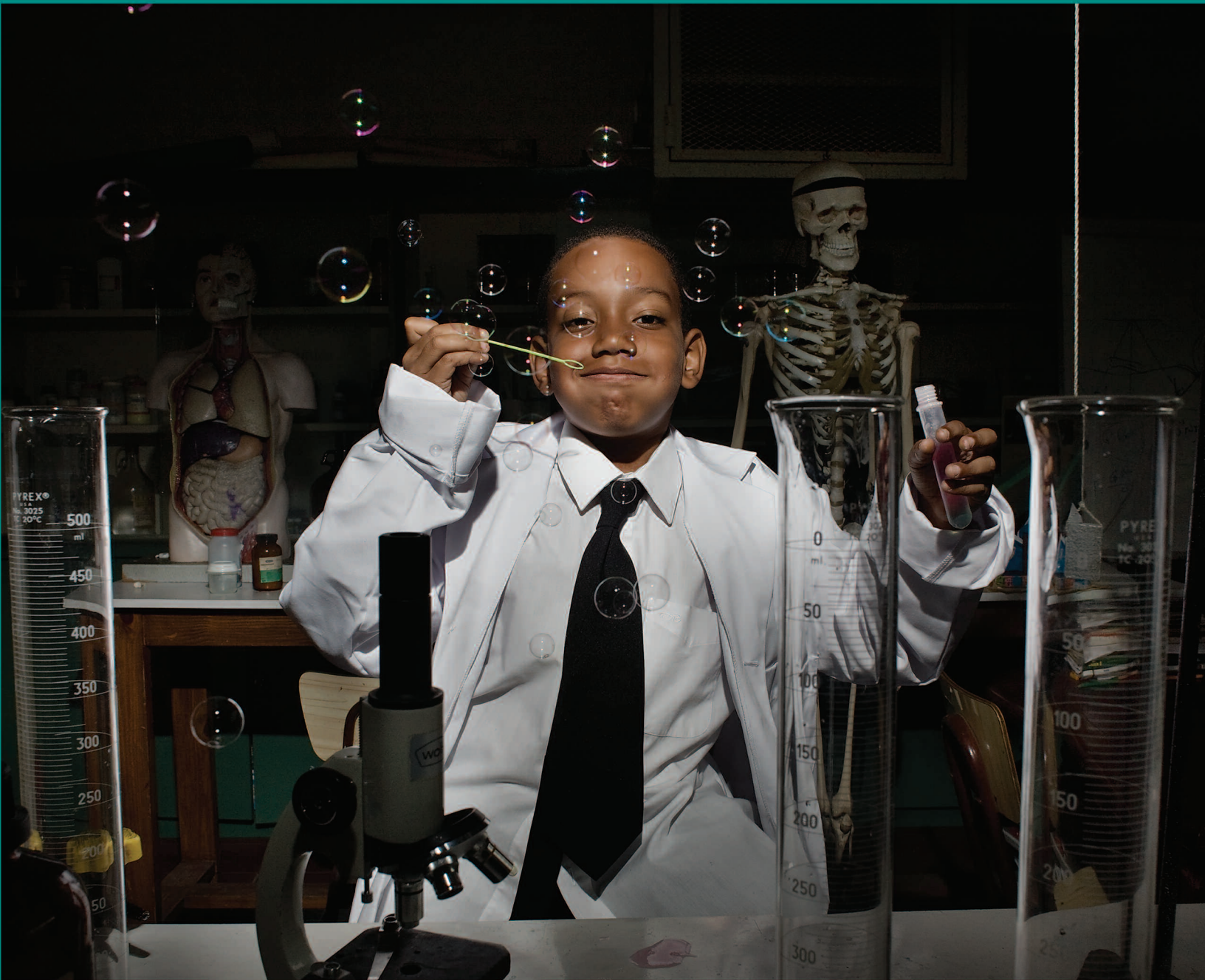


# Política social: capacidades y derechos

Oficina de Desarrollo Humano

VOLUMEN I



Marco teórico / La política social: capacidades y derechos / Educación / Salud



Ministerio de  
Economía, Planificación y Desarrollo



República  
Dominicana

# Política social: capacidades y derechos

Análisis y propuestas de políticas sociales  
en República Dominicana

## Volumen I



Oficina de Desarrollo Humano del PNUD<sup>1</sup>



Programa de las  
Naciones Unidas para el Desarrollo

<sup>1</sup> Este informe ha sido elaborado por la Oficina de Desarrollo Humano (ODH) del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en República Dominicana a solicitud del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo. La Oficina de Desarrollo Humano tiene la exclusiva responsabilidad del contenido y éste puede no reflejar las opiniones del Ministerio de Economía y del PNUD.

