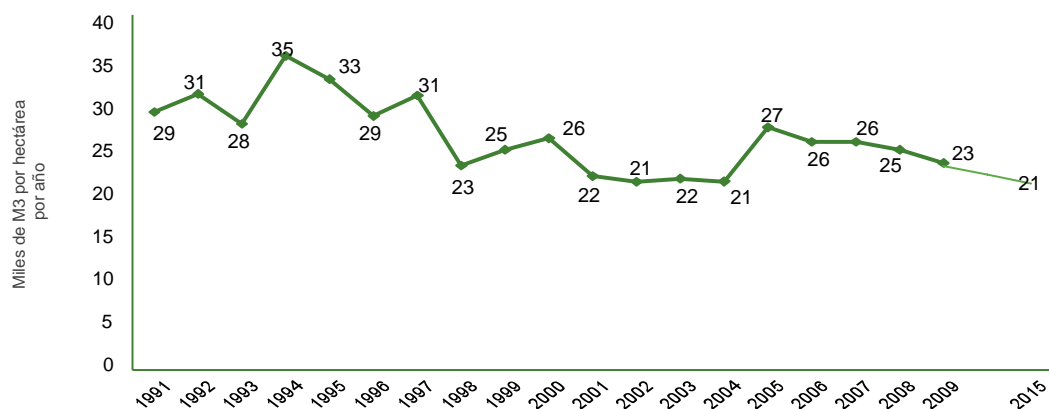
En los años 90, el aprovechamiento de agua por hectárea fue de un promedio de 29 mil metros cúbicos por hectárea mientras en el período 2000-2009 el promedio ha sido de 24 mil metros cúbicos, lo que representa una

disminución de 18%. Esto puede estar asociado tanto mejoramiento en las prácticas de riego, como a una mayor ampliación de las áreas utilizadas en cultivos que requieren menos agua respecto a cultivos que, como el arroz, demandan altos volúmenes de agua.

El INDRHI pronostica que el volumen de agua de riego utilizada por unidad de superficie continuará descendiendo. Como muestra el gráfico siguiente, se proyecta que en 2009-2015 la utilización de agua de riego se reducirá de 23 a 21 mil metros cúbicos por hectárea.

Gráfico 52

Volumen de agua utilizada por hectárea 1991-2009 y proyección 2010-2015



Fuente: INDRHL. Exposición en taller sobre ODM 7, junio 2010.

Se requiere de un aprovechamiento eficaz del agua utilizada en la agricultura a fin de mejorar la oferta de alimentos, pero la baja eficiencia es un tema de gran preocupación. El INDRHI calcula que la eficiencia actual es del orden de un 25%, la que debería incrementarse a un nivel entre 30% y 35% para lograr reducir el volumen de consumo de agua por hectárea a 21 mil metros cúbicos dentro de 5 años. Se requieren mejoras sustanciales de la eficiencia en la distribución del agua en las redes (canales

de riego) y en su uso a nivel parcelario (en finca). Optimizar el uso del agua en la parcela requiere servicios de capacitación a los usuarios y fomentar la adopción de mejores prácticas y tecnología.

Las pérdidas en los sistemas de agua potable, aunque menores que en el caso de la agricultura, son también muy altas; se estiman en un promedio de 65%.¹⁴⁴

Recuadro 6

Los niveles de presión hidrográfica son altos

“El aprovechamiento de los recursos hídricos constituirá un aspecto de creciente relevancia en el horizonte estratégico, y aunque la evaluación del impacto del cambio climático está sujeta a una alta incertidumbre, se estima que el país será afectado por el fenómeno de forma significativa, por lo que se prevé una disminución considerable en la disponibilidad de agua. En balance, el país está afectado por altos niveles de presión hidrográfica (que es una medida del grado de escasez de agua). La presión hidrográfica puede considerarse como elevada, en el ámbito nacional, y llega a ser crítica en algunas regiones geográficas. Los grados de presión más fuerte se presentan en las regiones hidrográficas de Yaque del Norte, Yaque del Sur y Yuna; los grados de presión son moderados en las regiones hidrográficas Este y Ozama-Nizao. Los datos revelan que el ritmo de utilización del recurso agua supera el ritmo de la renovación natural del recurso, y esto sugiere la importancia de desarrollar fuentes alternativas de abastecimiento, y aplicar políticas que incentiven su uso eficiente y contribuyan a la sostenibilidad y conservación de caudales suficientes para los ecosistemas acuáticos”.

Fuente: Documento base de la Propuesta de Estrategia Nacional de Desarrollo 2010-2030.

144. INAPA-CAASD. Exposición en taller sobre ODM 7, julio 2010.

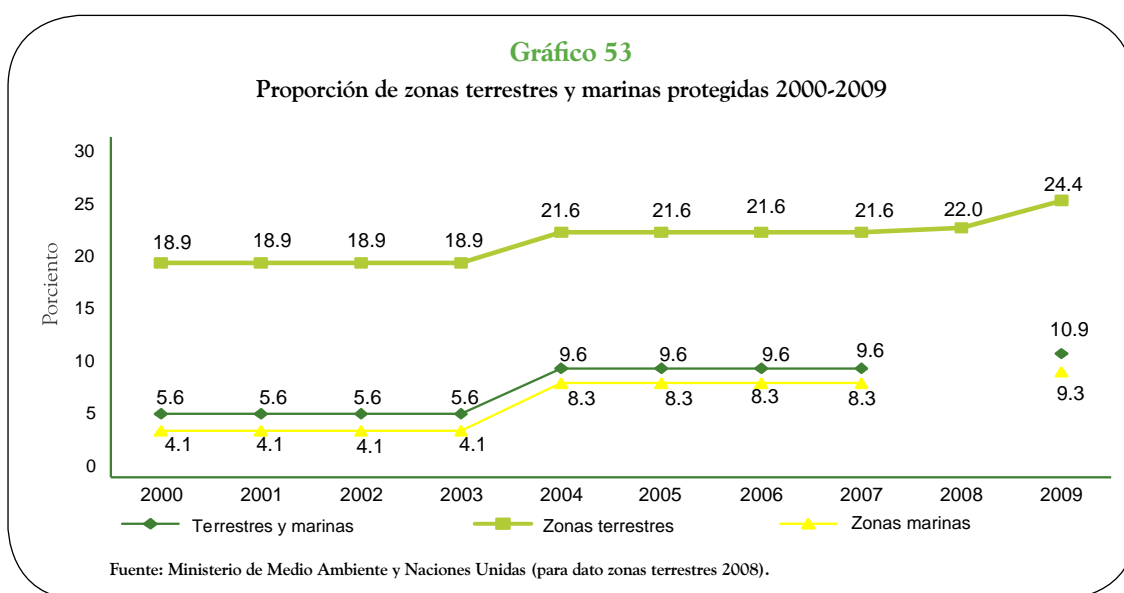
Meta 7.B: Haber reducido y haber ralentizado considerablemente la pérdida de diversidad biológica en 2010.

Las áreas protegidas han aumentado en términos formales, pero hay que mejorar la efectividad de la protección.

Las áreas protegidas¹⁴⁵ tienen como función la conservación del agua y del suelo, protección de especies vegetales y animales, asegurar los procesos ecológicos esenciales, belleza escénica, conservación de las playas y otros servicios ecosistémicos que contribuyen al bienestar colectivo. Pero, como señala el PNUD (2008)¹⁴⁶, el

establecimiento de estas áreas ha originado conflictos, ya que regularmente ha implicado el desplazamiento de actividades y personas o se han provocado diferencias entre autoridades por el potencial uso económico alternativo de las áreas incorporadas al Sistema Nacional de Áreas Protegidas (SINAP).

De acuerdo al Ministerio de Medio Ambiente, el SINAP comprende 120 áreas protegidas, clasificadas en seis categorías de manejo. De superficie terrestre están protegidos 11,889 km² que representan el 24.7% del territorio, mientras que de superficie marina se tiene protegida un área de 45,506 km².¹⁴⁷



Una parte de las áreas protegidas por ley carece de administración y control, es decir, no está efectivamente protegida¹⁴⁸. En los dos últimos años han sido incorporadas a la administración del Ministerio de Medio Ambiente 13 Áreas Protegidas, tanto de las creadas recientemente como de las existentes anteriormente, y a través de sus direcciones provinciales viene estableciendo cierto nivel de vigilancia en las áreas que formalmente no tienen administración. En el primer informe ODM (2004) se señaló que el Ministerio de Medio Ambiente enfrentaba serios retos para ofrecer una protección efectiva de las áreas bajo el SINAP, entre los cuales se destacaba la baja asignación presupuestal, lo que dificultaba la compra de equipos para facilitar el patrullaje y la contratación de personal con un grado técnico aceptable, limitaciones que no han podido ser superadas. En el 2005 el país se propuso avanzar en áreas efectivamente protegidas, lo

cual quedó establecido en la evaluación de costo de los ODM realizada en dicho año.¹⁴⁹

145. Las Naciones Unidas (2006), en los indicadores para el seguimiento de los ODM, establece que “la definición comúnmente aceptada de zona protegida es la ofrecida por la Unión Mundial para la Naturaleza, a saber, superficie de tierra y/o mar especialmente dedicada a la protección y el mantenimiento de la diversidad biológica y de los valores naturales y culturales conexos, y administrada mediante leyes u otros medios eficaces”. El indicador incluye tanto zonas terrestres como marítimas, y se expresa en forma de porcentaje de la superficie total del país, que incluye toda la superficie marítima territorial (hasta las 12 millas náuticas).
146. PNUD. Informe de Desarrollo Humano República Dominicana 2008.
147. El total del territorio está determinado por la Ley No. 66-07 que declara a República Dominicana como Estado Archipiélago.
148. En el primer informe sobre los ODM se reportó que en 2004 existían 70 áreas protegidas, de las cuales 35 tenían protección efectiva y las restantes sin ninguna persona que las vigile. Además, que las áreas protegidas del país representaban en 1998 el 16.2% del territorio, proporción que se elevó a 18.9% en el año 2000 y a 24.4% en 2009. En otro orden, el COPDES (2008) reportó que el 85% de las áreas protegidas se encuentra en 22 parques nacionales.

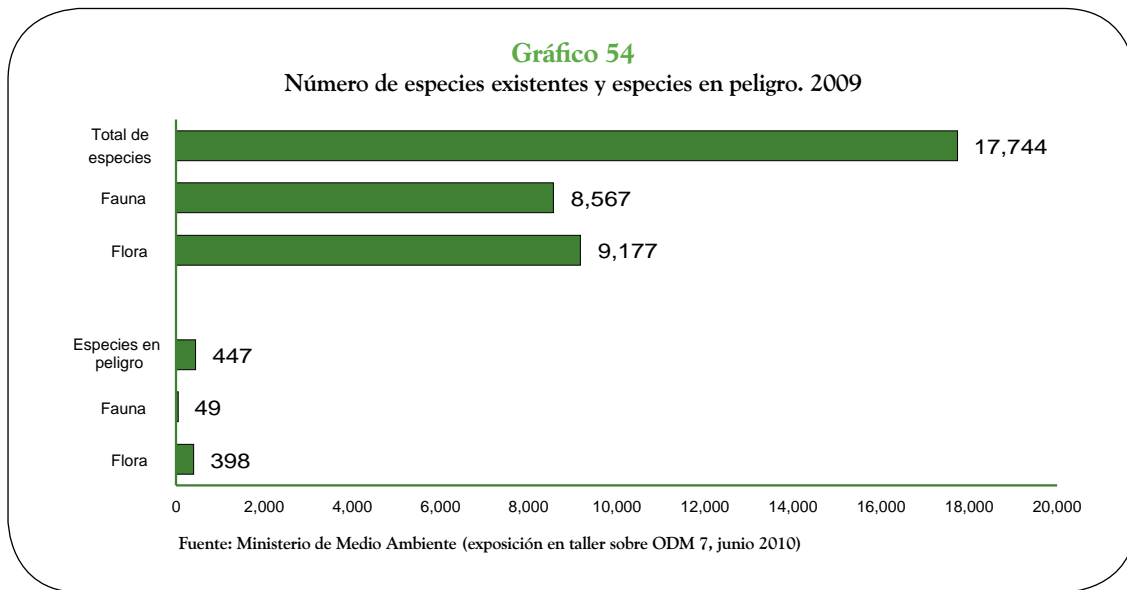
De hecho, el Ministerio de Medio Ambiente continúa enfrentando muchos retos como el avance de la frontera agrícola, la construcción de viviendas y asentamientos humanos dentro de las áreas protegidas, las amenazas que representan actividades como el turismo, la minería y la pesca. Otras amenazas o retos son los incendios forestales, los conflictos sobre uso o derecho de propiedad de la tierra y la escasa disponibilidad de recursos para ampliar las áreas protegidas con planes de manejo y proveerlas de los equipos necesarios y del personal de campo requerido, con condiciones laborales adecuadas.

Las áreas protegidas no han disminuido, por lo que este componente de la Meta 7.B se considera cumplido. Cabe resaltar que en la END no se contempla incremento de las áreas protegidas; en efecto, la propuesta fija en 24% las áreas protegidas, tanto para 2020 como para 2030.

Hay mucho más especies en peligro de extinción en la flora que en la fauna

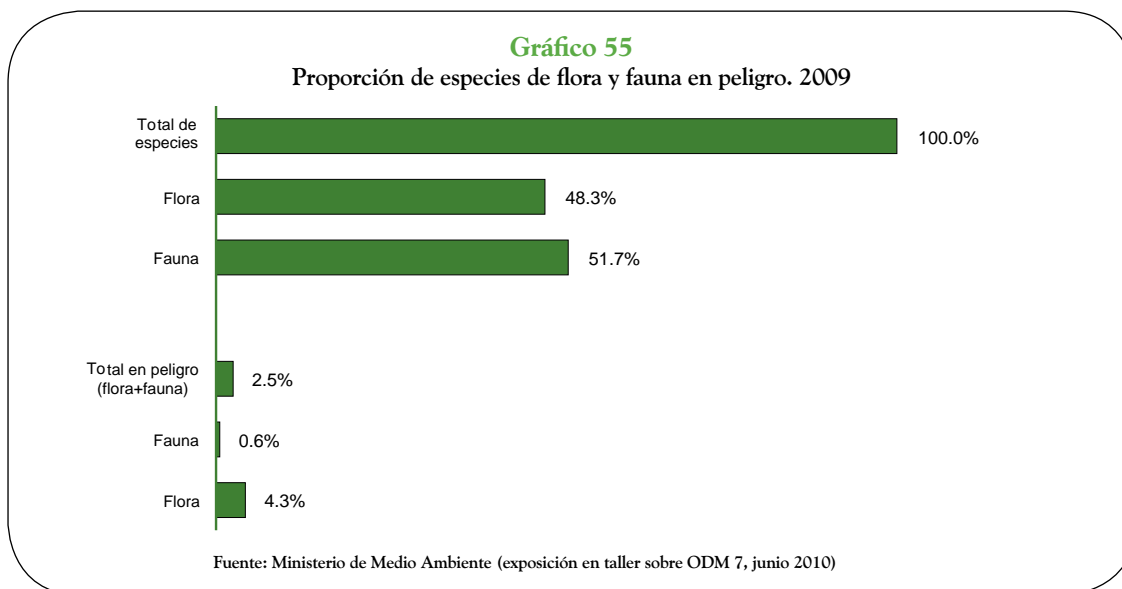
El país cuenta con 17,744 especies, de las cuales 9,177 pertenecen al reino vegetal (flora) y 8,567 al reino animal (fauna). De este total 447 especies se encuentran en peligro de extinción, equivalente a 2.52%. Es importante destacar que de las especies con algún estatus de peligro, una parte corresponde a especies de flora y fauna endémicas, lo que implica que su desaparición sería la pérdida global de una especie que sólo está presente en algún área puntual del país.

El número de especies del reino vegetal en peligro es muy superior al de las especies del reino animal. De las 9,177 especies de flora, 398 se encuentran en peligro, lo que representa el 4.34% del total de especies, y el 89% de las 447 especies en peligro. En cambio, de las especies de fauna, 49 están en peligro (excluyendo los artrópodos), lo que representa el 0.57% de todas las especies y el 11% de las especies en peligro.



149. Ver COPDES, Sistema de Naciones Unidas y ONAPLAN (2005). "Invirtiendo en el Desarrollo Sostenible de la República Dominicana.

Evaluación de Necesidades para cumplir con los ODM"



La detención o disminución de la pérdida de diversidad biológica en el país está condicionada al mejoramiento del control en el trasiego de especies; recuperación de hábitats y especies amenazadas, eficaz aplicación de las leyes y normas y las sanciones correspondientes a los infractores y efectiva gestión ambiental en las áreas protegidas. Cabe señalar que el país se encuentra en proceso de preparación de la estrategia y plan de acción sobre protección, conservación y uso sostenible de la biodiversidad biológica, decisión adoptada en el marco del Convenio de Diversidad Biológica.

Meta 7.C: Reducir a la mitad, para 2015, la proporción de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento.

La meta se ha cumplido anticipadamente, pero más de 1.3 millones de personas no tienen acceso sostenible a agua potable. El esfuerzo para aumentar la cobertura debe continuar.