Copyright © 2010  
Oficina de Desarrollo Humano  
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo  
Santo Domingo, República Dominicana

Primera impresión

ISBN Obra completa 978-9945-8595-9-1  
ISBN Volume I 978-9945-8741-0-5

---

Diagramación: **Danielle West. Arte&Diseño, S.R.L.**

Fotografía: **Emiliano Larizza**

Impresión: **Serigraf, S. A.**

# Equipo del informe

## “Política social: capacidades y derechos”

### Equipo de investigación

#### Coordinación e investigación

- Miguel Ceara-Hatton, Coordinador de la Oficina de Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (ODH/PNUD)
- Rosa Cañete Alonso, Sub coordinadora (ODH/PNUD)

#### Investigadores

- Alicia Ziffer
- Alejandro Moliné
- Cristóbal Rodríguez
- Fabricio Gómez Mazara
- Franc Báez Evertsz
- Fidel Geraldino
- José del Carmen Bautista
- Tahira Vargas
- Marina Ortiz
- Michela Accerenzi
- Olaya Dotel
- Pablo Rodríguez
- Wilfredo Lozano

### Estadísticas

- Fidel Geraldino
- Melvin Bretón

### Equipo de apoyo

- Pavel Isa Contreras
- Consuelo Cruz
- Laura Cárdenas

### Equipo de apoyo administrativo

- Rosa Elia de la Cruz
- Laura Rodríguez
- Ana Pimentel
- Jorge Merán

### Revisión Editorial

- Daryelin Torres Rodríguez
- María Virgen Gómez
- Francisco Checo

**Equipo de consulta del  
Ministerio de Economía,  
Planificación y Desarrollo**

Magdalena Lizarido, Ramón Pérez Minaya, Antonio Morillo, Altagracia Mendoza, Edmundo Morel, Leopoldo Artilles, Luz Patria Bonilla, Ilsa Nina, Inocencio García Javier, Manuel Mejía, Maritza García.

**Agradecimientos  
personales**

Amparo Arango, Ana Patricia Quezada, Angee Marte, Antonio Martínez, Anyarlene Bergés, Bienvenido Martínez, Boris de León Reyes, Carlos M. Paulino, Carola Gigena, Cristina Nogueira, Dilia Cruz, David Lapaix Ávila, Deyanira Matrilé, Edith Rodríguez, Elisabeth Fadul, Elías Dinzey, Fátima Guerrero, Federico Jovine, Francoise Gruloos, Gabriella Santoni, Gilka Meléndez, Gladys Caraballo, Gloria Ortega, Jacqueline Germán, Jeremy Freehill, John Guilianni Valenzuela, José Carlos Nazario, José Cancel, Juana González, Juan Brito, Kenia Ángeles Cáceres, Leyda Margarita Piña, Lucila Ramón, Lilian Fondeur, Luis Rubio, María Isabel Santana, Mauricio Ramírez Villegas, Melissa Álvarez Pichardo, Mercedes Carrasco, Mery Rosa García, Miguel Román García, Nadia Ureña, Nelson Belisario, Nelson Ramón Peña, Nelson Toca Simó, Nicolás de Dios, Oleida Acosta, Omar Rancier, Paola Caram, Peng Sien Sang Ben, Rafael R. Vásquez, Roberto Liz, Román Batista, Rosa de los Santos, Rosa Reynoso, Rita Mena, Rita Sciarra, Saulo de Jesús, Sigem Arbaje, Susana Gámez, Víctor Hugo Deláncer, Virgilio Ruiz y Víctor Sánchez.

**Agencias de Naciones  
Unidas que han  
apoyado con revisión  
de texto**

Organización Internacional de las Migraciones (OIM), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Fondo de las Naciones Unidas para la Población (UNFPA), Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS), Programa Mundial de Alimentos (PMA) y Organización Internacional del Trabajo (OIT).

**Instituciones del  
Gobierno dominicano  
que han apoyado con  
revisión de texto,  
información y otras  
colaboraciones**

Banco Central de la República Dominicana, Centro de Operaciones de Emergencias (COE), Comisión de Apoyo al Desarrollo Barrial (COPADEBA), Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS), Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), Consejo Nacional de Asuntos Urbanos (CONAU), Consejo Presidencial del Sida (COPRESIDA), Dirección de Análisis y Programación Estratégica de la Presidencia (DIAPE), Dirección General de Migración (DGM), Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales de la República Dominicana, Instituto Nacional de la Vivienda (INVI), Secretaría de Estado de Educación Superior, Ciencias y Tecnología (SEESCyT), Secretaría de Estado de la Mujer (SEM), Secretaría de Estado de Relaciones Exteriores (SEREX), Secretaría de Estado de Trabajo (SET), Superintendencia de Pensiones de la República Dominicana, Suprema Corte de Justicia (SCJ) y Junta Central Electoral (JCE).



## Presentación

La sociedad dominicana enfrenta hoy el desafío de definir participativamente cuáles son sus aspiraciones y de llegar a acuerdos sobre cómo quiere que sea la República Dominicana en un plazo de diez años; pero, sobre todo, de asumir un compromiso colectivo que asegure que la sociedad política, civil, militar y religiosa luchen articuladamente por llevar los acuerdos a resultados concretos para beneficio de la sociedad, unos ejecutándolos y otros vigilando su puesta en marcha y defendiéndolos frente a las dificultades y retos que tendrá que enfrentar.

En el marco de la formulación de la Estrategia Nacional de Desarrollo, regida por la Ley 498-06 de Planificación e Inversión Pública, la Oficina de Desarrollo Humano del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), a solicitud de la Secretaría de Estado de Economía, Planificación y Desarrollo (SEEPyD) y en estrecha coordinación con la Unidad Asesora de Análisis Económico y Social (UAAES), presenta este Informe sobre la Situación Social del País, que pone especial énfasis en la formulación de propuestas de políticas sociales.

Este Informe tiene como objetivo diagnosticar la dinámica social reciente desde la perspectiva de la construcción de capacidades humanas con el propósito de diseñar políticas públicas que sean consistentes, coherentes y generen sinergias dentro del enfoque de Desarrollo Humano. Estas políticas deben conducir a una ampliación de las capacidades humanas, al fortalecimiento de un Estado de derecho y, en definitiva, al aumento de las oportunidades y el bienestar de las personas. Solo así se contribuirá a generar una sociedad con mayor cohesión social en la que las personas se sientan parte de

un colectivo que sea solidario con ellas, con el cual se sientan identificados y donde sus intereses sean protegidos.

Entregamos este trabajo en el cual se estudia la sociedad dominicana en diferentes aspectos que forman parte de una realidad única y multidimensional intentando buscar sinergias entre todos ellos. El resultado son 11 capítulos formados por un marco teórico, un análisis general de la realidad del sector social, educación, salud, empleo, seguridad social y asistencia social, asentamientos humanos, derecho y justicia, inmigración haitiana y cohesión social y, finalmente, un capítulo de recomendaciones de corto, mediano y largo plazo que intenta potenciar las sinergias entre las propuestas de políticas de cada capítulo.

Para la elaboración de este Informe, la Oficina de Desarrollo Humano ha coordinado durante dos años un equipo de investigación multidisciplinario, que con el apoyo de la SEEPyD a través de la UAAES, han logrado consolidar este importante trabajo. Es necesario agradecer al Ingeniero Temístocles Montás, Secretario de Estado la SEEPyD por impulsar este proceso, así como al equipo de la UAAES, especialmente a Magdalena Lizardo y a Antonio Morillo. Este Informe es, sin embargo, exclusiva responsabilidad del equipo de investigación coordinado por la Oficina de Desarrollo Humano del PNUD y en nada compromete al gobierno dominicano o al PNUD.