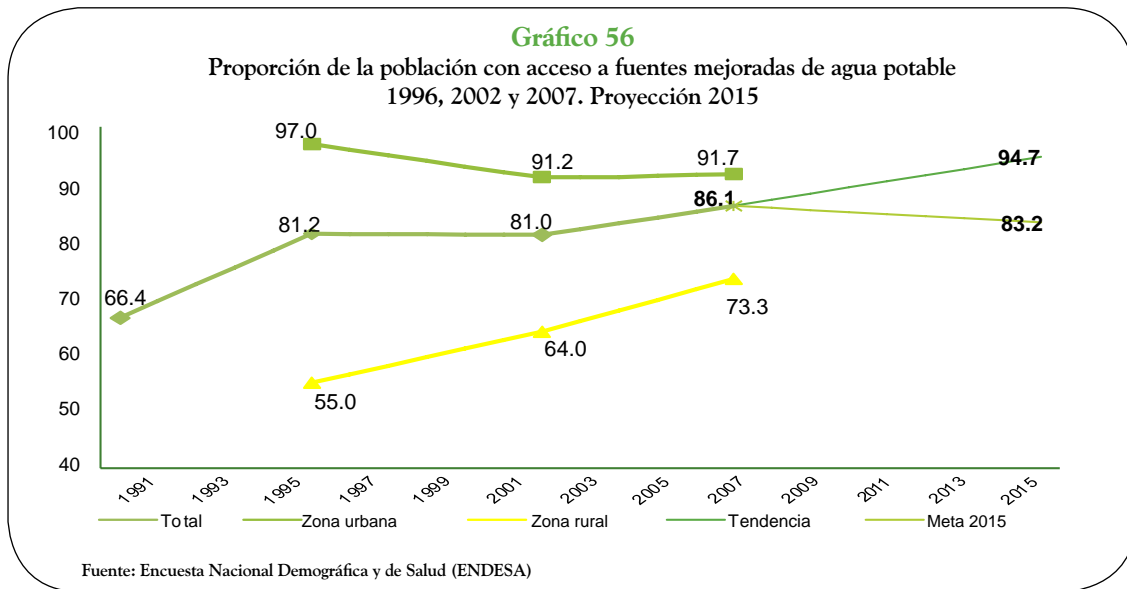
Los datos disponibles sobre acceso a abastecimiento de agua potable provienen de diferentes fuentes.¹⁵⁰ No se dispone de datos procedentes de fuentes administrativas, aunque estas fuentes, como ocurre en muchos países, por lo general se refieren a la disponibilidad de instalaciones de abastecimiento o a número de familias con contratos de servicios con las entidades de suplidoras,¹⁵¹ y no necesariamente al número de usuarios reales.¹⁵²

De acuerdo a las mediciones de ENDESA, en el año 1991 la población con acceso a agua potable representaba 66.4% de la población total, proporción que aumentó a 86.1% en 2007.¹⁵³ De este último porcentaje, el 50% correspondía a viviendas con acceso a agua dentro de la vivienda y el 36% fuera de la vivienda. El acceso a este vital servicio es muy desigual entre la población urbana

150. Fundamentalmente de los censos, de encuestas y base de datos de Naciones Unidas.
151. El suministro de agua potable está a cargo del Instituto Nacional de Aguas Potables y Alcantarillado y las Corporaciones de Acueductos y Alcantarillado existentes en varias provincias.
152. Las Naciones Unidas define el indicador ODM 7.8 en los siguientes términos: "Proporción de la población con acceso sostenible a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua es el porcentaje de la población que utiliza algunos de los siguientes tipos de abastecimiento de agua potable: agua corriente, fuente pública, pozo perforado o bomba, pozo protegido, fuente protegida o agua de lluvia. En las fuentes mejoradas de abastecimiento de agua no se incluyen el agua suministrada por vendedores, el agua embotellada, los camiones cisterna ni los pozos y fuentes sin protección", Y señala varias limitaciones de dicho indicador. Entre ellas que, a pesar de las definiciones oficiales de la OMS, la decisión sobre si la fuente de agua es potable o no es muchas veces subjetiva; además, que los datos de las encuestas de hogares suelen ser de mayor calidad que los datos administrativos, y que, si bien el acceso es el indicador más razonable del abastecimiento de agua, implica varios problemas metodológicos y prácticos, entre ellos la recopilación de los datos por personas habitualmente ajenas al sector de abastecimiento de agua, en el marco de encuestas más generales. También se reconoce como una limitación que la cronología de la recopilación y el análisis de los datos de encuestas de hogares es irregular, con largos intervalos entre las diferentes encuestas.
153. Otras fuentes de datos sobre acceso a abastecimiento de agua potable son la base de datos de Naciones Unidas que para los años 1990, 1995 y 2000 reporta alrededor de 88%; la ONE 79.2% a través del Censo de 2002 y mediante ENHOGAR 2005, 2006 y 2007, estimó 78.3%, 75% y 80.2% respectivamente. Además, la Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo (ENFT) del Banco Central, según la cual el porcentaje de viviendas con acceso a agua potable era 72.2% en el año 2000 y 75.7% en 2007.

y la rural. En 1996 se estimó en 97% para la zona urbana y en sólo 55% para la zona rural, es decir, una brecha de 42 puntos porcentuales. La brecha tiende a estrecharse; en 2007 la diferencia del acceso al servicio para la población urbana y rural era de alrededor de 18 puntos porcentuales, mucho menor que la diferencia registrada en 1996 y 2002, pero aún muy significativa.

El problema de la falta de acceso a agua potable afecta a las personas más pobres cerca de cuatro veces más que a las personas más ricas. Al respecto, el PNUD (2008) señala que, según la encuesta ENHOGAR 2006, el 44.5% del primer quintil de ingreso no tenía acceso a fuente de agua mejorada, proporción que era de 13.4% en el último quintil.



Si se proyecta la tendencia del indicador oficial partiendo de su comportamiento en el período 1991-2007, el resultado sería que en 2015 cerca del 95% de la población tendría acceso a fuentes mejoradas de agua potable (Gráfico 56), lo que indica que se superaría ampliamente la meta de lograr una cobertura de 83%. De hecho, ya dicha meta ha sido alcanzada, pues en el año 2007, según los datos de ENDESA, el 86% de la población tenía acceso a agua potable. Este resultado es similar al presentado por el Banco Mundial en el citado informe sobre los ODM del año 2009, en el cual se señaló que la meta ODM sobre acceso a agua potable había sido cumplida con anticipación.¹⁵⁴

De todos modos, se deben intensificar los esfuerzos para proveer agua potable a una mayor proporción de la población. El nivel de cobertura reportado para 2007 significa que más de 1.3 millones de personas no tenían acceso al agua necesaria para tomar,

cocinar, bañarse y realizar las tareas de limpieza en el hogar. Esta situación afecta más a las mujeres, que tradicionalmente son las responsables de las tareas del hogar y más aún en la zona rural, donde tanto las mujeres como los niños y niñas tienen a cargo el acarreo del agua hasta la vivienda.

Se ha logrado la meta, pero se deben intensificar los esfuerzos para que 1.6 millones de personas privadas de acceso a servicios de saneamiento mejorado tengan acceso a los mismos.

154. En el análisis de tendencia del primer informe nacional sobre los ODM (2004) se concluyó que no se lograría la meta. Un pronóstico similar hizo el COPDES en 2008, el cual partió de una proporción de población con acceso a agua potable de 66.6% en 1993, lo que implicaba que la meta para 2015 sería lograr una cobertura de 83.3%. Las diferencias en los resultados de los análisis de tendencia y los pronósticos respecto al indicador 7.8 se deben al uso de diferentes datos de referencia (línea base) y muy probablemente a divergencias en los datos procedentes de distintas fuentes.

La cobertura de servicios de saneamiento mejorado,¹⁵⁵ de acuerdo a datos de Naciones Unidas, era 73% en 1990 y aumentó a 79% en el año 2000¹⁵⁶, mientras que las mediciones de la encuesta ENHOGAR 2005-2007 colocan el indicador entre 82.4% (2005) y 85.8% (2006), y ENDESA en 61.1% en 1991, 67% en 1996 y 82.7% en 2007.¹⁵⁷

Existe una brecha significativa entre la cobertura del servicio de saneamiento en la zona urbana y la rural, aunque con tendencia a estrecharse. En la zona

urbana 83 de cada 100 personas disponían de servicios mejorados de saneamiento en 1990, mientras en la zona rural la proporción era de solo 61 personas por cada cien. En 2007 la brecha se mantenía amplia, aunque menor; en dicho año el 86.8% de la población urbana tenía acceso a saneamiento mejorado, proporción que era de 73.5% en la zona rural (Cuadro 6).

Una proporción tan alta de la población que no dispone de inodoros, letrinas y otros servicios de

Cuadro 6
Proporción de la población con acceso a servicios de saneamiento mejorados, según zona de residencia (%). 1990-2007

Año	Total	Zona de residencia	
		Urbana	Rural
1990	73.0 ^a	83.0 ^a	61.0 ^a
1995	76.0 ^a	84.0 ^a	65.0 ^a
1996	67.0 ^c	71.3 ^c	60.0 ^c
2000	79.0 ^a	85.0 ^a	69.0 ^a
2005	82.4 ^a	84.1 ^a	79.3 ^a
2006	85.8 ^a	90.4 ^a	76.8 ^a
2007	82.7 ^c	86.8 ^c	73.5 ^c

Fuentes: (a) ONU. Base de Datos para ODM (actualizada al 23 de Junio 2010) • (c) Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM). ENDESA. • (d) ONE. ENHOGAR

saneamiento mejorado, implica permanentes riesgos para la salud y una importante fuente de deterioro del medio ambiente.¹⁵⁸

155. "La proporción de la población con acceso a servicios de saneamiento mejorados es el porcentaje de la población con acceso a servicios que separan higiénicamente las excretas humanas del contacto con hombres, animales e insectos. Se supone que servicios como las alcantarillas o tanques sépticos, letrinas de sifón y letrinas de pozo sencillas o ventiladas son adecuados, siempre que no sean públicos, según Evaluación Mundial del Abastecimiento de Agua y Saneamiento en 2000, de la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Para que sean eficaces, las instalaciones deben estar correctamente construidas y bien mantenidas" (Naciones Unidas, 2006. Indicadores para el seguimiento de los ODM). Se considera un indicador razonable del abastecimiento de saneamiento, aunque tiene varios problemas metodológicos y prácticos similares a los que ya se señalaron en el caso del abastecimiento del agua.

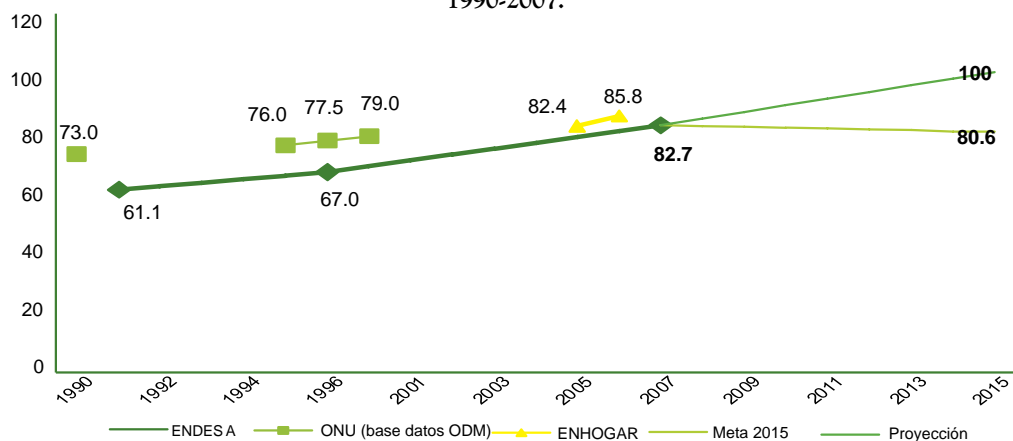
156. El primer informe nacional sobre los ODM (2004) reportó una cobertura de saneamiento mejorado de 60% en 1990 y de 90% en 2000.

157. Informaciones recopiladas por ONE.

158. De acuerdo a información suministrada por INAPA y CAASD en taller sobre ODM 7 (junio 2010), la cobertura del alcantarillado en el Distrito Nacional y la ciudad de Santo Domingo se estima en sólo 27%. La capa freática se está contaminando por la gran cantidad de pozos utilizados para eliminar los desechos sanitarios.

Gráfico 57

Proporción de la población con acceso a servicios de saneamiento mejorados. 1990-2007.



Fuente: ONU (base de datos ODM), ENDESA y ENHOGAR

Como muestra el Gráfico 57, las tres fuentes de datos disponibles apuntan hacia un incremento de la cobertura del servicio de saneamiento mejorado. Si continuara la tendencia mostrada por los datos de ENDESA, en los próximos 5 años teóricamente se lograría acceso de servicios de saneamiento mejorado para prácticamente toda la población. Naturalmente, es un resultado que debe ser tomado con mucha precaución y, aun se haya cumplido la meta, el esfuerzo para aumentar la cobertura y la calidad de dichos servicios debe continuar

y acelerarse, ya que los datos de ENDESA indican que existe más de 1.6 millones de personas con acceso limitado a los mismos.

Finalmente, es pertinente señalar que el Banco Mundial (2009) consideró cumplida la meta de acceso a servicios de saneamiento mejorados. El Banco partió de un valor de referencia menor (61.1%) y estableció como meta una cobertura de 80.6%.¹⁵⁹ La END se propone una meta de cobertura de 92% para el año 2020 y 100% en 2030.¹⁶⁰

Recuadro 7

La contaminación en las áreas urbanas

Los problemas de contaminación en las áreas urbanas se asocian a la baja inversión en infraestructura de alcantarillado sanitario, y tratamiento de aguas residuales, asentamientos precarios en proximidades de ríos y cañadas, así como la ocupación y deterioro de las áreas verdes y zonas ecológicas de contención del proceso de urbanización y el deterioro del medio construido debido a lluvias ácidas. La contaminación del aire está asociada a la proliferación de los vehículos de motor, las plantas eléctricas y las fuentes industriales.

Fuente: Documento base de la Propuesta de Estrategia Nacional de Desarrollo 2010-2030.

159. El escenario base de proyección del Banco Mundial, dio como resultado una estimación de cobertura de 86.3% para el año 2015. Además, el Banco hizo el ejercicio de estimación con otros escenarios, con resultados

promedio de aproximadamente 88%.

160. La END utiliza como año base 2006, para el cual utiliza una cobertura de 81%

Meta 7.D: Haber mejorado considerablemente, en 2020, la vida de al menos 100 millones de habitantes de barrios marginales ¹⁶¹La proporción de la población urbana que vive en tugurios ha descendido relativamente rápido.

Junto al rápido crecimiento de las principales ciudades se han expandido los barrios marginales y el número de familias que vive en condiciones de hacinamiento, en viviendas frágiles, sin los servicios básicos, en muchos casos en áreas de alto riesgo, muy vulnerables a los fenómenos atmosféricos. El Instituto Nacional de la Vivienda (INVI), a partir del Censo 2002, señala que de un total de 2.2 millones de viviendas, 1.1 millones (50%) tienen deficiencias en servicios básicos (tipo de alumbrado, abastecimiento de agua y servicio sanitario); 567 mil (26%) son viviendas con hacinamiento y 369 mil (17%) con

deficiencias estructurales irrecuperables. De acuerdo a dicha institución, el déficit habitacional es de 719,990 viviendas, de las cuales 369,132 corresponden a viviendas con deficiencias irrecuperables y 350,858 a viviendas faltantes por la existencia de hogares secundarios y núcleos familiares dentro de la vivienda.¹⁶²

La población urbana que en 1990 vivía en tugurios¹⁶³ ha sido estimada en 1.1 millones de personas, equivalente al 27.9% del total de población urbana; para 2007 dicha población se había reducido en alrededor de 43 mil personas y representaba el 16.2% del total.¹⁶⁴ Este porcentaje es significativamente menor que el registrado 17 años atrás,¹⁶⁵ pero revela que aún un alto número de personas habita en vivienda de baja calidad estructural, poco duradera, con muy limitado espacio, sin acceso a agua potable ni a servicios de saneamiento, tenencia insegura y otras limitaciones.

Cuadro 7
Población urbana que vive en tugurios. 1990-2007

Año	Población	%
1990	1,122,763	27.9
1995	1,131,336	24.4
2000	1,146,239	21.0
2005	1,110,307	17.6
2007	1,079,416	16.2

Fuente: Naciones Unidas. Base de datos para los ODM (con información de Censo 2002, ENHOGAR 2005 y 2007 y otras fuentes). Actualizada el 23 de junio 2010,

161. Meta de los ODM a nivel mundial. En relación al mejoramiento de las condiciones habitacionales no existe una meta específica para el país.

162. INVI. Plan Estratégico para el Sector Vivienda 2001-8-2012. <http://invi.gob.do/SobreelINVI/PlanEstrat%3%a9gico.aspx> . Consulta el 17/07/2010.

163. "Naciones Unidas-Hábitat entiende por hogar de un barrio de tugurios un grupo de individuos que viven bajo el mismo techo que carecen de una o varias (en algunas ciudades, dos o más) de las condiciones siguientes: tenencia segura, calidad estructural y durabilidad de las viviendas, acceso al agua potable, acceso a servicios de saneamiento y espacio suficiente para vivir. Tenencia segura hace referencia a los hogares que son propietarios de sus casas o las están comprando, las alquilan en el mercado privado o habitan viviendas sociales o en régimen de subalquiler. Los hogares sin tenencia segura son los ocupantes ilegales (independientemente de que paguen o no el alquiler), las personas sin hogar y los hogares sin un acuerdo formal. (Naciones Unidas, 2006. Indicadores para el seguimiento de los ODM).

164. El reporte de COPDES (2008) sobre los ODM, señala que el 53% de

los hogares urbanos (742 mil) eran considerados tugurios; proporción que al año 2005 era 33%. Según COPDES, esta última estimación fue realizada con datos de ENHOGAR. Por otra parte, en el referido reporte se definió como población que habita en tugurios a la que reside en zona urbana y vive en hogares con por lo menos una de las carencias siguientes: sin acceso a fuente mejorada de agua, sin acceso a saneamiento mejorado, hacinamiento (3 o más personas por habitación) y vivienda contraída con materiales no duraderos.

165. La proporción de la población que vive en tugurios ha descendido más rápidamente en República Dominicana que en el promedio de los países en desarrollo. Según las Naciones Unidas (Reporte 2009 de los ODM), en 1990 cerca de la mitad de la población urbana en las regiones en desarrollo vivía en tugurios, proporción que se había reducido al 36% en el 2005.



2.7.2 Intervenciones necesarias. Buenas prácticas para avanzar hacia el ODM 7.

Para lograr el conjunto de metas relacionadas con la sostenibilidad del medio ambiente, es necesario remover obstáculos y fortalecer programas y políticas de probada eficacia en la reducción de la pérdida de recursos ambientales, la protección de la diversidad biológica, el aumento del acceso a agua potable y servicios de saneamiento, así como en el mejoramiento de las precarias condiciones habitacionales en que vive gran parte de la población del país. Se plantea la necesidad de prestar particular atención a aspectos como los siguientes.¹⁶⁶

- a. Descentralización o desconcentración de la funciones del Ministerio de Medio Ambiente mediante la creación de Direcciones Provinciales Ambientales y Recursos Naturales; fortalecimiento del Servicio Nacional de Protección Ambiental; programas sostenidos de recolección de semillas y producción de plantas endémicas y nativas; acompañamiento a la regeneración natural del bosque y un

mayor involucramiento del sector privado en las actividades de reforestación y fortalecer los mecanismos de participación social en la gestión ambiental.

- b. Impulsar los programas Producción Más Limpia (PML) y Certificación Ambiental (ISO 14,000), así como fortalecer el sistema de control de emisiones en las industrias y desarrollar un amplio programa de concientización ciudadana en el ahorro de energía.
- c. Promoción de la aplicación de la Ley 57-07 sobre energía renovable.
- d. Luego de la exitosa eliminación del bromuro de metilo como fumigante de suelo agrícola, hay que velar para que a partir de ahora el mismo sólo sea usado en cuarentena, pre-embarque y espacios cerrados, como lo establece el Protocolo de Montreal. Además fortalecer

166. Recomendaciones del Ministerio de Medio Ambiente y representantes de otras instituciones públicas, ONGs y organizaciones sociales participantes en el taller de evaluación del cumplimiento del ODM 7.