Este Informe ha sido sometido a un amplio proceso de consulta con todas las instancias públicas relacionadas con los sectores analizados así como con todas las agencias de Naciones

Unidas presentes en el país y algunas instituciones de la sociedad civil expertas en los temas abordados. Durante este proceso de consulta, se han recibido observaciones de 25 instituciones y 65 personas expertas. Nuestro sincero agradecimiento a cada una de ellas por sus importantes aportes.

Entregamos este documento para que contribuya al proceso de debate que inicia la sociedad dominicana y para que facilite la toma de decisiones y la puesta en marcha de políticas públicas que generen una sociedad más solidaria, justa y cohesionada.

**Valerie Julliard**

*Coordinadora Residente del Sistema de Naciones Unidas y Representante Residente del PNUD en República Dominicana*

# Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo

## Algunas consideraciones sobre el informe “Política social: capacidades y derechos”

La historia del desarrollo económico y social nos enseña, con incansable y absoluta pertinencia, que el crecimiento económico, por sí solo, no basta para vencer el yugo de la pobreza, y que, por el contrario, puede agravarlo con consecuencias negativas insospechadas para los estándares de equidad y de justicia de una sociedad.

Por ello, para que una sociedad logre un nivel de cohesión social deseable, las políticas orientadas a promover el crecimiento económico deben instrumentarse simultáneamente con políticas sociales que aseguren un grado aceptable de distribución de los beneficios del crecimiento.

Nunca estará de más insistir en la idea que proyectó el Informe Nacional de Desarrollo Humano 2005, de que, a pesar de ser la República Dominicana el país de América Latina que más creció en promedio durante las últimas décadas, es a la vez uno de los que presenta avances insuficientes en desarrollo humano. Esta insuficiencia se refleja en los déficits observables en los aspectos sociales relevantes para la cohesión social, como son la salud, la educación, la seguridad y asistencia social, la vivienda y el acceso a servicios de agua potable y energía. Lo mismo puede decirse con relación a lo institucional, donde hay déficits observables en el campo de los derechos y la justicia, y los problemas de carácter migratorio.

Indudablemente, estos problemas demandan respuestas desde la esfera del Estado que con-

tribuyan a superar los déficits sociales e institucionales. Para ello es indispensable el diseño y ejecución de políticas sociales sobre la base de un diagnóstico profundo de la situación social e institucional, así como la realización de evaluaciones sobre la eficacia de lo logrado hasta hoy con las políticas ejecutadas en el pasado. Sólo de esa manera se podrá esperar que las respuestas dadas por el Estado contribuyan a que la población alcance óptimos niveles de logro en el desarrollo de las capacidades humanas. Y vale insistir en que esas capacidades son el único medio adecuado para que cada ciudadana y ciudadano aproveche las oportunidades generadas por el crecimiento, con vistas a potenciar el abanico de sus opciones y libertades, o lo que es igual, a aprovechar el potencial de desarrollo humano.

El Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo hace dos años decidió recurrir al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y su Oficina de Desarrollo Humano (ODH), con el fin de solicitar la elaboración de un informe exhaustivo que contuviera dicho diagnóstico y evaluación, como medios necesarios para el diseño de políticas que promuevan el desarrollo humano en el marco de una estrategia de desarrollo a largo plazo.

Supimos desde un principio que el tratamiento de los problemas tendría un carácter interdisciplinario y que se aseguraría para ello el reclutamiento de técnicos consultores con probada aptitud para cumplir con los términos de referencia del acuerdo entre las dos instituciones.



El producto de ese compromiso y esfuerzo lo tenemos en este informe, titulado: Política Social: capacidades y derechos. Análisis y propuestas de políticas sociales en República Dominicana. El mismo consta de 11 capítulos en los que se aborda de manera integral la problemática de las políticas sociales en el país.

Puedo asegurar que este trabajo cumple con la calidad esperada, sobre todo porque el mismo viene a llenar un vacío en la literatura sobre política social en República Dominicana en términos de extensión e integralidad. El informe es un insumo valioso para enriquecer el debate en torno al diseño e implementación de las políticas sociales que han de integrar la Estrategia Nacional de Desarrollo 2010-2030 de la República Dominicana.

Agradecemos sinceramente el empeño puesto en este trabajo, a Miguel Ceara-Hatton, coordinador de la Oficina de Desarrollo Humano, y a Valerie Julliard, representante residente del PNUD en República Dominicana y por extensión a todo el equipo que se comprometió con la tarea de llevar a buen término el trabajo cuyo fruto es el presente informe.