- los vínculos entre el sector privado y el sector público para eliminar los HCFCs.
- e. Para mantener los peces dentro de límites biológicos seguros se deben emprender esfuerzos para garantizar la aplicación y cumplimiento de las Leyes 64-00 y 307-04; la fiscalización del cumplimiento de las vedas establecidas; la implementación de programas de conservación de las especies vulnerables; el respeto a las tallas y épocas de crías y reproducción; el entrenamiento y capacitación al personal de CODOPESCA y del Ministerio de Medio Ambiente, y supervisión de la actividad pesquera para garantizar que ésta se realice con criterios de sostenibilidad, aplicando el código de conducta de la pesca responsable.
 - f. La política pesquera deberá encaminar acciones fundamentadas en el Código de Conducta de la Pesca Responsable que promueve la FAO y es asumida por la Ley General 307-04 Sobre Pesca y Acuicultura.
 - g. Es necesaria la puesta en marcha de un plan hidrológico nacional, conciliado con los planes sectoriales. La propuesta de Estrategia Nacional de Desarrollo representa una oportunidad para definir una autoridad nacional que articule coordine, planifique y regule en forma global la gestión integrada del agua, lo cual ha sido históricamente difícil de implementar.¹⁶⁷ La fragmentación institucional no ha permitido una racional selección e implementación de proyectos en las cuencas hidrográficas, basados en una evaluación de recursos hídricos.
 - h. El programa de transferencia de la administración, operación y mantenimiento de los sistemas de riego a los usuarios organizados en asociaciones y juntas de regantes ha sido exitoso; el mismo debe ser fortalecido. Se requiere de la implementación de estructuras especiales de educación permanente y de promoción de la asociatividad de los usuarios como los Centros de Gestión de Agronegocios y Centros Audiovisuales–Bibliotecas(CEGA-CABI).¹⁶⁸
 - i. Darle sostenibilidad a los programas de rehabilitación y reconstrucción de la infraestructura de aprovechamiento hídrico; prestar atención al mejoramiento de la estructura de administración y gestión del riego, para lo cual se requiere atraer y retener personal técnico calificado.
 - j. Promover la cultura sobre el uso racional del agua a todos los niveles, en especial en la población de edad escolar, así como programas de capacitación permanente tanto a nivel técnico como de los productores, para introducir mejores prácticas agrícolas (disminuir la lámina de riego en arroz, proyectos de reconversión de riego por gravedad a riego presurizado, entre otras).
 - k. Concentrar esfuerzos para una efectiva aplicación de la Ley 202-04 sobre áreas protegidas, de manera que la totalidad de las áreas incorporadas al SINAP se conviertan en áreas efectivamente protegidas, lo que requiere del fortalecimiento de la capacidad de gestión y administración del SINAP, y fomentar proyectos de acción conjunta del Estado y las comunidades.¹⁶⁹ Esto deberá ir de la mano de programas de educación ambiental tendientes a provocar un cambio de actitud de la población frente al medio ambiente y los recursos naturales.
 - l. Formulación y puesta en marcha de una estrategia de conservación de la biodiversidad, que, entre otras cosas, implique el fortalecimiento del marco legal e institucional y avances en la investigación.
 - m. La formulación e implementación de los planes estratégico de suministro de agua

167. Desde hace más de 10 años se encuentra en el Congreso Nacional el proyecto de ley de aguas.

168. Estos centros, de los cuales actualmente existen 10 y hay 2 en construcción, ofrecen servicios a distancia (vía web) sobre información (precios, mercados, tecnologías) y capacitación (riego, fertilización, manejo de cultivos y otros temas), en beneficio de los usuarios de los sistemas de riego y las familias en el entorno a las Juntas de Regantes.

169. En el INDH 2008 se hace referencia a 15 experiencias de manejo de áreas protegidas con la participación de organizaciones comunitarias y otras instituciones. Se señala que la mayoría de ellas han sido exitosas y se destaca que “las comunidades no sólo han participado en la toma de decisiones y la gestión de las áreas, sino que han aprendido que éstas pueden representar un medio de vida para ellas, ya que la protección de la biodiversidad y de los ecosistemas puede no tener significado para las personas con necesidades inmediatas de supervivencia”.

e infraestructura de saneamiento debe ser mejorada sustancialmente, para lo cual se requiere, entre otras acciones, fortalecer la coordinación interinstitucional, disponer de los recursos humanos requeridos, aplicar oportunamente las asignaciones presupuestarias, que con frecuencia llegan con demora, lo que retrasa y encarece las inversiones.

- n. Para aumentar la cobertura y mejorar la calidad del servicio de suministro de agua potable, se requieren esfuerzos orientados a racionalizar la inversión en infraestructura y dar un adecuado mantenimiento. Las inversiones realizadas en el sector no han tenido el impacto esperado; se ha invertido en infraestructura sin prestar la debida atención a las líneas de distribución.
- o. En la gestión de los acueductos existen buenas prácticas que deben ser ampliadas y replicadas, como el proyecto de fortalecimiento institucional de administraciones locales, iniciado en varias

provincias; es necesario descentralizar las operaciones y entrenar personal para el manejo del servicio de agua. Los programas de control de pérdidas deben ser dinamizados, gran parte del agua se pierde por fugas en las líneas y en las instalaciones domiciliarias.

- p. Promover la participación comunitaria en la gestión de los acueductos, sobre lo cual existen experiencias positivas, especialmente en zonas rurales. Tanto INAPA como las Corporaciones de Acueductos y Alcantarillados deberían emprender campañas de concientización tendentes a aumentar la confianza de la ciudadanía en el agua servida por los acueductos. Gran parte de la población desconfía de la calidad del agua servida, a pesar de que dichas instituciones señalan que el agua que suministran es realmente potable. Se requiere un cambio cultural en la ciudadanía, para que los usuarios paguen el suministro de agua, de manera que la facturación refleje la cobertura.





Objetivo



FOMENTAR UNA
ASOCIACIÓN MUNDIAL
PARA EL DESARROLLO

2.8 OBJETIVO 8: FOMENTAR UNA ALIANZA MUNDIAL PARA EL DESARROLLO¹⁷⁰

2.8.1 Tendencias y brechas pendientes Meta 8.D.

Meta 8.D: Encarar de manera integral los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales para que la deuda sea sostenible a largo plazo.

El indicador de esta meta es el servicio de la deuda como porcentaje de las exportaciones. Según se expone en el gráfico, en la década que concluye se ha registrado una reversión en relación a los logros evidenciados en la década previa, en consistencia con el aumento sostenido del endeudamiento y un

crecimiento menor de las exportaciones. Tras alcanzar su menor valor en 1999 (4.1%), a partir de ese año la deuda pública creció de manera sostenida, lo que llevó a que en 2009 el servicio de la deuda en relación a las exportaciones más que duplique (9.9%) el observado en el año referido.



170. Las metas e indicadores de este Objetivo se miden principalmente en países con características diferentes a las de República Dominicana. Su monitoreo se realiza "a partir de las iniciativas y políticas de los países más desarrollados" (Primer informe nacional 2004). La gran mayoría de los indicadores oficiales del ODM 8 se refieren a los compromisos asumidos por los países de la OECD con la ayuda oficial al desarrollo y

el acceso a los mercados de países en desarrollo o menos adelantados, así como a la sostenibilidad de la deuda en los países pobres muy endeudados. Este capítulo sólo contiene informaciones sobre la evolución de los indicadores relacionados con la deuda externa y el acceso a medicamentos esenciales y a las TIC.

Si se analiza el servicio de la deuda externa como porcentaje del ingreso nacional bruto, aunque el ratio ha

aumentado respecto de los valores de inicio de la década, ha tendido a estabilizarse en los últimos años.



2.8.2 Tendencias y brechas pendientes Meta 8.E.

Meta 8.E: En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo a precios asequibles La puesta en marcha del nuevo régimen de seguridad social es la principal herramienta para aumentar el acceso a medicamentos.

El Estado Dominicano, a través del Ministerio de Salud Pública tiene el compromiso de velar por la salud de toda la población y garantizar el acceso equitativo a los medicamentos esenciales. Actualmente, los principales mecanismos de acceso a medicamentos son el Seguro Familiar de Salud del sistema de seguridad social y las Farmacias del Pueblo. La afiliación de las personas pobres al seguro de salud se realiza fundamentalmente a través de la aseguradora estatal Seguro Nacional de Salud (SENASA). Las Farmacias del Pueblo con suplidas a través del Programa de Medicamentos Esenciales y Central de Apoyo Logístico (PROMESE-CAL).

El número de personas beneficiarias del régimen subsidiado del sistema de seguridad social, cubierto en

un 100% con financiamiento público, pasó de alrededor de 30 mil en 2005 a 1,250,000 en 2009. Se estima que 3.4 millones de personas beneficiarias del régimen subsidiado, equivalente al 36% de la población del país, tendrán acceso al Seguro Familiar de Salud, una vez se alcance la cobertura establecida en la Ley de Seguridad Social, vigente desde 2001 y que contempla que toda la población esté afiliada en 2011. El Estado deberá realizar nuevos aportes para cuando entre en ejecución el régimen contributivo subsidiado, al cual ingresarían alrededor de 3.2 millones de personas (34% de la población). De tal manera, una vez completada la afiliación a la seguridad social, alrededor del 70% de la población estaría incorporada al Seguro Familiar de Salud con financiamiento público total o parcial.

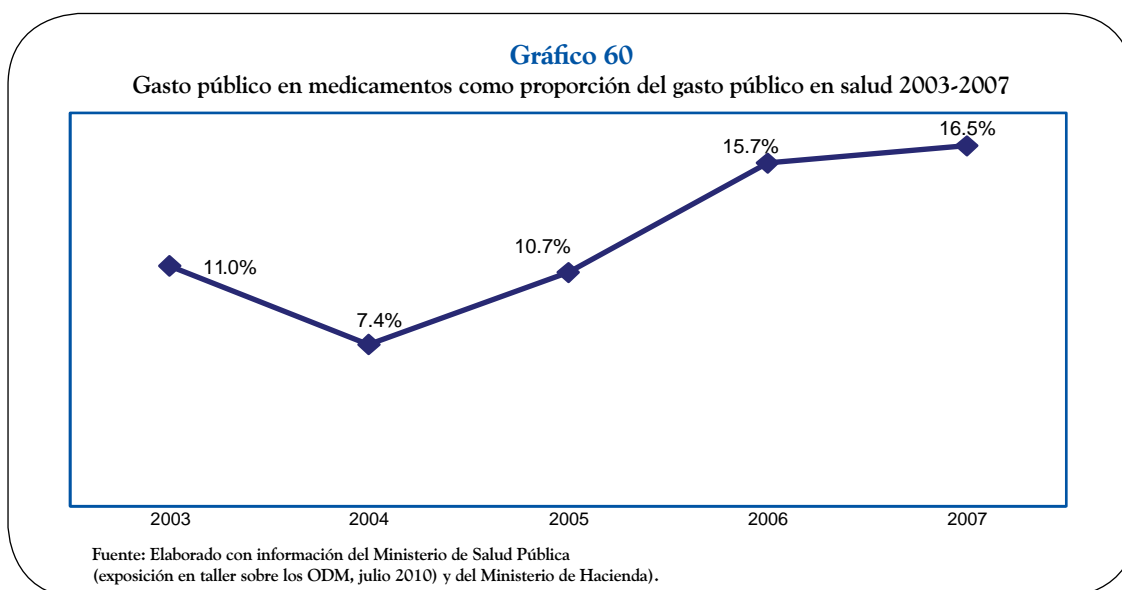
PROMESE-CAL tiene como función “adquirir, almacenar, distribuir y vender medicamentos e insumos, garantizando la calidad, acceso y precios razonables para el sector estatal y a la población vulnerable del país”. A través de las Farmacias del Pueblo,¹⁷¹ la institución oferta a la población diferentes tipos de medicamentos. El

171. Anteriormente denominadas Boticas Populares.

catálogo de productos del programa era de 69 renglones en 2004 y aumentó a 244 para 2009. Su rol principal es suplir los requerimientos de medicamentos de las entidades públicas, aunque solo suple una parte de los mimos.

No se dispone de estadísticas sobre el acceso de la población a medicamentos esenciales. El esfuerzo del gobierno en esta materia puede ser medido a través

del gasto en medicamentos, el cual representó en 2003 el 11% del gasto público en salud, proporción que disminuyó a 7.4% en 2004; se recuperó y aumentó a un promedio de 16% en los años 2006 y 2007. De acuerdo al Ministerio de Salud Pública, el monto del gasto público en medicamentos, a precios corrientes, fue de RD\$2,478 millones en 2006, RD\$3,544 millones en 2007 y de RD\$3,663 millones en 2008.¹⁷²



2.8.3 Intervenciones necesarias. Buenas prácticas para avanzar hacia la Meta 8.E.

En gasto público en salud es bajo, lo que se traduce en un gran obstáculo para las entidades gubernamentales responsables de facilitar a la población pobre el acceso a medicamentos esenciales cumplan con dicha función. Pero, en adición a un volumen mayor de recursos financieros, es necesario desarrollar una estrategia integral de servicios de salud, en la que participen de manera coordinada todas las instancias vinculadas al suministro de medicamentos. Entre otras acciones, una mayor aplicación de recursos a la atención preventiva, en lugar de la curativa, hace más eficaz el servicio de asistencia sanitaria en sentido general y el suministro de medicamentos en particular. Otra limitación

es que el PROMESE/CAL no constituye aún la central de abasto del gobierno¹⁷³, como debería ser, y existen brechas por cubrir en materia de regulación de medicamentos por parte del Ministerio de Salud Pública.

Hay que promover la instauración de una eficiente política farmacéutica nacional y fortalecer el PROMESE/CAL, en el marco de una adecuada implementación del Plan Decenal de Salud (PLANDES). En vista de los logros alcanzados por el SENASA, sus servicios deben continuar fortaleciéndose y ampliándose.

172. Exposición del Ministerio en el taller sobre ODM, julio 2010.

173. Esto contribuiría a asegurar precios de eficiencia en las compras, aumentando de esta manera la calidad del gasto sanitario a nivel de la adquisición de medicamentos.

2.8.4 Tendencias y brechas pendientes Meta 8.F.

META 8.F: *En cooperación con el sector privado, dar acceso a los beneficios de las nuevas tecnologías, especialmente las de la información y las comunicaciones* El acceso de la población dominicana al servicio telefónico ha aumentado de manera sostenida.

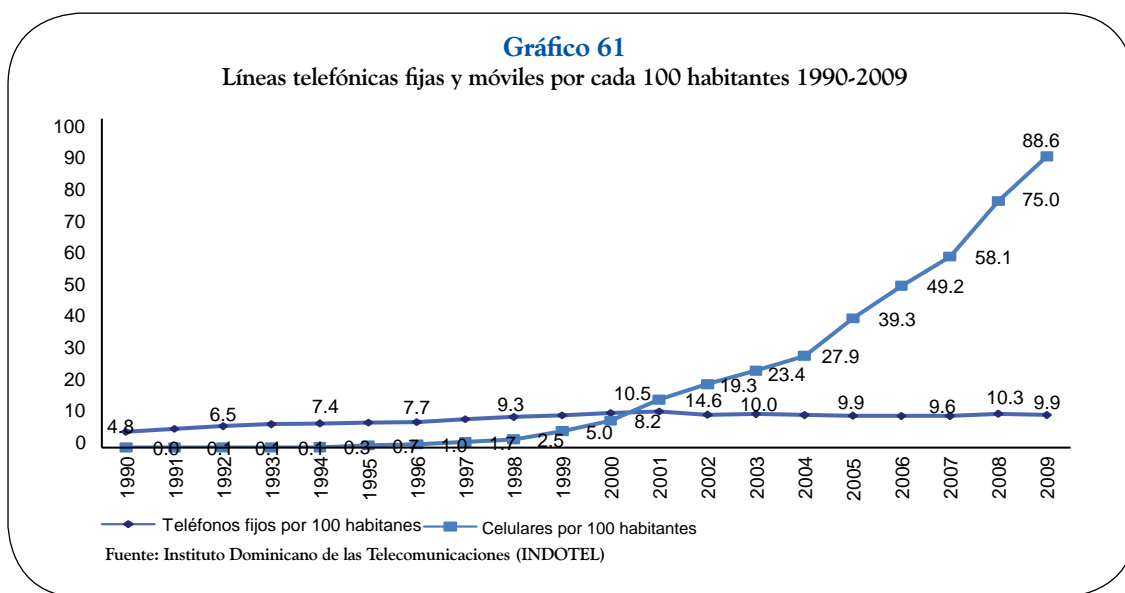
La evolución de los tres indicadores ODM, líneas telefónicas, abonados a telefonía móvil y usuarios de Internet por cada 100 habitantes, refleja el avance significativo de República Dominicana en materia de telecomunicaciones y conectividad a Internet.

El acceso a servicio telefónico ha aumentado de manera sostenida, sobre todo por el rápido crecimiento de las líneas de teléfonos celulares. En 1990, de cada 100 personas 4.9 disponían de teléfono fijo o celular, proporción que se elevó a 18.7 en 2000 y a 98.5 en 2009. La teledensidad de telefonía fija aumentó de 4.8 en 1990 a 10.5 en 2000, disminuyendo a 9.9 en 2009;

mientras que la teledensidad de teléfonos celulares, de prácticamente cero al inicio de la pasada década, pasó a 8.2 en 2000 y a 88.6 en el 2009.¹⁷⁴ (Gráfico 59).

Actualmente República Dominicana registra un nivel de acceso a teléfonos celulares (88.6%) superior al promedio de los países en desarrollo (57.9%) y al promedio mundial (68.2%). Con respecto a los países desarrollados, que registran una teledensidad promedio de 115.3%, la brecha es de 26.7 puntos porcentuales,¹⁷⁵ mientras que en términos comparativos con la región de América Latina y el Caribe, República Dominicana en líneas de telefonía fija, móvil y usuarios de Internet se ubica dentro del promedio de la región en el año 2009 y del valor esperado tomando en consideración el ingreso per cápita del país.¹⁷⁶

El número de suscripciones de teléfonos fijos, que era 341 mil en 1990, se elevó a 894 mil en 2000 y a 965 mil en 2009. En cambio, las suscripciones a celulares de apenas un poco más de 3 mil, aumentaron a 705 mil en 2000 y a 8.6 millones en 2009 (Anexo18).



El acceso a Internet se mantiene creciendo; la reducción de costos y mejoras en la educación contribuirían a ampliar su uso.

El servicio de Internet se inicia en el país en el año 1995. El número estimado de usuarios pasó de 23 mil en

174. Las diferencias de las tasas de crecimiento anual de los servicios de telefonía fija y celular son muy marcadas. En el período 1990-2000, el crecimiento promedio anual de la telefonía fija fue de 10.1% y el de celular 71.5%, mientras que en el período 2000-2009 la tasa de crecimiento fue de 0.85% y 32.1%, respectivamente.