**Ing. Juan Temístocles Montás**  
*Ministro de Economía, Planificación  
y Desarrollo*

## Prólogo

Éste es un informe sobre la situación social del país, no es un informe de desarrollo humano, aunque utiliza el enfoque de capacidades para analizar la realidad social. Este enfoque, desarrollado por Amartya Sen, es un marco normativo para evaluar el bienestar de las personas, tomando en consideración, entre otros aspectos, la posibilidad de elegir entre diferentes estilos de vida, la desigualdad, la pobreza y la calidad de vida de la gente. No es una teoría que explica el origen de estos fenómenos, sino que sirve de herramienta y marco para conceptualizar y evaluarlos. Por esta razón, la aplicación del enfoque capacidades a las cuestiones de la política y el cambio social requiere de teorías explicativas adicionales. Como diría Sen, no se trata de un conjunto de fórmulas mecánicas, sino de un marco para el análisis de la información, el escrutinio crítico y juicios reflexionados.

Los dominicanos y dominicanas, en promedio, vivimos hoy mejor que hace una, dos o tres décadas atrás. La sociedad dominicana ha tenido avances innegables en materia de derechos civiles y políticos. Aún en materia de indicadores sociales e institucionales, ha habido progresos; sin embargo, seguimos viviendo en una sociedad donde el poder económico, social e institucional está distribuido de manera muy inequitativa, y los mecanismos de representación en el sistema político se han distorsionado, alterando la lealtad a la ciudadanía y vaciándose de contenidos. Lo peor es que nuestra sociedad se ha hecho cada vez más excluyente, generando cada vez más riqueza. El orden de desigualdad afecta a nuestras instituciones y debilita el Estado de derecho, convirtiendo al desarrollo humano en una cuestión de poder, cuando debería ser una cuestión de derechos, de forma que el acceso a las oportunidades no

dependa del poder personal o del grupo al que se pertenece.

Ese es el desafío: ¿Cómo convertir al desarrollo humano en una cuestión de derechos? Esta pregunta está en el centro de este estudio. Es la pregunta que hemos tratado de responder a todo lo largo de las más de 1,000 páginas que el lector tiene en sus manos. Hoy estamos más convencidos que ayer de que el problema no está en hacer más leyes, en prescribir más normas, en firmar más convenios internacionales. Un repaso por cada uno de los temas tratados a lo largo de este informe podrá constatar que, con muy pocas excepciones, nuestra legislación es buena. Ahí no está el problema. Por ejemplo, una persona con discapacidad no tiene facilidades de acceso a un edificio público y vive en situación de extrema exclusión no porque falten las leyes que lo protejan, sino porque la ley no se cumple y no pasa nada. Tampoco ha sido por falta de recursos; ahí están los informes de desarrollo humano que constatan el comportamiento ejemplar de la economía dominicana.

Es voluntad, es compromiso, es decisión, es vocación de construir un país diferente, incluyente, respetuoso de las normas y las leyes, con visión de largo plazo, que se fije metas que haga pactos, que respete los acuerdos y que tome en cuenta a todos los dominicanos y dominicanas. Hay que entender, de una vez por todas, que no hay ciudadanos de primera ni de segunda, que no hay morados ni blancos, sino dominicanos y dominicanas hambrientos de que el desarrollo humano sea una cuestión de derechos.

Éste es un informe al servicio de la ciudadanía. No tiene la verdad universal, ni siquiera se

puede decir que es un documento acabado, pero es un pie de amigo para construir ciudadanía. Es un grito vehemente para que busquemos acuerdos, para reconocer lo bueno que tenemos, corregir los desvíos y solucionar problemas.

Hemos intentado hacer algo más que un recuento empírico de lo acontecido en República Dominicana en las últimas décadas. Se ofrece una visión de cómo deben organizarse las diferentes instancias institucionales y áreas de intervención de las políticas públicas a partir de dos ideas centrales: ¿cómo mejorar las condiciones de vida de la población? y ¿cómo hacer que ello sea una cuestión de derechos y no de poder? Los instrumentos de política son conocidos, poco podemos avanzar en ese sentido, pero donde sí podemos actuar es en lograr la adecuada combinación de los instrumentos, a fin de ampliar las libertades reales de las personas para elegir lo que valoran en la vida.