175. Datos la Unión Internacional de Telecomunicaciones (<http://www.itu.int/ITU-D/ict/statistics/>, consulta 17/07/2010) e INDOTEL

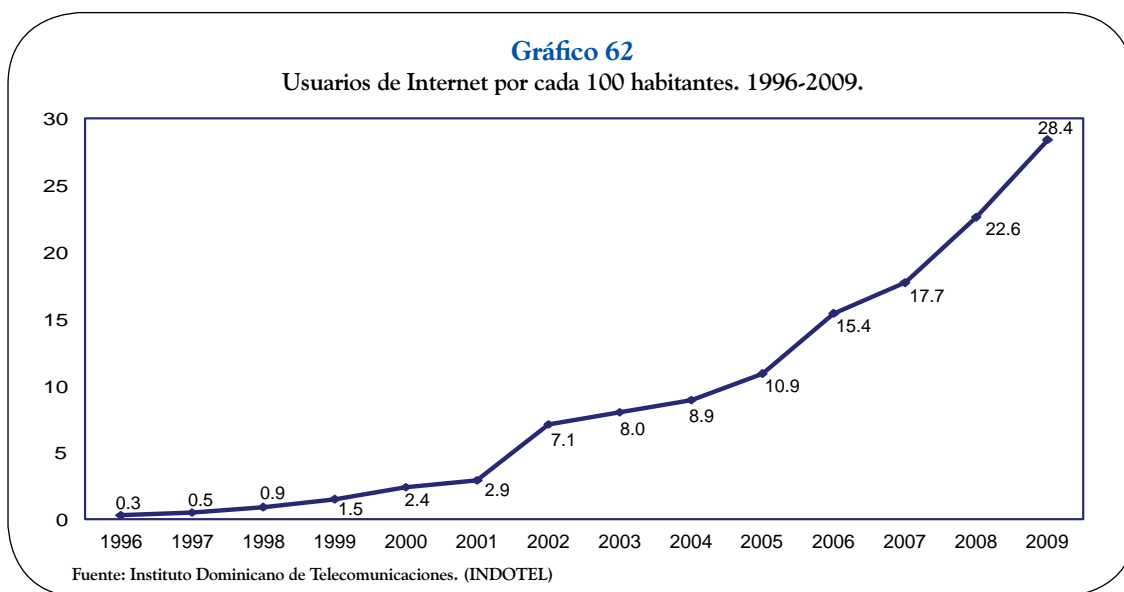
176. INDOTEL, exposición en taller sobre ODM, julio 2010.

1996 a 206 mil en 2000 y a 2.7 millones para 2009, trece veces el total de hace nueve años.¹⁷⁷

En otros términos, en el año 2000 había 2.4 usuarios de Internet por cada 100 habitantes, mientras que en 2009 era 28.4 (Gráfico 60). Este valor del indicador ODM es ligeramente superior al promedio mundial (26.8) y significativamente mayor a la cobertura promedio de Internet en los países en desarrollo (18.0). En comparación con los países desarrollados, en los cuales un promedio de 66.6 por cada 100 habitantes tienen acceso a Internet, la cobertura de República

Dominicana se encuentra 38.9 puntos porcentuales por debajo.

En la Estrategia Nacional de Desarrollo se propone lograr que el número de usuarios de Internet por cada 100 habitantes alcance 60 en 2020 y 80 en 2030. Aunque es difícil predecir el comportamiento de este tipo indicadores para un período relativamente largo, la tendencia observada sugiere que es muy probable que estas metas se logren, sobre todo si se reducen los costos de acceso y se registran mejoras en la cobertura y la calidad de la educación.



Ejercicios de proyección realizados a los fines de este informe indican que, de mantenerse la tendencia, en 2015 los usuarios de Internet podrían representar entre 58% y 75% de la población.¹⁷⁸ No obstante que los indicadores agregados de telecomunicaciones vistos más arriba muestran el avance del país en materia de acceso a las telecomunicaciones y a las TIC en sentido general, en términos desagregados por provincias, las estadísticas indican que hay un acceso muy desigual a las TIC por parte de la población dominicana. Al respecto, el INDOTEL señala que existen desequilibrios o brechas territoriales significativas de acceso a servicios de telefonía e Internet, especialmente de banda ancha.

De las 32 provincias del país, en 2008, solamente 5 provincias tenían una teledensidad arriba del 90%; éstas

son la región metropolitana (Distrito Nacional y Provincia Santo Domingo), la Romana, La Altagracia, Puerto Plata y Santiago; en 12 provincias la teledensidad está entre 60% y 89%¹⁷⁹ y las 15 restantes por debajo del 60%. En cuanto al acceso a Internet, las mejor posicionadas son

177. La tasa de crecimiento promedio anual del número de usuarios fue 73.5% del año 1996 al 2000, y de 33.1% en el período 2000-2009.

178. Se utilizó una función polinomial, con una bondad de ajuste cercana al 99%, asumiendo distintos escenarios. Otra proyección realizada por el INDOTEL (Exposición en taller sobre ODM, julio 2010), se hizo tomando como referencia el promedio de suscriptores de Internet de Chile, México y Brasil (9.2%), países de la región que alcanzaron el mayor número de cuentas de Internet al año 2009. Si República Dominicana se propusiera alcanzar este nivel en 2015, es decir, tener una penetración de cuentas de Internet de 9.2%, este indicador debería tener un crecimiento anual de 12.8%.

179. La Vega, Monte Cristi, Peravia, Samaná, Hermanas Mirabal, San José de Ocoa, María Trinidad Sánchez, San Pedro de Macorís, Santiago Rodríguez, Duarte, Espaillat y El Seibo.

las mismas provincias con mayor acceso a servicios de telefonía señaladas anteriormente. Las de menor acceso son Elías Piña, Monte Plata, Independencia y Bahoruco, las cuales tienen menos del 0.5% de cuentas o abonados a Internet, y otras 11 provincias que solo tienen entre 0.5% y 0.99%.¹⁸⁰

2.8.5 Intervenciones necesarias. Buenas prácticas para avanzar hacia la Meta 8.F.

El acceso de la población dominicana a las tecnologías de la información y la comunicación ha crecido de manera significativa, al ritmo del promedio mundial. Pero más personas pudieran beneficiarse de estas tecnologías si se ampliara la infraestructura de redes de telecomunicaciones y acceso a Internet, al propio tiempo que se redujeran los costos para los usuarios y se mejoraran los conocimientos y habilidades de la población para usar las TIC.

Una mayor asequibilidad a Internet requiere la adopción de medidas para la reducción de costos, los cuales son muy elevados en el país, sobre todo si se toma en consideración que la gran mayoría de la población recibe ingresos muy bajos. Se estima que el costo promedio mensual de acceso a Internet equivale a aproximadamente el 40% del salario mínimo legal.¹⁸¹

Ampliar la conectividad (disponibilidad) y reducir los costos de acceso a Internet forman parte de los desafíos del INDOTEL. En tal sentido, desde el año 2008 la institución lleva a cabo el Proyecto de Conectividad Rural de Banda Ancha, el cual tiene como finalidad promover la expansión de la infraestructura de la red pública de telecomunicaciones en todas las áreas rurales y de preferente interés social e implementar nuevas tecnologías de banda ancha para la provisión de servicios de telefonía e Internet a precios asequibles en todas las comunidades. De igual manera, el INDOTEL se propone impulsar un acuerdo con empresas de telecomunicaciones para introducir nuevas facilidades para las prestadoras de servicios de Internet.

Por otro lado, en el marco de la estrategia nacional para la sociedad de la información y el conocimiento e-dominicana, el país está desarrollando una política pública con la finalidad de proporcionar acceso universal a las TIC a través de un programa de centros de acceso comunitario a las TIC en todo el territorio

nacional. A julio de 2010 existían en operación 1,163; de ellos 964 fueron promovidos por el INDOTEL, 109 por el Ministerio de Educación, 60 por el Despacho de la Primera Dama y los restantes por el Ministerio de la Juventud.

Un mayor acceso con equidad, contenidos y servicios digitales pertinentes y un mejor uso de las TIC en general, facilitan el logro de los ODM. Se hace necesario fortalecer el monitoreo de la Meta 8.F e impulsar políticas y programas que vayan más allá del aumento de la cobertura de servicio telefónico y del acceso de la población a Internet. Se requiere de un enfoque más integral; esto es, asumir los compromisos establecidos en la Cumbre Mundial de la Sociedad de la Información (CMSI), entre los cuales se destaca la ampliación de las conexiones entre los centros de salud y hospitales, los centros educativos de todos los niveles (universidades, colegios y escuelas secundarias y primarias) y las instituciones del gobierno, y adaptar los planes de estudio de primaria y secundaria para afrontar los retos de la sociedad de la información, entre otras acciones. En la citada Cumbre se fijó la meta de asegurar que más de la mitad de los habitantes del mundo tengan acceso a las TIC en 2015.

Para dar un seguimiento más eficaz a la Meta 8.F, con el enfoque señalado anteriormente, se requerirá un papel más activo de la Comisión para la Sociedad de la Información y el Conocimiento (CNSIC) y un esfuerzo mayor de coordinación entre las instituciones sectoriales vinculadas a la referida meta ODM para identificar cómo las TIC pueden contribuir al logro de las metas establecidas en cada Objetivo y que dichas iniciativas formen parte de la e-dominicana. Un primer paso podría ser la propuesta presentada por el INDOTEL¹⁸², institución que preside la CNSIC, para la realización inmediata

180. INDOTEL (exposición en taller sobre ODM, julio 2010), sobre la base del "Índice de Empoderamiento de Tecnologías de Información y Comunicación" publicado en el Informe de Desarrollo Humano, República Dominicana 2008 y datos recibidos de las empresas telefónicas para dicho año.181.

Estimación presentada por INDOTEL en el taller sobre ODM (julio 2010), con base en los parámetros siguientes: Salario mínimo mensual de RD\$7,360 (US\$201); amortización del costo de adquisición de una computadora de configuración media; renta básica ADSL (velocidad 256kbps/128kbps); pago mensual de línea telefónica (combinación más barata con ADSL) y nivel de impuesto actual (28%). El costo total mensual se estimó en RD\$2,927 (US\$80).

182. Taller sobre ODM, julio 2010.

de un inventario de los proyectos y buenas prácticas que en materia de TIC está ejecutando cada una de las instituciones vinculadas a los ODM, que sería el punto de partida para diseñar un plan de acción y de monitoreo para el cumplimiento de los compromisos

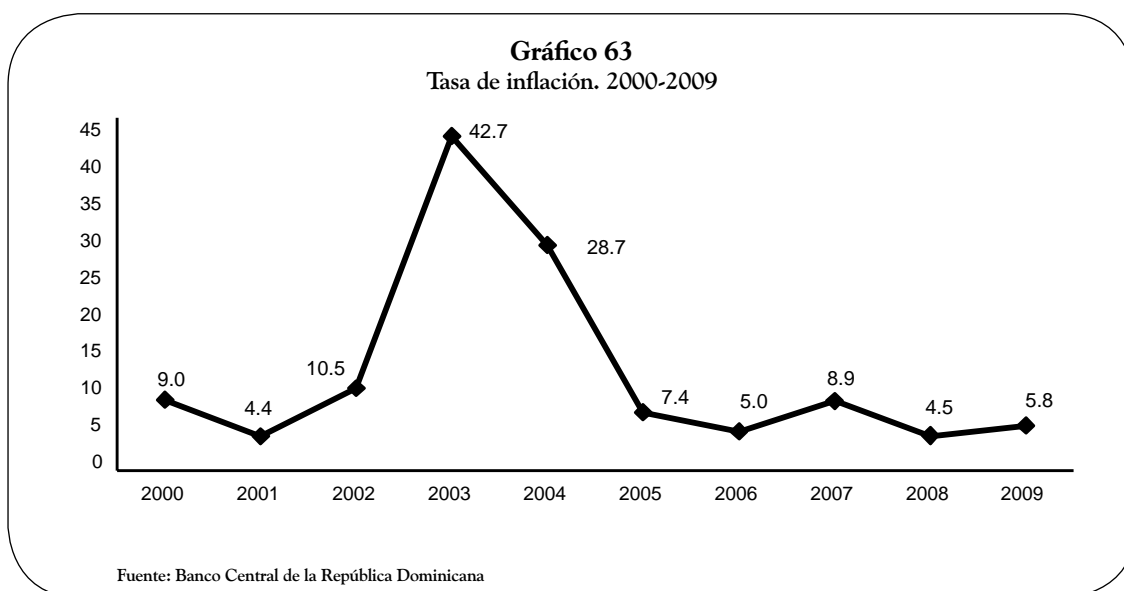
asumidos en la Cumbre Mundial sobre la Sociedad de la Información CMSI y el Plan Regional de América Latina y El Caribe sobre Sociedad de la Información (eLAC).

III. IMPACTO DE LA CRISIS GLOBAL

Desde la Declaración del Milenio en el año 2000, la economía de República Dominicana ha sido impactada por dos crisis que han tenido claras repercusiones negativas sobre el desarrollo humano y, consecuentemente, han significado serios obstáculos para el avance hacia los ODM. La primera, de carácter interno, originada en la quiebra de varios bancos locales en el año 2003, tuvo repercusiones mayores que la que emerge en la segunda mitad del 2008, la global, desencadenada por el colapso de gran parte del sector financiero estadounidense.

Inflación

El efecto inmediato de la crisis de 2003 fue la elevación de la tasa de inflación, la cual aumentó de 10.5% en 2002 a 42.7% en el año siguiente. Esto representó una drástica reducción de los ingresos reales de la población, lo que afectó el consumo de los hogares y generó mayor desigualdad. La variación de precios de los alimentos fue del orden del 50%, alrededor de 8 puntos porcentuales por encima de la inflación general, en perjuicio de las familias más pobres.



En el segundo episodio, la crisis financiera global, los precios al consumidor se mantuvieron relativamente estables. En el 2007, la inflación alcanzó el nivel de 8.9%, como reflejo del aumento de los precios internacionales de bienes de consumo básico y el aumento de los precios

del petróleo en el mercado internacional. En 2008, el año de inicio de la crisis financiera que impactó la economía global, el nivel de la inflación fue la mitad (4.5%) del registrado el año previo, y en 2009 repuntó hasta alcanzar 5.8%. En 2008 el incremento de precios

de alimentos, bebidas y tabaco fue de 12.8%, superior a la inflación del año, pero descendió a sólo 0.4% en 2009. En la actualidad no existen expectativas inflacionarias¹⁸³ que pudieran afectar el desenvolvimiento de la economía nacional y tener implicaciones negativas en los ODM.

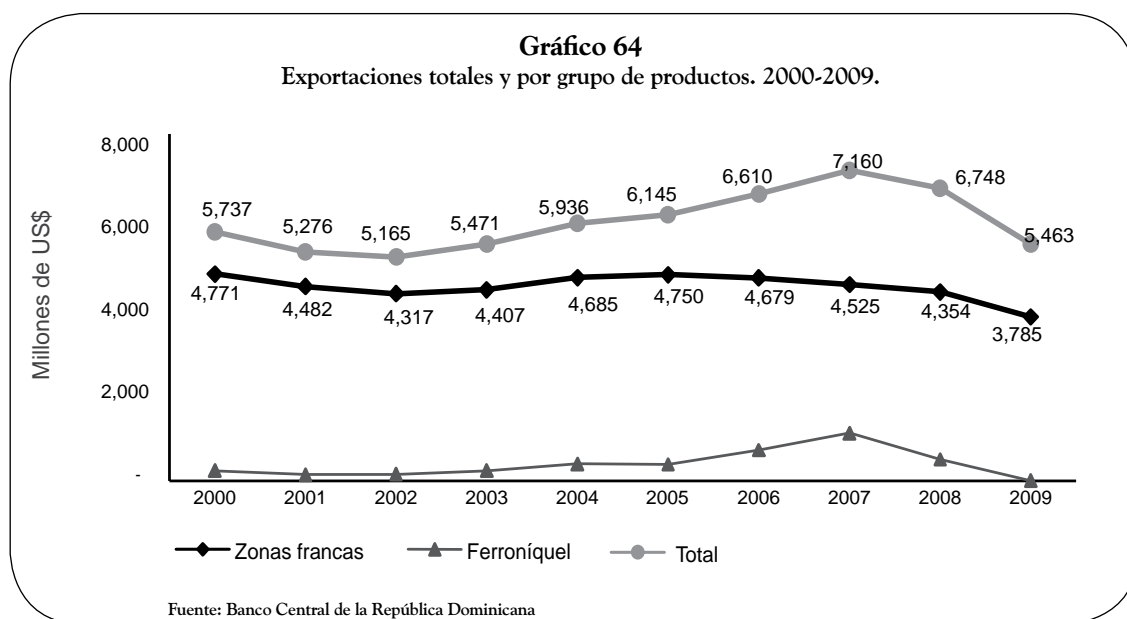
Exportaciones y otras fuentes de ingreso

La actual situación económica mundial ha impactado la economía dominicana a través del comercio internacional, del flujo de capitales, las remesas y el turismo, entre otros canales de transmisión.

Como muestra el Gráfico 64, en 2008 se redujeron los ingresos por concepto de exportaciones en US\$412 millones, y en 2009 la caída registrada fue por un monto de US\$1,285 millones; significa que en dos años (2008 y 2009) la pérdida acumulada de ingresos por exportaciones ascendió a US\$1,697

millones. El 44% de esta reducción lo explica la caída de las exportaciones de manufacturas de zona franca. Cabe destacar que desde 2005 las exportaciones de zona franca venían en declive, como resultado de la pérdida de mercado por la competencia de los productores asiáticos en la rama de textiles; en los dos últimos años, sobre todo en 2009, la crisis de las zonas francas se ha profundizado.

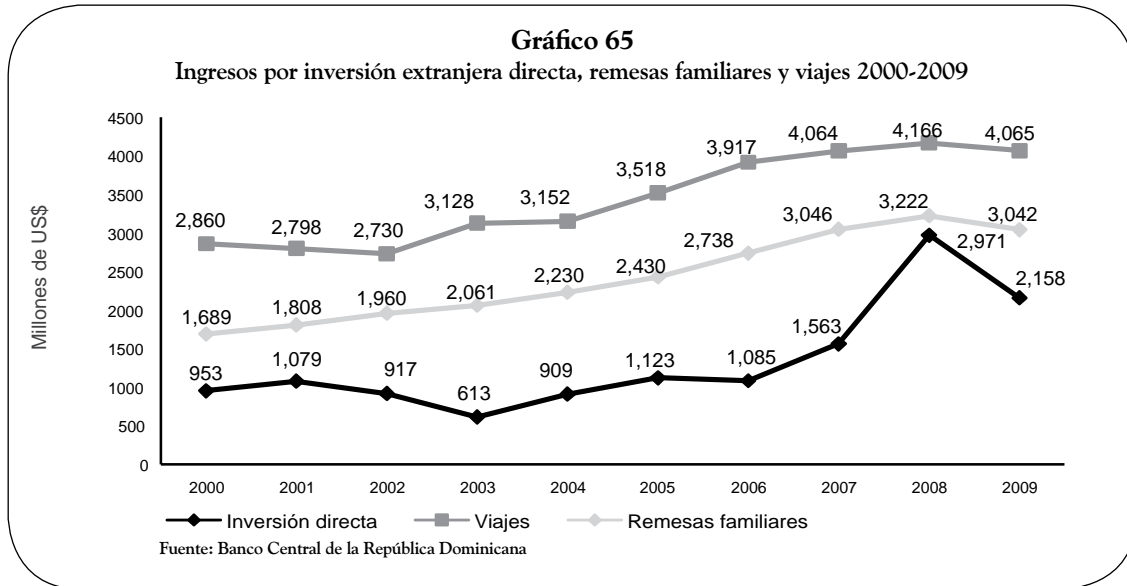
Por otro lado, las exportaciones de minerales también cayeron bruscamente debido a la disminución de las exportaciones de ferroníquel, a consecuencia de la baja en los precios internacionales del mineral, lo que motivó el cierre temporal de esta planta, en agosto de 2008. La caída en los ingresos por exportaciones no ha sido mayor por el incremento registrado en las exportaciones de productos menores o bienes no tradicionales (frutas, vegetales y otros).



Además, el flujo de inversión extranjera, que venía creciendo de manera sostenida en los años previos a la crisis, se contrajo en 2009 en un monto de US\$813 millones, equivalente a un 27%,¹⁸⁴ respecto a 2008 (Gráfico 65). Los ingresos por turismo y remesas familiares también se contrajeron, aunque en una proporción menor. En efecto, en 2009 los ingresos por concepto de viajes disminuyeron US\$101 millones y las remesas US\$180 millones.

183. En la primera revisión del acuerdo vigente con el FMI, con relación a la inflación general se señala que “se espera que esté en el rango de 6-7 por ciento en 2010, mientras que la inflación subyacente (que excluye los precios de alimentos y energía) se mantuvo baja y estable en torno al 3 por ciento”

184. Según la CEPAL, en América Latina y el Caribe la inversión extranjera tuvo una contracción de 37% en 2009, “la mayor disminución en por lo menos los últimos 30 años”. http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/39710/2010-114-SES.33-3_capitulo_1.pdf



La crisis financiera global también transmitió sus efectos en la economía dominicana a través de la inversión de cartera, que significó una salida de capital por US\$376 millones en 2008 y US\$451 millones en 2009, luego de haber registrado en el período 2005-2007 un flujo positivo equivalente a un promedio anual de US\$656 millones. En resumen, la disminución de ingresos por concepto de exportaciones, inversión extranjera directa, remesas y turismo fue de un total de US\$2,379 millones en 2009, a lo que se suma una salida de capital de inversión de cartera por un monto de US\$451 millones.¹⁸⁵

A pesar de la reducción de las exportaciones de bienes y de los ingresos por servicios turísticos y remesas, el déficit de la cuenta corriente fue sustancialmente menor en 2009 (US\$2,327 millones) que en 2008 (US\$4,529 millones),¹⁸⁶ lo que se explica principalmente por la caída de las importaciones, asociadas a la reducción en los precios internacionales del petróleo.

PIB y empleo

Las restricciones en el sector externo han tenido repercusiones en la producción y han contribuido al estancamiento del nivel de empleo. En efecto las tasas de crecimiento de 2008 y 2009, de 5.3% y 3.5%, respectivamente, han sido las dos tasas más bajas luego

de iniciado el período de recuperación que siguió a la crisis financiera interna del 2003. No obstante, dicha tasa es la más alta registrada en el 2009 en América Latina y el Caribe, según reporta la CEPAL¹⁸⁷.

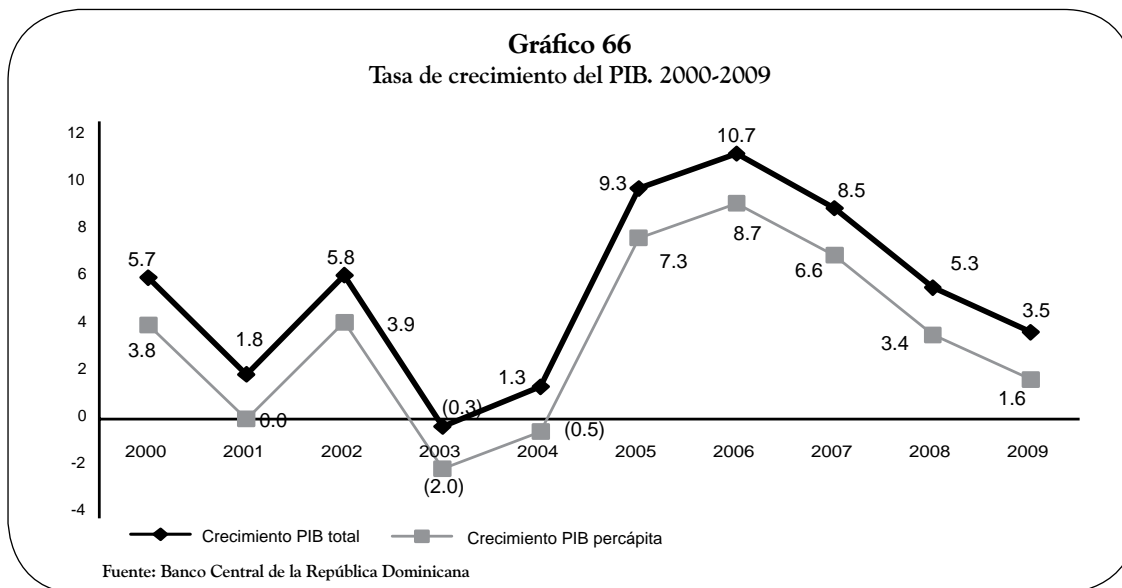
El desempleo aumentó ligeramente, de 14% a 15%, aunque de manera muy desigual a nivel territorial. Por ejemplo, en las áreas donde operan zonas francas se han registrado muchos despidos en los últimos dos años, lo que ha perjudicado más a las mujeres, que tradicionalmente han ocupado la mayoría de los puestos de trabajo en las empresas textiles, agravándose la situación de las mujeres que, como se vio al evaluar el ODM1, tienen mucho menos acceso a empleo que los hombres¹⁸⁸.

185. Datos tomados de de Banco Central. http://www.bancentral.gov.do/estadisticas_economicas/sector_externo/bpagos.xls

186. En 2008, el déficit de cuenta corriente representaba alrededor del 10% del PIB, proporción que se redujo a 5% en 2009.

187. Bolivia tuvo igual tasa de crecimiento que República Dominicana en 2009. En el otro extremo, los dos países de la región que registraron las más bajas tasas de crecimiento en dicho año fueron México (-6.5%) y Paraguay (-3.85%).

188. En 2009, la tasa de desocupación ampliada fue de 10% para los hombre y de 23% para las mujeres.



En la primera parte de este informe se vieron las repercusiones de la crisis local de 2003 en el incremento de la pobreza y se analizó la lenta disminución de los niveles de pobreza en un escenario de muy altas tasas de crecimiento. Pero la crisis global de 2008 redujo sustancialmente el ritmo de recuperación económica que experimentaba el país. De acuerdo a la primera revisión del acuerdo stand-by vigente con el FMI, “para 2010 se espera que continúe el crecimiento entre el 3 y el 4 por ciento pero los riesgos siguen siendo altos. En particular, puede ser que la economía internacional no se recupere con la rapidez esperada y la demanda privada interna puede seguir siendo débil”.¹⁸⁹ No obstante, en el referido acuerdo se indica que “se espera que el crecimiento del PIB alcance su potencial de 6% a partir del 2011”.

Hay que resaltar que, a pesar de la crisis global, las mediciones del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo muestran que en 2008 la pobreza extrema se mantuvo en 11.8%, el mismo nivel del año anterior, mientras que en 2009 disminuyó 1.4 puntos porcentuales, para colocarse en 10.4%. Una disminución similar tuvo la pobreza moderada, que pasó de 36.5% en 2008 a 34% en 2009.¹⁹⁰ Entre 2004 y 2007 la reducción total de la pobreza extrema fue de 4.1 puntos porcentuales (de 15.9% a 11.8%), mientras la moderada disminuyó 7.2 puntos porcentuales (de 43% a 35.8%).

Gasto público

Tanto la crisis interna del 2003 como la reciente crisis económica global han significado restricciones en las disponibilidades de recursos para el financiamiento del gasto público. En períodos de restricciones presupuestarias el gasto social tiende a disminuir, lo que hace regresivas las crisis económicas, ya que los pobres, además del deterioro de las fuentes de ingreso familiar, ven reducido su acceso a la educación, la seguridad social, la salud, agua potable, saneamiento y otros servicios públicos básicos. La disminución o deterioro de este tipo de servicios, bloquea el avance hacia los ODM.

Los ingresos tributarios se deterioraron como resultado de la disminución de la actividad económica provocada por la crisis internacional, fundamentalmente por la reducción del consumo y la disminución de las importaciones. Esto ha creado presiones significativas al gobierno para la redefinición de prioridades y ha inducido

189. Banco Central. http://www.bancentral.gov.do/FMI/Acuerdo_FMI_2010-03-28.pdf

190. Por efecto de la crisis, la CEPAL proyectó que de 2008 a 2009 las personas en situación de pobreza en América Latina y el Caribe habrían pasado del 33% al 34.1%, mientras que la indigencia habría aumentado de 12.9% a 13.7%. http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/39710/2010-114-SES.33-3_capitulo_1.pdf (Consulta 09/08/2010)

al aumento del endeudamiento. La crisis acentúa los problemas que se venían registrando y las posibilidades del gobierno de aumentar el gasto social se han visto disminuidas, así como la capacidad para reducir la deuda pública, para cuyo pago se destina una alta proporción del presupuesto. Alrededor del 40% de los ingresos fiscales estimados para 2010 se destinará al pago de intereses y amortización de la deuda pública externa e interna de la República Dominicana.

El balance de la deuda pública aumentó US\$2,013 millones en 2009, de cuyo incremento el 51.6% corresponde endeudamiento interno, mientras que el 48.4% corresponde a deuda externa.

En conclusión, la crisis global ha provocado daños importantes a la economía nacional y ha obstaculizado el camino hacia el logro de los objetivos de desarrollo del milenio; sin embargo, sus efectos sobre las metas de los ODM han sido sustancialmente menores que los

ocasionados por la crisis financiera local que tuvo lugar siete años atrás. Persisten los riesgos de que la crisis actual haga más difícil el logro de dichas metas.

Hay que tomar muy en cuenta que para alcanzar las metas ODM, no basta con preservación del crecimiento económico, ni con la ampliación de los programas de asistencia social. Es necesario impulsar una política fiscal redistributiva y fortalecer la institucionalidad, de manera que bajo un enfoque de derechos y de eficacia en la administración de los recursos públicos se aumente el gasto en educación y en servicios de salud, se ponga en plena ejecución el sistema de seguridad social y se preste atención a la generación de empleo decente y a la inversión productiva. La Estrategia Nacional de Desarrollo, actualmente en la etapa final de consulta, es el espacio institucional y de concertación adecuado para asumir estos compromisos y hacer menos vulnerable el cumplimiento de los ODM en crisis futuras, sean de origen interno o externo.

IV. EFECTOS DEL CAMBIO CLIMÁTICO

Por su localización dentro de la ruta de huracanes, su exposición a las inundaciones y su insularidad, con varias zonas costeras bajas, República Dominicana es un país muy vulnerable al cambio climático. Al igual que el resto de países de la subregión del Caribe, su contribución en la generación de emisiones de efecto invernadero es marginal, pero recibe desproporcionadamente los efectos del cambio climático global, provocado principalmente por las actividades que tienen lugar en los países desarrollados.¹⁹¹

En el país ya se observan cambios en las precipitaciones y en los patrones de eventos extremos, como las inundaciones, con impacto negativo en los ODM, por cuanto afectan a las comunidades más desprotegidas, causan pérdidas de vidas humanas, daños a la agricultura y otras actividades económicas, así como cambios potenciales en la biodiversidad.

Las metas de largo plazo que se han establecido a nivel internacional para enfrentar los daños del cambio climático representan un enorme reto para países como República Dominicana. El país debe tomar en cuenta que las medidas internacionales relacionadas con la reducción del consumo de sustancias que generan daños a la capa de ozono podrían representar riesgos para las exportaciones nacionales. Se prevé que en el futuro se intensificarán las medidas destinadas a controlar las emisiones de gases de efecto invernadero, entre las cuales se encuentra la aplicación de regulaciones unilaterales del comercio o cargas impositivas a los bienes exportados a países desarrollados según el contenido de carbono de las mercancías.

A largo plazo, más allá del año meta de los ODM, esto podría representar para República Dominicana una pérdida de mercados de exportación, sobre todo si muestra menos capacidad de adaptación a las exigencias de los países desarrollados que sus competidores. Es

importante destacar que, de acuerdo a la CEPAL,¹⁹² entre las iniciativas de mayor alcance relacionadas con las referidas regulaciones se encuentra el etiquetado de productos con información al consumidor sobre el contenido de carbono y el impacto ambiental de su embalaje, características que son objeto de mucha atención en países como Japón y Reino Unido.

En el marco del Protocolo de Montreal, el país ya ha realizado esfuerzos con resultados positivos en la reducción del uso de importantes sustancias emisoras de gases invernadero. Como se indicó en el capítulo sobre el ODM 7, el Ministerio de Medio Ambiente ha reportado que los agricultores dominicanos dejaron de utilizar bromuro de metilo como fumigante de suelos agrícolas, sustancia que se aplicaba en la horticultura, en el cultivo de tabaco y flores; mientras que el consumo de clorofluorocarbono ha registrado una significativa reducción, el cual alcanzó solo 47 toneladas PAO en 2007, equivalente al 17% del consumo del año 1992. Pero el país requiere, además de la conservación y producción de bosques con alta capacidad de absorción de carbono, medidas profundas de eficiencia energética, que deberían incluir mecanismos de reemplazo en la generación de energía con tecnologías renovables.

Como recomienda un estudio sobre vulnerabilidad y adaptación al cambio climático realizado en el país a mediados de la presente década (Recuadro 1), hay que adoptar medidas orientadas a un uso más racional del agua, políticas eficaces de adaptación de la actividad agrícola y de protección de los bosques y del sector marino costero, así como estrategias para reducir el impacto del clima en la salud humana.

191. CEPAL <http://www.eclac.org/cgi-bin/getprod.asp> (consulta 05/08/2010).

192. La Hora de la Igualdad, Brechas por cerrar, Caminos por abrir. <http://www.eclac.org> (consulta 05/08/2010)

Recuadro 8
**Vulnerabilidad al cambio climático de los recursos hídricos,
la agricultura, los bosques y la salud.**

Sector hídrico

El estudio analizó el balance hídrico en tres escenarios climáticos. Mediante el modelo CSRT se estimó un calentamiento en los próximos 100 años de 0.7 °C y un 4% de incremento de la lluvia, escenario en el cual se espera que la lluvia sea suficiente para incrementar el escurrimiento total, aunque la capacidad evaporante de la atmósfera y la evapotranspiración aumentan. El modelo ECH4 pronostica un aumento de 2.6 °C en la temperatura y una disminución de la lluvia de alrededor de 10% en los primeros 100 años, y una reducción de 28% en las lluvias. Mientras que el modelo HADM2 muestra el pronóstico más dramático en términos de reducción de la disponibilidad de agua si no se logra reducir significativamente la emisión de gases termoactivos. En este escenario la temperatura aumentaría 4.2 °C y la lluvia disminuiría aproximadamente 60% en los próximos 100 años; el volumen total de escurrimiento se reduciría un 95% en el 2100. Este último resultado coincide con los obtenidos por la Oficina Meteorológica del Reino Unido en 1998, que señala que el Caribe Oriental será la zona más árida en cualquiera de los escenarios modelados.

El estudio afirma que la explotación actual de los recursos hídricos era de alrededor de 3 mil millones de m³ al año en el año 2004, destacando que hay que adoptar medidas de adaptación integrales orientadas a una gestión más racional del agua, en vista de la importancia del sector para el desarrollo y funcionamiento de la mayoría de los sistemas ambientales, sectores económicos y la sociedad. Se reconoce que las medidas de adaptación son regularmente costosas y existe incertidumbre en la magnitud del cambio climático, siendo éstos elementos sensibles para adoptarlas.

Sector marino costero

Con una temperatura mayor y un rápido ascenso, el impacto del cambio climático puede alterar seriamente la morfología de la costa. Asumiendo los escenarios de elevación el nivel del mar correspondientes a la tendencia global identificada por el IPCC mediante los escenarios IS92a-f, los resultados varían entre 0.12 cm/año y 1.17 cm/año. La temperatura superficial del agua tendría incrementos entre 2.144 y 1.843 y entre 1.879 y 0.987 °C para las áreas de la vertiente atlántica y caribeña respectivamente.

Las recomendaciones para mitigar estos impactos incluyen medidas tales como: a) Restaurar y rehabilitar las zonas de humedales fluviales y costeras para posibilitar la anegación natural de grandes extensiones de tierra y mantener los balances hídricos. b) Eliminar las presiones actuales que reduzcan la capacidad de los ecosistemas costeros de responder al cambio climático, particularmente todas las formas de contaminación doméstica e industrial. c) Evitar la extracción de plantas y proteger la diversidad biológica y el caudal de los ríos, incluido el caudal de estiaje, para mantener e incrementar la capacidad de recuperación y adaptación de los ecosistemas de humedales.

Bosques y formaciones forestales

La productividad (potencial) primaria neta (PPN) de los bosques dominicanos en las condiciones del clima actual denota una productividad muy elevada en la zona geográfica coincidente con el máximo de las precipitaciones. Sin embargo, existen áreas de muy baja PPN ubicadas al Sur del macizo central. La PPN de las formaciones forestales experimentará cambios trascendentales a lo largo del siglo XXI, que dependerán fuertemente de los escenarios climáticos previstos. Para el año 2050, en el escenario asociado al modelo CSIRO, las productividades crecen hasta un 21.2% en la zona de máximos valores actuales, mientras que en las zonas de menor productividad el impacto del cambio climático no cambia apreciablemente la situación actual. En cambio, el escenario correspondiente al modelo HadCM2 representa una disminución drástica de las productividades y la desaparición total de las condiciones climáticas que permiten la existencia potencial del bosque en la segunda mitad del siglo XXI. Tal impacto no podría ser evitado por las medidas de conservación y protección habituales que no pueden proteger los bosques del cambio de las condiciones climáticas. En este último escenario debemos esperar una mortalidad masiva de los bosques en sus lugares actuales, fenómeno llamado "dieback" en la literatura internacional. Esta mortalidad masiva conducirá a emisiones de CO₂ acrecentadas, que acelerarán e intensificarán el cambio climático a niveles aún no contemplados en los escenarios.