Por supuesto, el informe es incompleto porque no se puede entender y mejorar las condiciones de vida de las personas al margen de cómo se ha organizado el país para producir, distribuir y acumular, de cómo se ha organizado para la gobernanza, de cómo se maneja la institucionalidad, etc. Muchos de estos aspectos han quedado fuera, porque nos limitamos al ámbito de lo social.

Este informe sobre la situación del país está constituido por 11 capítulos. El primero es el marco conceptual que tiene tres grandes ejes transversales: el enfoque de capacidades como marco de evaluación de las políticas; la política social, entendida como un hecho arbitrario y como una práctica para intervenir una realidad multidimensional y la cohesión social como un objetivo en el que se pretende incidir a través de políticas deliberadas.

El capítulo II repasa los principales indicadores sociales, analiza las prácticas y evolución de la política social en República Dominicana. El

capítulo III se concentra en la educación haciendo énfasis en la calidad del sistema. El capítulo IV, en la situación del sistema de salud y los niveles de avances en la reforma del sector. El capítulo V analiza la situación del empleo, las características empíricas de la evolución reciente así como de las principales políticas ejecutadas. El capítulo VI evalúa los avances en materia de seguridad y asistencia social, destacando los retrasos y los desafíos pendientes. El capítulo VII analiza la situación de los asentamientos humanos, destacando los temas de ordenamiento territorial, agua potable y saneamiento, déficit habitacional, entre otros. El capítulo VIII se enfoca en los problemas de la justicia y discute los avances en materia de reformas y en particular el acceso a esta. El IX estudia la situación de la inmigración haitiana, destacando la situación de exclusión y algunas características generales de esa población. El capítulo X discute la cohesión social en la población dominicana a partir de la subjetividad de la población. Finalmente, el capítulo XI hace un resumen de la visión social implícita y explícita de este informe así como un recuento general del sentido de las recomendaciones que se elaboran a lo largo de cada capítulo del informe.

No podemos terminar esta breve introducción sin agradecer al Ingeniero Temístocles Montás, Ministro de Economía, Planificación y Desarrollo, la confianza que depositó en el equipo de la Oficina de Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) para realizar este estudio. A su equipo, en especial a la Unidad Asesora de Análisis Económico y Sociales, con quienes discutimos los primeros borradores en el marco de un absoluto respeto y profesionalidad. Al equipo de investigadores y consultores que trabajaron los primeros borradores, quienes con ilimitada entrega se comprometieron con este proyecto. Al equipo de la Oficina de Desarrollo Humano que de manera intensa y dedicada no escatimó esfuerzo en verificar, corregir, consultar y reelaborar los textos todas las veces que fueron

necesarias... y créanme fueron muchas. Sobre decir que los únicos responsables por el contenido de este documento han sido sus autores y en nada comprometen a las instituciones que lo han patrocinado o que fueron consultadas.

Finalmente, nuestro agradecimiento muy especial y sincero a la Gerencia del PNUD, quien ha tenido la visión de mantener el espacio intelectual que es la Oficina de Desarrollo Humano, para construir una nueva sociedad y una nueva dominicanidad, que pueda hacer del desarrollo humano una cuestión de derechos y no de poder.

**Miguel Ceara-Hatton**

*Coordinador de la Oficina de Desarrollo  
Humano del PNUD*

# Índice general del informe

---

## **VOLUMEN I**

Capítulo I Marco teórico

Capítulo II La política social: capacidades y derechos

Capítulo III Educación

Capítulo IV Salud

Índice de cuadros

Índice de recuadros

Índice de diagramas

Índice de gráficos

Índice de anexos

Bibliografía

## **VOLUMEN II**

Capítulo V Empleo

Capítulo VI Seguridad social y asistencia social

Capítulo VII Asentamientos humanos

Índice de cuadros

Índice de recuadros

Índice de diagramas

Índice de gráficos

Índice de mapas

Índice de anexos

Bibliografía

## **VOLUMEN III**

Capítulo VIII Justicia y derechos

Capítulo IX Inmigración haitiana

Capítulo X Cohesión social

Capítulo XI Hacia una política social basada en derechos

Índice de cuadros

Índice de recuadros

Índice de diagramas

Índice de gráficos

Índice de anexos

Bibliografía completa

## CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO

I.1	Introducción	3
I.2	El enfoque de derechos	3
I.3	El enfoque de capacidades	4
I.4	La política social	12
I.5	La cohesión social: un resultado de políticas	20
I.6	Relación entre el enfoque de derechos, el enfoque de capacidades, la política social y la cohesión social	23
I.7	Ejes transversales utilizados: género, discapacidad y diferencias generacionales	23
I.8	Conclusiones	25