Con relación a la adaptación de los bosques el estudio plantea que éstos deberán ser protegidos contra la explotación indiscriminada, fomentándose los planes de reforestación por técnicas científicas que garanticen la implantación de nuevos rodales. Considera aconsejable que en las zonas de condiciones más difíciles se empleen técnicas de reforestación sucesional y, aunque económicamente no se justifique, tener presente la posible utilización del riego en zonas forestales, si la existencia de agua lo permite. La búsqueda y obtención de especies forestales más tolerantes a la escasez de agua y las altas temperaturas debe recibir una alta prioridad.

Cultivos agrícolas

Se evaluó el efecto del cambio climático en papa, arroz y maíz, tanto sin tomar como tomando en cuenta el efecto de fertilización por CO₂. Los parámetros de impacto utilizados fueron los rendimientos potenciales de regadío, el consumo de agua requerido para alcanzar tales rendimientos y el tiempo requerido para la floración en el caso del arroz y el maíz, y para la aparición de los tubérculos en el caso de la papa. En el caso de la papa, el cultivo se haría imposible en la segunda mitad del próximo siglo, según escenarios asociados al modelo HadCM2. Los rendimientos potenciales de arroz, sin tomar en cuenta el efecto de fertilización por CO₂, decrecen en todos los escenarios futuros, mientras que sus necesidades específicas de agua decrecen, lo que no debe interpretarse como que el consumo de agua necesario para su cultivo disminuya; por lo contrario, este aumenta debido a una mayor evapotranspiración potencial en los escenarios climáticos previstos. Respecto al maíz, el estudio señala que los rendimientos potenciales de regadío serán los mismos, disminuyendo durante todo el siglo XXI, con y sin efecto de fertilización por CO₂.

Las medidas de adaptación potenciales que deben ser evaluadas son también muy útiles en las condiciones del clima actual, tales como: mayor uso de servicios meteorológicos orientados a la agricultura, regionalización de cultivos acorde a la vocación agrícola de las tierras disponibles, programas educacionales dirigidos hacia los agricultores, introducción de prácticas que conserven el suelo y la humedad, conservación de la calidad del agua de riego, desarrollo de nuevas variedades de cultivo resistentes a altas temperaturas y más tolerantes a la falta de humedad en los suelos, entre otras.

Sector salud: La Malaria

Las tendencias observadas en la enfermedad coinciden con las tendencias regionales manifestadas en el clima, las cuales a partir de 1975 señalan cambios en el régimen de precipitaciones con tendencias a la disminución y variación ligera en la humedad, así como una tendencia al calentamiento que aunque ligera y no significativa, ya ha comenzado a dar señales de que se calienta la región. Estas condiciones favorecen la proliferación de los agentes patógenos para la aparición de las epidemias. Los resultados alcanzados nos corroboran la hipótesis de que el clima es un factor modificador de los patrones epidemiológicos de la malaria.

Este fenómeno de calentamiento y el elevado nivel pluviométrico afecta los niveles de infestación de los mosquitos vectores con la posibilidad de producir un incremento en la transmisión de la malaria.

Es posible formular distintas estrategias de adaptación para reducir el impacto del clima en la salud humana. En general, tales medidas pudieran desarrollarse tanto en el ámbito de los individuos como de la población, manteniéndola informada con la labor educativa sobre los riesgos o acontecimientos que se pudieran presentar. Una medida fundamental es disponer de un adecuado Sistema Integrado de Vigilancia, que facilite la predicción de las epidemias o la determinación de comportamientos de enfermedades fuera de su canal endémico. Además, se requiere de un grupo de investigación que aporte conocimientos acerca de la vulnerabilidad del patrón epidemiológico frente los impactos potenciales del cambio climático por regiones, en aquellas áreas o asentamientos humanos más sensibles a las enfermedades infecciosas y no infecciosas.

Fuente: Síntesis de vulnerabilidad y adaptación al cambio climático, elaborada sobre la base del documento publicado por la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (hoy Ministerio de Medio Ambiente) sobre la Primera Comunicación Nacional. Convención Marco de Naciones Unidas sobre Cambio Climático. Santo Domingo, Marzo 2004. <http://unfccc.int/resource/docs/natc/domrepnc1.pdf>

El Ministerio de Medio Ambiente¹⁹³ sostiene que otra de las consecuencias del cambio climático en República Dominicana, particularmente del incremento de la temperatura y la sequía, es el riesgo de aumento de los incendios forestales y la limitación para el establecimiento de plantaciones. Otra amenaza son las tormentas y huracanes, que podrían significar pérdida de cobertura.

En lo que respecta a la adecuación del uso del agua para irrigación a los efectos del cambio climático, de acuerdo al Instituto Nacional de Recursos Hidráulicos (INDRHI),¹⁹⁴ no existe un plan definido activo. Destaca que los períodos de sequías prolongados son más frecuentes, mientras las temporadas de lluvias son más cortas pero con una mayor intensidad, desencadenando inundaciones con mayor capacidad destructiva. La frecuencia de avenidas extremas requiere de mayor cantidad de infraestructura de regulación de los ríos. Esto implica la necesidad de construcción de nuevas presas para completar aquellas cuencas con déficit de regulación.

Por otro lado, el aumento de la temperatura crea una mayor demanda de agua por las plantas, dado el incremento de la evapotranspiración, lo que implica mayor agotamiento de las fuentes hídricas y, en el caso de riego por bombeo, mayores costos en energía y mantenimiento de equipos. Además, un mayor nivel de temperatura puede aumentar el índice de salinidad de los suelos, principalmente en las zonas más áridas.

El aumento del nivel del mar provoca un incremento directo en la penetración de agua salina hacia los acuíferos costeros. Estos acuíferos se van contaminando peligrosamente al sustituirse el agua dulce por agua salada. Esta situación podría producir efectos catastróficos en zonas como las de la región Este, que dependen de la actividad turística sustentada en el suministro de agua subterránea.

Las sequías prolongadas tienen efectos gravísimos en varios aspectos; entre ellos, la limitación de las áreas de siembra estacionales debido a la disminución drástica de la disponibilidad de agua para riego y menor capacidad de generación de energía a través de las hidroeléctricas.

Para el Instituto Nacional de Agua Potable y Alcantarillado (INAPA), la Corporación de Acueducto y Alcantarillado de Santo Domingo (CAASD) y otras entidades similares responsables del suministro de agua y

servicios de saneamiento en varias provincias, el cambio climático representa nuevos desafíos, vía el aumento del consumo de agua por incremento de la temperatura, los efectos en la salinización de agua en determinadas zonas e incremento de costos en el mantenimiento y protección de las instalaciones por las variaciones o concentraciones de las lluvias.¹⁹⁵

En el campo de la salud, está comprobada la relación que existe entre las condiciones climáticas y la salud, sobre todo para la población que vive en condiciones de pobreza y pobreza extrema, que no dispone de los medios mínimos necesarios para prevenir y combatir las enfermedades. El cambio climático altera los ecosistemas, con lo cual genera cambios en la transmisión biológica; altera además la distribución geográfica de patógenos y vectores. Por ejemplo, tanto en la malaria como en el dengue, se considera probable la variación en la distribución geográfica de su incidencia como resultado del cambio climático. De acuerdo al Ministerio de Salud Pública¹⁹⁶, en el caso de la malaria la variación de su distribución territorial es “altamente probable”, y en el caso del dengue “muy probable”.

Por otro lado, los desastres naturales llevan a la población de muchas comunidades a albergues, cuyas condiciones de hacinamiento representan un desafío para el servicio sanitario, por cuanto facilitan la transmisión de infecciones por tuberculosis y otras enfermedades. Sobre el particular, el Ministerio de Salud considera que, producto del terremoto ocurrido en Haití y el aumento de la emigración hacia República Dominicana, la tasa de prevalencia de la tuberculosis pudiera aumentar en el país, debido a que en Haití se reporta anualmente tres veces más casos de TB que en República Dominicana.

Las estrategias de adaptación para reducir el impacto del clima en la salud humana deben ser consideradas parte importante del plan de desarrollo del sector a largo plazo. El fortalecimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica es fundamental, incluyendo medidas educativas a la población, para mantenerla adecuadamente informada sobre los riesgos y los mecanismos de prevención.

193. Ponencia del Ministerio en taller sobre ODM7, julio 2010.

194. Ponencia del INDRHI en taller sobre ODM7, julio 2010.

195. Exposición de INAPA y la CAASD en el taller sobre ODM7, julio 2010.

196. Exposición en el taller sobre los ODM, julio 2007

Frente a las amenazas del cambio climático, se requiere de acciones de Estado, tanto en el ámbito institucional como en el económico para producir una realineación de las políticas medioambientales hacia objetivos de largo plazo. Los efectos del cambio climático son desiguales dentro del país, como lo demuestran claramente los daños que con frecuencia provocan los fenómenos atmosféricos a la población más pobre, es decir, a residentes en barrios marginados y en zonas rurales de alta vulnerabilidad a las

inundaciones y deslizamiento de tierra. Mientras que las sequías, prolongadas o no, afectan de manera severa a los agricultores, sobre todo a los más pequeños y a los que no disponen de agua de riego.

El país necesita implementar una administración de riesgo apropiada y tomar en cuenta el cambio climático para la formulación de una estrategia de desarrollo sostenible a largo plazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Banco Central de la República Dominicana. 2010. Balanza de Pagos 1993-2009. Santo Domingo. República Dominicana. http://www.bancentral.gov.do/estadisticas_economicas/sector_externo/bpagos.xls

_____. 2004. Encuesta Nacional de la Fuerza de Trabajo (ENFT). Santo Domingo. República Dominicana.

_____. 2005. Encuesta Nacional de la Fuerza de Trabajo (ENFT). Santo Domingo. República Dominicana.

_____. 2006. Encuesta Nacional de la Fuerza de Trabajo (ENFT). Santo Domingo. República Dominicana.

_____. 2007. Encuesta Nacional de la Fuerza de Trabajo (ENFT). Santo Domingo. República Dominicana.

_____. 2008. Encuesta Nacional de la Fuerza de Trabajo (ENFT). Santo Domingo. República Dominicana.

_____. 2009. Encuesta Nacional de la Fuerza de Trabajo (ENFT). Santo Domingo. República Dominicana.

_____. 2010. Índice de precios al consumidor nacional. 1982-2009. Santo Domingo. República Dominicana. http://www.bancentral.gov.do/estadisticas_economicas/precios/ipc_anual.xls

_____. 2010. Producto Bruto Interno 1991-2009. Santo Domingo. República Dominicana. http://www.bancentral.gov.do/estadisticas_economicas/sector_real/pib_precios_corrientes.xls

Banco Mundial. 2001. Dominican Republic: Poverty Assessment, Report No. 21306-DR. Washington. Estados Unidos.

_____. 2006. Dominican Republic: Poverty Assessment, Report No. 32422. Washington. Estados Unidos.

_____. 2009. Objetivos de Desarrollo del Milenio en la República Dominicana: Insumo a la Estrategia Nacional de Desarrollo. Santo Domingo. República Dominicana.

Cámara de Diputados de la República Dominicana. 2010. Departamento de Acceso a la Información. Santo Domingo. República Dominicana. <http://www.camaradediputados.gov.do/portalsilcamara/>

Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM). 1996. Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA). Santo Domingo. República Dominicana.

_____. 2002. Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA). Santo Domingo. República Dominicana.

_____. 2007. Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA). Santo Domingo. República Dominicana

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 2010. Anuario estadístico de América Latina y el Caribe 2009. Santiago de Chile.

_____. 2010. La Hora de la Igualdad: Brechas por cerrar, caminos por abrir. Santiago de Chile. <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/39710/2010-114-SES.33-3>

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

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". Santo Domingo. República Dominicana.

Instituto Dominicano de las Telecomunicaciones (INDOTEL). 2010. Departamento de Estadística. Santo Domingo. República Dominicana. http://www.indotel.gob.do/component/option,com_docman/task,cat_view/gid,22/Itemid,757/

Instituto de Estudios de Población y Desarrollo (PROFAMILIA) 1991. Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA). Santo Domingo. República Dominicana.

Instituto Nacional de la Vivienda (INVI). 2008. Plan estratégico para el sector vivienda. Período 2008-2012. Santo Domingo. República Dominicana. <http://invi.gob.do/SobreelINVI/PlanEstrat%c3%a9gico.aspx>

Ministerio de Economía Planificación y Desarrollo. 2010. Sistema de Indicadores Sociales de la República Dominicana (SISDOM). Santo Domingo. República Dominicana

Ministerio de Educación. 2010. Departamento de Estadística. Santo Domingo. República Dominicana. <http://www.see.gob.do/portalsee/index.htm>

Ministerio de Educación Superior Ciencia y Tecnología (SEESCYT). Informe General sobre Estadísticas de Educación Superior 1989-2005. Santo Domingo. República Dominicana. <http://www.seescyt.gov.do/default.aspx>

Naciones Unidas. 2006. Indicadores para el seguimiento de los objetivos de desarrollo del milenio. New York. http://unstats.un.org/unsd/publication/seriesf/Seriesf_95s.pdf

Oficina Nacional de Estadísticas (ONE). 2002. Censo de población y vivienda. Santo Domingo. República Dominicana.

_____. 2005. Encuesta Nacional de Hogares de propósitos múltiples (ENHOGAR). Santo Domingo. República Dominicana.

_____. 2006. Encuesta Nacional de Hogares de propósitos múltiples (ENHOGAR). Santo Domingo. República Dominicana.

_____. 2007. Encuesta Nacional de Hogares de propósitos múltiples (ENHOGAR). Santo Domingo. República Dominicana.

_____. 2007. Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2050, Revisión 2007. Tomo I. Santo Domingo. República Dominicana.

Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo. 2009. Estrategia Nacional de Desarrollo 2010-2030. Santo Domingo. República Dominicana. http://www.end.gov.do/download/Documento_base_propuesta_END_2010_2030.pdf

Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales. 2004. Primera Comunicación Nacional. Convención Marco de Naciones Unidas sobre Cambio Climático. Santo Domingo. República Dominicana. Marzo 2004. <http://unfccc.int/resource/docs/natc/domrepnc1.pdf>.

Naciones Unidas. 2009. Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe 2009. New York. http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2009_SP_r3.pdf

_____. 2008. The Millennium Development Goals Report 2008. New York.

Organización Mundial de la Salud (OMS). La carga mundial de tuberculosis. Washington. Estados Unidos. http://www.who.int/tb/publications/tb_global_facts_sep05_sp.pdf

_____. Dengue. Washington. Estados Unidos. <http://www.who.int/topics/dengue/es/>

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). 2008. Estado de la Inseguridad Alimentaria en el Mundo. Informe 2008. Roma. Italia.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). 2000. Encuesta de agrupación de indicadores múltiples (MICS).

Organización Internacional del Trabajo (OIT). 2000. Encuesta Nacional de Trabajo Infantil (ENTI 2000). http://white.oit.org.pe/ipecc/documentos/rd_-_triptico.pdf.

PNUD. 2008. Informe Nacional sobre Desarrollo Humano República Dominicana 2008. El desarrollo humano, una cuestión de poder. Santo Domingo. República Dominicana.

PNUD y Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo. 2010. Política Social: capacidades y derechos. Santo Domingo República Dominicana.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). 2010. Informe Nacional sobre los Progresos del País. Enero 2008-Diciembre 2009. Santo Domingo. República Dominicana.

Senado de la República. 2010. Oficina de Libre Acceso a la información. Santo Domingo República Dominicana. <http://www.senado.gov.do/PortalSILSenado/>. http://www.senado.gov.do/PortalSILSenado/transparencia/rep_perfil.html

Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT). 2010. World Telecommunication/ICT Development Report 2010. Monitoring the WSIS Targets. A mid-term review. Ginebra. Suiza. http://www.itu.int/ITU-D/ict/publications/wtdr_10/material/WTDR2010_e.pdf

ABREVIATURAS

ADESS	Administradora de Subsidios Sociales
ADSL	Asymmetrical Digital Subscriber Line - Línea Asimétrica de Suscripción Digital
ARV	Antirretrovirales
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CAASD	Corporación de Acueducto y Alcantarillado de Santo Domingo
CD4	Cluster of differentiation 4 (Cúmulo de Diferenciación 4)
CEGA-CABI	Centro de Gestión de Agronegocios y Audiovisual -Biblioteca
CELADE	Centro Latinoamericano de Demografía
CENCET	Centro Nacional de Control de Enfermedades Tropicales
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CFC	Clorofluorocarbono
CMSI	Cumbre Mundial de la Sociedad de la Información
CODOPESCA	Corporación Dominicana de Pesca
CO2	Dióxido de carbono
DIGECITSS	Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual
DIGEPI	Dirección General de Epidemiología
DIRENA	Dirección de Recursos Naturales
DOTS/TAES	Directly Observed Treatment Short course/Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado
ENDESA	Encuesta Demográfica y de Salud
ENFT	Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo
ENHOGAR	Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples
FAO	Food and Agriculture Organization (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura)
FMI	Fondo Monetario Internacional
GIVS	Global Immunization Vision and Strategy (Visión Estratégica Mundial de Inmunización)
GTH	Hombres gay, trans y otros hombres que tienen sexo con hombres
HCFC	Hidroclorofluorocarbono
IDH	Índice de Desarrollo Humano
ILAE	Incentivo a la Asistencia Escolar
INAPA	Instituto Nacional de Aguas Potables y Alcantarillados
INDH	Informe de Desarrollo Humano
INDOTEL	Instituto Dominicano de las Telecomunicaciones
INDRHI	Instituto Nacional de Recursos Hidráulicos
INTEC	Instituto tecnológico de Santo Domingo
INVI	Instituto Nacional de la Vivienda
IPCC	Intergovernmental Panel on Climate Change (Panel Intergubernamental del Cambio Climático)
ISO	International Organization for Standardization

ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
JCE	Junta Central Electoral
MICS	Multiple Indicator Cluster Surveys
MDR	Memory Data Register (Registro de Datos de Memoria)
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OEA	Organización de los Estados Americanos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONAPLAN	Oficina Nacional de Planificación
ONE	Oficina Nacional de Estadística
ONG	Organización no Gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ONUSIDA	Organización de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAO	Potencial de Agotamiento de Ozono
PARLACEN	Parlamento Centroamericano
PIB	Producto Interno Bruto
PLANDES	Plan Decenal de Salud
PML	Producción Más Limpia
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PPA	Paridad del Poder adquisitivo
PROMESE-CAL	Programa de Medicamentos Esenciales- Central de Apoyo Logístico
RD	República Dominicana
SENASA	Seguro Nacional de Salud
SESPAS	Secretaría de estado de Salud Pública y Asistencia Social
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SINAP	Sistema Nacional de Áreas Protegidas
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
SISDOM	Sistema de Indicadores Sociales Dominicano
SIUBEN	Sistema Único de Beneficiarios
TB	Tuberculosis
UAAES	Unidad Asesora de Análisis Económico
UASD	Universidad Autónoma de Santo Domingo
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación
UNSTAT	United Nations Statistical Division (División de Estadísticas de las Naciones Unidas)
USAID	United States Agency for International Development (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional)
USDA	United States Department of Agriculture (Departamento de Agricultura de los Estados Unidos)
US\$	Dólar estadounidense
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

ANEXOS

Anexo 1
Población, PIB y tasas de crecimiento del PIB. 1991-2009.