## CAPÍTULO II LA POLÍTICA SOCIAL: CAPACIDADES Y DERECHOS

II.1	Introducción	29
II.2	La situación social dominicana: evolución reciente	29
II.3	La política social dominicana: hay leyes suficientes	41
II.4	El largo recorrido en la definición de una estrategia de política social	42
II.5	La articulación de la política social: el Gabinete de Coordinación de Política Social (GCPS)	45
II.6	Consejos que articulan políticas para proteger de ciertos riesgos	48
II.7	La acción sistémica del Estado: la Ley 498-06 de Planificación e Inversión Pública	49
II.8	Conclusiones	52

## CAPÍTULO III EDUCACIÓN

III.1	Introducción	69
III.2	El desarrollo humano y la educación	69
III.3	La calidad de la escuela dominicana	74
III.4	El nivel educativo de la sociedad dominicana	83
III.5	La educación privada	99
III.6	Recursos disponibles en las escuelas y aulas	104
III.7	La descentralización del sistema educativo	111
III.8	Financiamiento de la educación	
III.9	Marco legislativo e institucional de la educación inicial, básica y media	114
III.10	Políticas del sistema escolar	118
III.11	En resumen; de la educación inicial, básica y media	123
III.12	La educación superior	127
III.13	Otras instituciones de estudios técnicos	129
III.14	Conclusiones	143
III.15	El Plan decenal de educación inicial, básica y media. Recomendaciones de políticas	150



# Índice volumen I

---

## CAPÍTULO IV SALUD

IV.1	Introducción	.205
IV.2	Marco teórico	.205
IV.3	La situación nacional de salud	.208
IV.4	Las Metas de Desarrollo del Milenio en salud	.239
IV.5	Marco legal e institucional de la salud	.241
IV.6	El sistema de salud	.246
IV.7	Participación social y municipal en el sistema de salud	.266
IV.8	En resumen; del sistema de salud	.268
IV.9	Balance general	.269
IV.10	Recomendaciones	.272

# Índice volumen I

## Cuadros, recuadros, diagramas, gráficos y anexos

### Cuadros

Cuadro II.1	Posición de los países de Centroamérica y República Dominicana en institucionalidad, 2008-2009 .....	30
Cuadro II.2	El Índice de Desarrollo Humano (IDH) y sus indicadores para República Dominicana, América Latina y el Caribe, 2006.....	32
Cuadro II.3	Distribución del ingreso de los hogares, total nacional, 2000-2006.....	33
Cuadro II.4	Gasto devengado en asistencia social por institución, 2007.....	47
Cuadro III.1	Estatus socioeconómico y cultural en los niveles de rendimiento correspondientes a las áreas y grados evaluadas en el SERCE, 2007 .....	76
Cuadro III.2	Resultados de las pruebas nacionales: nivel básico y medio, promedio 1998-2007 .....	78
Cuadro III.3	Resumen de valores provinciales de indicadores de calidad y cobertura en educación .....	79
Cuadro III.4	Cantidad de tarjetas y docentes, septiembre 2007 .....	81
Cuadro III.5	Posición en educación primaria de los países del DR-CAFTA más Panamá con relación a 134 países y entre ellos mismos. Índice de Competitividad Global 2007-2008 .....	82
Cuadro III.6	Personas ocupadas (de 15 años o más) por nivel educativo alcanzado y nivel educativo completado, promedio 2000-2007.....	84
Cuadro III.7	Tasa de crecimiento acumulativa anual de la matriculación, 1971-2006 .....	86
Cuadro III.8	Matrícula hasta nivel medio por sexo, nivel y modalidad, 2007-2008.....	87