Año	Población (Miles)	PIB corriente (Millones RD\$)	PIB Referencia 1991		PIB en dólares corrientes		Crecimiento PIB real	
			Total (Millones RD\$)	Percápita (RD\$)	Total (Millones RD\$)	Percápita (RD\$)	Total %	Percápita %
1991	6,968	123,426	123,426	17,417	9,576	1,374		
1995	7,558	211,025	157,842	20,884	15,857	2,098	5.5	3.6
2000	8,263	388,302	220,359	20,669	23,799	2,880	5.7	3.8
2001	8,411	415,521	224,346	26,672	24,561	2,920	1.8	0.0
2002	8,563	463,624	237,331	27,717	24,986	2,918	5.8	3.9
2003	8,717	617,989	236,730	27,159	20,432	2,344	-0.3	-2.0
2004	8,873	909,037	239,836	27,029	22,609	2,548	1.3	-0.5
2005	9,033	1,020,002	262,051	29,011	33,775	3,739	9.3	7.3
2006	9,195	1,189,802	290,015	31,540	35,897	3,904	10.7	8.7
2007	9,361	1,364,210	314,293	33,608	41,228	4,405	8.5	6.6
2008	9,529	1,576,163	331,127	34,750	45,718	4,798	5.3	3.4
2009	9,700	1,678,763	342,564	35,316	46,712	4,816	3.5	1.6

Fuente: Banco Central de la República Dominicana.
http://www.bancentral.gov.do/estadisticas_economicas/sector_real/pib_percapita_anual.xls

Anexo 2
Valor de Indicadores de la Meta 1.A. 1992-2009

Indicadores	1992	1996	1997	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1.1 Proporción de la población con ingresos inferiores a 1 dólar PPA (paridad del poder adquisitivo) por día (%). (e)				2.2	1.7	2.2	2.6	3.0	3.9	3.1	2.7	2.5	2.1
Pobreza extrema basado en la línea del Banco Mundial	7.3h		9.7h	9.0e	8.5e	10.0e	12.5e	15.9e	15.5e	13.1e	11.9e	11.8e	10.4e
Pobreza general basado en la línea del Banco Mundial	33.9h		26.7h	27.7e	27.9e	28.3e	35.6e	43.0e	40.5e	37.0e	35.8e	36.5e	34.0e
1.2 Coeficiente de la brecha de la pobreza, según línea <US\$1/día, (%). Línea Banco Mundial. (e)				0.95	0.75	0.82	0.95	0.97	1.44	1.15	1.02	0.92	0.81
1.2a Coeficiente de la brecha de la pobreza, según línea <US\$1/día (%). Basado Línea CEPAL. (e)				5.3	4.9	5.5	7.1	8.8	9.3	7.7	7.3	7.2	6.4
1.3 Proporción del ingreso nacional que corresponde al quintil más pobre de la población, (%).	4.3a	4.1a	3.7a	3.2e	3.6e	3.5e	3.5e	3.7e	3.4e	3.4e	3.6e	3.7e	3.8e

Anexo 3
Valor de Indicadores de la Meta 1.B. 1990-2009

Año	1.4 Tasa de crecimiento del PIB por persona empleada, (%). (f)	1.5 Relación empleo-población. (f)	1.6 Proporción de la población ocupada con ingresos inferiores a 1 dólar PPA por día. (a)	Tasa de desempleo de las personas comprendidas entre los 15 y los 24 años.	1.7 Proporción de la población ocupada que trabaja por cuenta propia o en una empresa familiar, (%).
1990				34.1a	
1991		44.3			38.6a
1992	3.4	46.6	7.0		40.8a
1993	6.8	46.0			38.6a
1994	3.0	44.8			36.5a
1995	5.5	43.7			38.1a
1996	1.9	43.9	8.3		36.3a
1997	2.8	45.5	9.3		42.7a
1998	-1.8	45.1			43.5a
1999	3.5	46.1			44.6a
2000	3.5	47.6	5.9	23.1a	40.6a
2001	3.1	45.9			41.6a
2002	2.3	46.2			42.9a
2003	0.0	45.4	8.2		42.6a
2004	-2.2	46.0		29.8f	40.0f
2005	7.1	45.9	6.3	31.72f	42.7f
2006	5.6	47.0	4.9	30.68f	42.8f
2007	5.0	47.4		31.02f	42.4f
2008	2.2	47.7		26.74f	43.9f
2009	5.3	45.8			

Fuentes:

(a) Naciones Unidas para los indicadores de los Objetivos de desarrollo del Milenio.

Base de Datos para ODM actualizada al 23 de Jun 2010.

(f) Banco Central. Encuesta Nacional de la Fuerza de Trabajo (ENFT). 2004 -2008

Anexo 4
Valor de Indicadores de la Meta 1.C. 1991-2007

Indicadores	1991	1996	2000	2001	2002	2005	2006	2007
1.8 Proporción de niños menores de 5 años con insuficiencia ponderal (Desnutrición Global) (%).	10.4c	5.9c	4.6s		5.3c		5.3d	3.1c
Niñas		5.3c			5.2c			3.4c
Niños		6.4c			5.4c			2.9c
Urbana		3.9c			4.3c			2.9c
Rural		8.5c			6.9c			3.5c
Niños menores de 5 años con déficit de talla para la edad (Desnutrición crónica)	19.4c	10.7c	6.1e		8.9c		7.2d	9.8c
Niñas		9.4c			7.7c			8.8c
Niños		12.0c			10.2c			10.7c
Urbana		7.3c			7.9c			8.4c
Rural		15.2c			10.8c			12.5c
1.9 Proporción de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria (Sub-alimentación) (%). (j)	27.0	24.0		23.0		21.0		

Fuentes:

(c) Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM). Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA). 1991, 1996, 2002, 2007

(d) Oficina Nacional de Estadística (ONE). Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR) 2005 y 2006

(j) Estado de la Inseguridad Alimentaria en el Mundo (FAO). Informe 2009. El dato abarca los dos años colindantes.

Anexo 5
Valor de Indicadores de la Meta 2.A. 1990-2009

Indicadores	1990	1991	1997	1998	1199	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
2.1 Tasa neta de matriculación en la enseñanza primaria. (Proyección ONE)							86.6°	86.1°	85.6°	86.0°	85.1°	85.0°	87.1°	84.3°	
Mujeres														86.70°	
Hombres														81.90°	
2.1 Tasa neta de matriculación en la enseñanza primaria. (Datos Encuesta) (e)						92.1	93.6	94.6	95.4	95.1	94.9	94.7	94.9	94.2	
2.1 Tasa neta de matriculación en la enseñanza primaria. (Proyección de población CELADE 2000) (e)			73.0	80.5	84.1	89.4	90.6	90.8	91.0	92.0	91.7	92.1	95.3	92.3	94.8
2.2 Proporción de alumnos que comienzan el primer grado y llegan a completar el último grado (8vo) de enseñanza primaria. (Tasa de retención o supervivencia escolar de octavo grado)*													69.7e	65°	77.5°
Niños (a)															
Niñas(a)															
2.2a Proporción de alumnos que comienzan el primer grado y llegan a completar el último grado (8vo) de enseñanza primaria. (Sector Público)* (e)	23.2			43.0		62.7	53.4	64.1	61.0	67.8	57.8			63.0	75.,8
2.2b Proporción de alumnos que comienzan el primer grado y llegan al último grado (8vo) de enseñanza primaria. (Tasa de retención o supervivencia escolar de octavo grado. Sector Privado) * (e)															83.8
Proporción de alumnos que comienzan el primer grado y llegan al último grado (5to) de enseñanza primaria. (Tasa de retención o supervivencia escolar de 5to grado %).(e)						76.4°	80.4°	76.8°	67.3°	89.2°	75.8°		79.7e	73.8°	84.0°
Proporción de alumnos que comienzan el primer grado y llegan al último grado (5to) de enseñanza primaria. (Tasa de retención o supervivencia escolar de 5to grado %). (a)					70.6	72.1	67.0	61.5	53.9	82.9	61.1		68.8		
Niños					66.3 ^a	58.9 ^a					57.8 ^a		64.4 ^a		
Niñas					75.2 ^a	87.8 ^a					64.8 ^a		73.8 ^a		
Porcentaje de la población de 15-19 años que completo la primaria		44.8 ⁱ				59.4 ^e	60.8 ^e	60.8 ^e	64.1 ^e	66.0 ^e	67.3 ^e	69.7 ^e	73.3 ^e	73.5 ^e	73.0 ^e
2.3 Tasa de alfabetización de las personas de 15 a 24 años, mujeres y hombres		90.7 ⁱ				95.6 ^f	95.4 ^f	94.2 ^g	96.1 ^f	95.7 ^f	95.9 ^d	95.5 ^d	97.2 ^f	96.4 ^f	96.9 ^f
Hombres						94.7 ^f	94.1 ^f	93.0 ^g	94.9 ^f	95.0 ^f	94.7 ^d	94.7 ^d	96.5 ^f	95.7 ^f	96.1 ^f
Mujeres						96.5 ^f	96.6 ^f	95.4 ^g	97.3 ^f	96.5 ^f	97.12 ^d	96.4 ^d	98.0 ^f	97.0 ^f	97.7 ^f

Fuentes:

(a) Naciones Unidas para los indicadores de los Objetivos de desarrollo del Milenio. Base de Datos para ODM actualizada al 23 de Junio 2010.

(c) Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM). Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA). 1991,1996, 2002 y 2007

(d) Oficina Nacional de Estadística (ONE). Encuesta Nacional de Hogares de propósitos múltiples. 2005 y 2006

(e) Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (SISDOM). 2010

(f) Banco Central. Encuesta Nacional de la Fuerza de Trabajo (ENFT). 2000 -2009

(g) Oficina Nacional de Estadística (ONE). Censo de Población y Vivienda. 2002

(i) Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo. Procesado en la Unidad Asesora de Análisis Económico y Social (UAAES) en base a ENDESA 1991.

(o) Oficina Nacional de Estadística (ONE). Cálculos en base a datos del Ministerio de Educación y Proyecciones de población de la ONE.

Nota: Todos los datos de educación corresponden a años lectivos, el dato se posicionó en el año del límite superior del periodo lectivo.

* Estos datos corresponden a las tasas de retención al 1ro de Media.

Anexo 6
Valor de Indicadores de la Meta 3.A. 1990-2009

Año	3.1a Relación entre niñas y niños en la enseñanza primaria	3.1b Relación entre niñas y niños en la enseñanza secundaria	3.1c Relación entre niñas y niños en la enseñanza superior	Relación entre la tasa bruta de matriculación de niñas y la tasa bruta de matriculación de niños en la enseñanza primaria (e)	3.2 Proporción de mujeres entre los empleados remunerados en el sector no agrícola, (%)	3.3 Proporción de escaños ocupados por mujeres en los parlamentos nacionales, (%) (o)	3.3a Proporción de mujeres en cámara del senado, porcentaje (o)	3.3b Proporción de mujeres en cámara de diputados, porcentaje (o)	Propor- ción de mujeres en Alcaldías (o)
1990					35.0 ^f	9.3	0.0	11.7	4.9
1991					31.5 ^a	9.3	0.0	11.7	4.9
1992					31.3 ^a	9.3	0.0	11.7	4.9
1993					31.4 ^a	9.3	0.0	11.7	4.9
1994					32.6 ^a	10.0	3.3	11.67	7.5
1995					34.0 ^a	10.0	3.3	11.67	7.5
1996					32.3 ^a	10.0	3.3	11.67	7.5
1997					32.1 ^a	10.0	3.3	11.67	7.5
1998					34.6 ^a	14.5	6.7	16.11	1.7
1999	0.98 ^a	1.24 ^a			34.6 ^a	14.5	6.7	16.11	1.7
2000	1.0 ^e	1.2 ^e	1.3 ^e	0.98	34.6 ^f	14.5	6.7	16.11	1.7
2001	1.0 ^e	1.2 ^e	1.4 ^e	1.00	35.1 ^f	14.5	6.7	16.11	1.7
2002	1.0 ^e	1.2 ^e	1.5 ^e	0.96	35.8 ^f	13.7	6.3	15.3	7.2
2003	0.94 ^u	1.20 ^u	1.6 ^{f**}	0.96	35.1 ^f	13.7	6.3	15.3	7.2
2004	0.94 ^u	1.20 ^u	1.4 ^f	0.95	35.1 ^f	13.7	6.3	15.3	7.2
2005	0.94 ^{u*}	1.20 ^{u*}	1.6 ^k	0.94	37.1 ^f	13.7	6.3	15.3	7.2
2006	0.93 ^u	1.24 ^u	1.6 ^f	0.96	36.0 ^f	17.1	6.3	19.1	11.3
2007	0.93 ^u	1.24 ^u	1.6 ^f	0.96	38.6 ^f	17.1	6.3	19.1	11.3
2008	0.92 ^u	1.23 ^u	1.6 ^f	0.96	38.0 ^f	17.1	6.3	19.1	11.3
2009	0.85 ^u	1.18 ^u	1.6 ^f	0.94	39.2 ^f	17.1	6.3	19.1	11.3
2010					40.0 ^{f**}	19.0	9.4	20.8	7.7

Fuentes:

(a) Naciones Unidas para los indicadores de los Objetivos de desarrollo del Milenio. Base de Datos para ODM actualizada al 23 de Jun 2010.

(e) Ministerio de Economía Planificación y Desarrollo (SISDOM). 2010

(f) Banco Central. Encuesta Nacional de la Fuerza de Trabajo (ENFT) 2000 -2009. ** Dato pertenece a la ENFT octubre 2003, Indicador 3.2 Dato perteneciente ENFT abril 2010.

(k) Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología.

(o) Oficina Nacional de Estadística (ONE). Cálculos en base a datos del Senado de la República, Junta Central Electoral (JCE) y Cámara de Diputados.

(u) Ministerio de Educación. * En el 2005 no se incluye la educación especial.

Nota: Los parlamentos nacionales tienen una o dos cámaras. A los efectos de las comparaciones internacionales, se tiene en cuenta solo la cámara única o la cámara baja.

Todos los datos de educación corresponden a años lectivos, el dato se posicionó en el año del límite superior del periodo lectivo.

Anexo 7
Escaños ocupados por mujeres en el Congreso Nacional. 1990-2010

Año	Cámara de Diputados A			Senado B		Congreso A+B			
	Total escaños	Ocupado por mujeres		Total escaños	Ocupado por mujeres		Total escaños	Ocupado por mujeres	
		Cantidad	%		Cantidad	%		Cantidad	%
1990	120	14	11.7%	30	0	0.0%	150	14	9.3%
1994	120	14	11.7%	30	1	3.3%	150	15	10.0%
1998	149	24	16.1%	30	2	6.7%	179	26	14.5%
2002	150	23	15.3%	32	2	6.3%	182	25	13.7%
2006	178	34	19.1%	32	2	6.3%	210	36	17.1%
2010	183	38	20.8%	32	3	9.4%	215	41	19.1%

Fuente: Junta Central Electoral

Anexo 8
Valor de Indicadores de la Meta 4.A. 1990-2008

Año	4.1 Tasas de mortalidad de niños menores de 5 años.	4.2 Tasa de mortalidad infantil. Según Encuestas de Hogares	4.2 Tasa de mortalidad infantil. (m)	4.3 Porcentaje de niños de 1 año (12 a 23 meses) vacunados contra el sarampión. Según Encuestas de Hogares	4.3 Porcentaje de niños de 1 año (12 a 23 meses) vacunados contra el sarampión. Según registro del PAI (p).	Proporción de niños de 12-23 meses con esquema completo de vacunación	Porcentaje de sepsis bacteriana del recién nacido como causa básica de muertes neonatales. (m)	Porcentaje de embarazadas que recibió 2 ó más dosis de Toxoide Tetánico. (c)
1990					96.0			
1991	59.5c	43.0c		69.0 ^c	69.0	36.7 ^c		77.7
1992					75.0			
1993					99.0			
1994					86.9			
1995					96.0			
1996	57.0c	47.0c		78.2 ^c	81.0	38.7 ^c		86.0
1997					82.0			
1998					94.5			
1999			35.7		96.2		19.1	
2000			30.0		88.0	38.1 ^s	12.8	
2001			28.4		97.7		15.9	
2002	38.0c	31.0c	35.4	88.3 ^c	91.6	34.9 ^c	25.1	85.8
2003			30.6		83.7		15.0	
2004			35.4		91.8		21.0	
2005			32.2	92.9 ^{d**}	105.0		23.2	
2006	35.0d	30.0d	30.6	69.0 ^d	102.2	46.3 ^d	24.7	
2007	36.0c	32.0c	30.7	79.0 ^{e*}	96.1	52.9 ^{e*}	22.8	84.1
2008			29.6		94.5		19.8	

Fuentes:

(c) Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM) Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA): 1991, 1996, 2002 y 2007

(d) Oficina Nacional de Estadística (ONE). Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR) 2005 y 2006

(m) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE).

(p) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; Programa Ampliado de Inmunización (PAI).

(s) Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Encuesta de agrupación de Indicadores Múltiples (MICS) 2000

*ENDESA 2007 consideró la población 18-29 meses y no de 12-23 meses.

Anexo 9
Valor de Indicadores de la Meta 5.A. 1990-2008

Año	5.1 Tasa de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos *. (c)	5.1 Tasa de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos. (m)	Porcentaje de toxemia como causa de muertes maternas. (m)	5.2 Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado, (%.)	Porcentaje de partos atendidos en establecimientos de salud.		
					Total	Público	Privado
1991	187.6			92.4 ^c	92.0 ^c	63.9 ^c	28.1 ^c
1996	229.3			95.5 ^c	95.3 ^c	70.8 ^c	24.5 ^c
1998		64.2	30.0				
1999		68.1	27.0	96.6 ^c			
2000		55.7	19.0				
2001		53.6	25.0				
2002	178.0	74.0	21.0	97.8 ^c	97.9 ^c	76.4 ^c	21.5 ^c
2003		65.8	28.0				
2004		72.6	21.0				
2005		92.1	23.0				
2006		81.9	19.2	96.7 ^d	95.3 ^d	69.9 ^d	25.3 ^d
2007	159.0	72.8	26.0	97.8 ^c	97.5 ^c	77.2 ^c	20.3 ^c
2008		86.3	27.0				
2009		91.7 ^{**}	24.0				

Fuentes:

(c) Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM). Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA). 1991, 1996, 2002 y 2007.

(d) Oficina Nacional de Estadística (ONE). Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR). 2006

(m) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE).

*Dato del 1991 esta centrado en 1982 (9 años atrás), del 1996 en 1984 (12 años atrás), del 2002 en 1997 (promedio de los últimos 10 años) y del 2007 en 2002 (promedio de los últimos 10 años)

** Dato preliminar

*** La Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2004, identifica al aborto inseguro como una causa evitable de las muertes y lesiones maternas y debe ser tratado como parte del ODM de mejorar la salud materna.

Anexo 10
Valor de Indicadores de la Meta 6.A. 1990-2008

Año	6.1 Prevalencia de VIH entre las personas de 15 a 24 años (%). (c)	Prevalencia del VIH en población en edad fértil de 15-49 años (c)	Incidencia de SIDA (por 100,000 habitantes) (m)	6.2 Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo en personas de 15-24 años (%).			6.3 Proporción de la población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA (%). (c)			6.4 Relación entre la asistencia escolar de niños huérfanos y la de niños no huérfanos de 10 a 14 años.(i)			Uso de preservativos dentro de la tasa de uso de anticonceptivos-mujeres (%). (c)
				Total	Mujeres	Hombre	Total	Mujeres	Hombre	Total	Niñas	Niños	
1990			3.9										
1991			4.3							0.2	0.2	0.2	1.2
1992			5.2										
1993			5.4										
1994			5.6										
1995			4.9										
1996			5.7					23.0 ^a	23.0 ^a	0.2	0.2	0.2	1.4
1997			5.4										
1998			5.1										
1999			6.1					18.0 ^a					
2000			5.6					33.0 ^a		0.2	0.1	0.2	
2001			5.2										
2002	0.6	1.0	6.4	35.2 ^o	28,8	52,2				0.2	0.1	0.2	1.3
2003			5.1										
2004			3.1										
2005			4.9										
2006			2.0					31.5 ^d		0.2	0.2	0.2	
2007	0.3	0.8	2.2	62.3 ^c	43,9	70.0	38,5	40.8 ^e	33.7 ^c				1.9
2008			1.6										

Fuentes:

(a) Naciones Unidas para los indicadores de los Objetivos de desarrollo del Milenio. Base de Datos para ODM actualizada al 23 de Junio 2010.

(c) Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM). Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA). 2007

(d) Oficina Nacional de Estadística (ONE). Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR). 2006

(m) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE).

(o) Elaborado por la Oficina Nacional de Estadística a partir de Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA). 2002

Anexo 11
Proporción de la población que tiene conocimientos amplios
y correctos sobre el SIDA, por rango de edad y sexo
(%)

Edad (años)	1996		2002		2007	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Pareja fiel						
15-19	86.3	90.9	-	-	86.1	86.8
20-24	89.3	92.0	-	-	87.1	89.0
15-49	89.0	93.0	42.9	33.4	-	-
Usando condón						
15-19	79.3	87.1	73.2	90.3	84.8	89.0
20-24	82.2	85.7	81.2	91.3	84.2	89.7
15-49	89.0	84.0	81.0	82.5	-	-
Aspectos saludable						
15-19	86.0	89.6	90.8	88.8	91.1	89.0
20-24	90.8	84.7	94.2	91.9	94.3	92.8
15-49	90.0	93.0	-	-	-	-
Picadura de mosquito						
15-19	53.6	56.9	-	-	60.9	53.4
20-24	55.6	54.7	-	-	60.2	52.3
15-49	56.0	60.0	0.2	0.3	-	-

Fuente: Endesa 1996, 2002, 2007 (Elaborado con información presentada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el taller sobre ODM 6, julio 2010)

Anexo 12
Valor de Indicadores de la Meta 6.C. 1990-2009

Año	6.6a Tasa de incidencia asociada a la malaria, por 100,000 habitantes. (m)	6.6b Tasa de mortalidad asociada a la malaria por 100,000 habitantes. (e)	Incidencia asociada al dengue. (m)	Tasa de letalidad asociada al dengue. Por 100 casos. (m)	6.9 Tasa de incidencia asociada a la tuberculosis, por 100,000 habitantes. (n)	6.9 Tasa de prevalencia asociada a la tuberculosis por 100,000 habitantes.		6.9 Tasa de mortalidad asociada a la tuberculosis por 100,000 habitantes. (n)	6.10a Tasa de detección de tuberculosis con el tratamiento breve bajo observación directa. (n)	6.10b Tasa de casos de tuberculosis curados con el tratamiento breve bajo observación directa, (%). (n)
1990	5.0				40.1	350a	214r	7.4		
1991	5.1				26.4	310a		5.9		
1992	9.4				48.7	280a		5.8		
1993	13.0	0.14			61.0	240a		5.6		
1994	21.6	0.18	15.60		58.1	220a		4.7		
1995	23.0	0.06	22.70		52.6	190a		5.9		
1996	17.6	0.06	8.10		80.5	170a		5.4		
1997	10.0	0.17	28.7	3.9	67.6	140a		5.1		
1998	24.2	0.16	48.4	15.2	63.1	140a		5.7		
1999	42.7	0.07	14.4	53.3	69.9	130a		4.7		
2000	14.4	0.20	41.6	15.9	51.0	130a		4.2		45.7
2001	11.9	0.13	10.8	18.2	50.5	130a		2.4	18.0	56.7
2002	14.7	0.13	370	44.3	43.8	130a		2.1	19.0	60.1
2003	17.1	0.18	69.1	38.5	49.2	130a		1.5	28.7	72.5
2004	25.9	0.18	27.2	16.9	47.0	110a		1.3	23.2*	75.2
2005	41.6	0.11	32.4	20.7	50.4	100a		1.2	26.8	79.9
2006	37.7	0.16	66.8	22.5	45.6	100a	118r	1.2	33.1	81.8
2007	28.6	0.08	101.7	18.7	40.5	99a		0.9	31.4	78.8
2008	19.1		48.4	15.4	42.0	95a		1.0	32.9	79.3
2009	16.8		84.9	5.2	42.0			1.2	26.1	82.0

Fuentes:

(a) Naciones Unidas para los indicadores de los Objetivos de desarrollo del Milenio. Base de Datos para ODM actualizada al 23 de Junio 2010.

(e) Ministerio de Economía Planificación y Desarrollo (SISDOM). 2010

(m) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE).

(ll) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Datos presentados taller ODM 6, Julio 2010.

(r) Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Anuario 2009.

*Disminución en el 2004 atribuida a campaña política / cambio de autoridades.

Anexo 13
Valor de Indicadores de la Meta 7.A. 1990-2008

Indicadores	1990	1995	1996	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
7.1 Proporción de la superficie cubierta por bosques, (%).	28.4 ^a			28.4 ^a			32.61					
7.2a Emisiones de dióxido de carbono (CO ₂) en miles de toneladas métricas de CO ₂ (CDIAC). (a)	9,571	16,105	17,547	20,117	20,235	21,500	21,533	19,970	19,893	20,359	20,759	
7.2b Emisiones de dióxido de carbono (CO ₂), toneladas métricas de CO ₂ per cápita (CDIAC). (a)	1.31	2.01	2.12	2.28	2.26	2.36	2.33	2.13	2.09	2.10	2.12	
7.2c Emisiones de dióxido de carbono (CO ₂), kg de CO ₂ por cada dólar PPA del PIB (CDIAC). (a)	0.39	0.54	0.45	0.46	0.45	0.46	0.47	0.43	0.39	0.36	0.29	
7.3 Consumo de sustancias que agotan la capa de ozono, (%). (l)				593.2	645.4	437.6	322.8	352.4	253.1	232.8	97.8	22.9
7.4 Proporción de poblaciones de peces que están dentro de límites biológicos seguros												
7.5 Proporción del total de recursos hídricos utilizada. (a)		39.7 [*]		16.0 ^{**}								93 ^t

Fuentes:

(a) Naciones Unidas para los indicadores de los Objetivos de desarrollo del Milenio. Base de Datos para ODM actualizada al 23 de Junio 2010.

(c) Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM). Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA). 2007

(d) Oficina Nacional de Estadística (ONE). Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples. 2005-2007

(g) Oficina Nacional de Estadística (ONE). Censo de Población y vivienda. 2002

(l) Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales.

(t) Consejo Dominicano de Pesca y Acuicultura, CODOPESCA. Este considera importante agregar al índice las poblaciones de mayor incidencia en la producción pesquera del país; especies de moluscos, Langostas, Cangrejos, *Ucides cordatus* y *Gerecinus ruricola*, las cuales han sido reportadas como sobreexplotadas, Wielgus et.al (2010). Con estas poblaciones se tendrían una poblaciones de peces dentro de los límites biológicos seguros de 81.8%.

* El dato se refiere a los años 1993-1997.

** El dato se refiere a los años 1998-2002.

Anexo 14
Valor de Indicadores de la Meta 7.B. 1990-2008

Indicadores	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
7.6 Proporción de zonas terrestres y marinas protegidas, (%). (l)	5.6	5.6	5.6	5.6	9.6	9.6	9.6	9.6		10.9
7.6a Proporción de zonas terrestres protegidas.	18.91	18.9 ^l	18.91	18.9 ^l	21.6 ^l	21.6 ^l	21.6 ^l	21.6 ^l	22.0 ^a	244 ^l
7.6b Proporción de zonas marinas protegidas. (l)	4.1	4.1	4.1	4.1	8.3	8.3	8.3	8.3		9.3
7.7 Proporción de especies en peligro de extinción										2.52

Fuentes:

(a) Naciones Unidas para los indicadores de los Objetivos de desarrollo del Milenio. Base de Datos para ODM actualizada al 23 de Junio 2010.

(l) Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales.

Anexo 15
Producción nacional pesquera por especies y/o grupos. 2001-2008 (Toneladas)

Nombre Científico 1/	Nombre Español FAO	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Cyprinus carpio	Carpa	397	585	377	580	494	424	372	489
Oreochromis (=Tilapia) spp	Tilapias nep	529	1.056	675	887	804	762	757	744
Micropterus salmoides	Perca atruchada			240	303	272	229	42	165
Osteichthyes	Peces de agua dulce nep	183	390	44	45	37	354	195	189
Anguilla rostrata	Anguila americana	1	37	23	9	14	24	2	17
Megalops atlanticus	Tarpón	14	48	95	25	13	26	21	38
Albula vulpes	Macabí	11		92	23	16	51	40	35
Holocentridae	Candiles nep	22	104	159	61	44	78	81	83
Agonostomus monticola	Lisa de río		28	34					9
Mugilidae	Lizas nep	28	88	120	36	25	177	10	73
Centropomus spp	Róbalos nep	17	37	108	62	29	38	30	49
Epinephelus morio	Mero americano	37		119	68	2	196	156	88,
Epinephelus spp	Meros nep	942	1.332	565	436	399		634	653
Lutjanus purpureus	Pargo colorado	355	363	322	202				188
Ocyurus chrysurus	Rabirubia	356	134	151	126	71	181	152	178
Lutjanidae	Lutjánidos nep	231	1,188	1,731	1,046	1,016	1,531	1,259	1,213
Haemulidae (=Pomadasyidae)	Burros, roncós n, bocayates	385	396	173	233	173	107	132	242
Cynoscion spp	Corvinatas nep	10	71	83	34		24		34
Calamus spp	Plumas	10	29	126	124	104	156	15	86
Archosargus rhomboidalis	Sargo amarillo		53	115					26
Mullidae	Salmonetes, etc. Nep	161	41	101	56	81	116	43	91
Gerreidae	Mojarras, etc. Nep	15	7	104	59	55	69	11	49
Labridae	Lábridos(=Tordos,maragotas)nep	22	557	141	41	65			125
Scaridae	Loros nep	19	85	181	42	28	8	173	81
Balistidae	Peces-ballesta nep	21	90	133	75	41	232	73	101
Harengula spp	Sardinetas	21		147	126	127	36	28	74
Opisthonema oglinum	Machuelo hebra atlántico	106	1	110	99	87	92	77	87
Acanthocybium solandri	Peto	37		193	51	148	75	63	86
Scomberomorus cavalla	Carite lucio	261	653	452	225	173	180	145	317
Scomberomorus regalis	Carite chinigua	147				145			44
Katsuwonus pelamis	Listado	32	48	173		71			49
Thunnus thynnus	Atún rojo del Atlántico		342				34	131	77
Thunnus atlanticus	Atún aleta negra	517	651	290	137	130			261
Thunnus albacares	Rabil	263	50	515	204	110	381	191	260
Istiophorus albicans	Pez vela del Atlántico	81	260	91	68	135	95		111
Makaira nigricans	Aguja azul	23		207	142	30	38		67
Scombroidei	Peces parecidos a los atunes nep			351	437			2	120
Belonidae	Agujones, maraos nep	45	48	65	26	21			31
Caranx crysos	Cojinúa negra	68	124	380		120			105
Caranx spp	Jureles, pámpanos nep	43,	182	351	342	82	57	206	191
Trachinotus spp	Pámpanos(=Palometas) nep	7	118	126		61			47
Seriola spp	Medregales nep	18	39	164	44	36	66	53	64
Carangidae	Carángidos nep	28	1	111	180		139	284	113
Coryphaena hippurus	Lampuga	232	570	197	221	163		1.009	363
Sphyraena spp	Picudas nep	7	195	159			56		63
Ginglymostoma cirratum	Gata nodriza	89	24	113	79	43		612	145
Rajiformes	Ravas, pastinacas, mantas nep	123	12	123	51	37	169	102	93
Osteichthyes	Peces marinos nep	4,391	1,238	4,569	4,484	2,913	4,401	3,864	4,129
Crustacea	Crustáceos de agua dulce nep	48	6	113	156	73	118	113	95,0
Brachyura	Cangrejos de mar nep	52	168	186	80	67	75	51	102,9
Panulirus argus	Langosta común del Caribe	1,209	2,451	803	1,007	958	886	1,076	1,272
Penaeus spp	Langostinos Penaeus nep	32	47	125	45	55	122	97,0	79
Strombus spp	Cobos nep, lambies	1,437	2,685	1,654	1,207	1,473	996	1,328	1,634
Crassostrea rhizophorae	Ostión de mangle	8	129	40	13	12	35		36
Loligo spp	Calamares nep	51	26	68	50	41	49	39	49
Octopus vulgaris	Pulpo común	57	86	66	45	84	73	7	63
Mollusca	Moluscos marinos nep	18	388	143	131	15		33	110

1/ Las poblaciones sombreadas de gris son las que están sobreexplotadas
Fuente: CODOPESCA, 2008.

Anexo 16
Resumen sobre determinación del indicador 7.4

Meta 7B: Reducir la pérdida de biodiversidad, alcanzando, para el año 2010, una reducción significativa de la tasa de pérdida	7.4. Proporción de poblaciones de peces que están dentro de límites biológicos seguros
Calculo del indicador	
Formula	Número de poblaciones de peces dentro de los límites biológicos de seguridad / número total de los peces)*100
Unidad	%
Fuente de la información	Consejo Dominicano para la Pesca y la Acuicultura (CODOPESCA).
Periodicidad de la información	2001-2008
Índice obtenido	
Incluyendo solo peces	Incluyendo todos los grupos
93%	81.8%

Fuente: Elaborado por CODOPESCA

Anexo 17
Valor de Indicadores de la Meta 7.C. 1990-2009

Indicadores	1990	1995	1996	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
7.8 Proporción de la población con acceso a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua potable, (%).	88.0 ^a	88.0 ^a		87.0 ^a		79.2 ^g			78.3 ^d	75.0 ^d	80.2 ^d		
Zonas urbanas, porcentaje.									85.3 ^d	78.1 ^d	87.9 ^d		
Zonas rurales, porcentaje.									63.4 ^d	68.7 ^d	64.7 ^d		
7.8 Proporción de la población con acceso a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua potable, (%).^c			81.2 ^c			81.0 ^c					86.1 ^c		
Zonas urbanas, porcentaje.			97.0 ^c			91.0 ^c					73.3 ^c		
Zonas rurales, porcentaje.			55.0 ^c			64.0 ^c					73.3 ^c		
Porcentaje de viviendas con acceso a agua potable. ^(e)				72.2	72.2	74.1	73.3	71.1	70.4	70.9	75.8	77.1	76.1
7.9 Proporción de la población con acceso a servicios de saneamiento mejorados, (%).	73.0 ^a	76.0 ^a	67.0 ^c	79.0 ^a					82.4 ^d	85.8 ^d	82.7 ^c		
Zonas urbanas, porcentaje.	83 ^a	84 ^a	71.3 ^c	85 ^a					84.1 ^d	90.4 ^d	86.8 ^c		
Zonas rurales, porcentaje.	61 ^a	65 ^a	60 ^c	69 ^a					79.3 ^d	76.8 ^d	73.5 ^c		

Fuentes:

(a) Naciones Unidas para los indicadores de los Objetivos de desarrollo del Milenio. Base de Datos para ODM actualizada al 23 de Junio 2010

(c) Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM). Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA). 2007

(d) Oficina Nacional de Estadística (ONE). Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples. 2005-2007

(e) Ministerio de Economía Planificación y Desarrollo (SISDOM). 2010

(g) Oficina Nacional de Estadística (ONE). Censo de Población y vivienda. 2002

Anexo 18
Valor de Indicadores de la Meta 8.F. 1990-2009

Año	Líneas telefónicas por cada 100 habitantes (%).	Líneas telefónicas	Suscripciones a teléfonos celulares móviles por cada 100 habitantes, (%)	Suscripciones a teléfonos celulares móviles.	Usuarios de Internet por cada 100 habitantes, (%).	Número de usuarios de Internet.	Total cuentas de internet	Líneas en Operación de Telefonía Móvil con servicios de comunicación de datos Banda Ancha.
1990	4.81a	341,201a	0.04a	3,166a				
1991	5.69a	410,542a	0.08a	5,605a				
1992	6.54a	479,480a	0.10a	7,190a				
1993	7.12a	529,981a	0.14a	10,364a				
1994	7.35a	555,449a	0.28a	20,990a				
1995	7.59a	582,611a	0.73a	55979a				
1996	7.72b	618,551b	1.0b	82,547b	0.3	22,700		
1997	8.6b	704,389b	1.7b	141,592b	0.5	42,200		
1998	9.3b	772,180b	2.5b	209,384b	0.9	73,200		
1999	9.8b	826,746b	5.0b	424,434b	1.5	122,400		
2000	10.5b	894,164b	8.2b	705,431b	2.4	205,800		
2001	11.0b	955,145b	14.6b	1,270,082b	2.9	251,100		
2002	10.0b	908,957b	19.3b	1,700,609b	7.1	621,700		
2003	10.2b	908,809b	23.4b	2,091,914b	8.0	715,000		
2004	9.9b	902,258b	27.9b	2,534,063b	8.9	809,700	106,296	32.0%
2005	9.7b	896,252b	39.3b	3,623,289b	10.9	1,002,100	134,545	41.1%
2006	9.6b	897,026b	49.2b	4,605,659b	15.4	1,436,100	183,876	51.3%
2007	9.6b	906,485b	58.1b	5,512,859b	17.7	1,677,000	264,284	73.0%
2008	10.3b	985,711b	75.0b	7,210,483b	22.6	2,147,400	340,322	78.7%
2009	9.9b	968,200b	88.6b	8,630,400b	28.4	2,763,400	429,030	71.7%

Fuentes: Instituto Dominicano de Tecnologías (INDOTEL)



MINISTERIO DE ECONOMÍA,
PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO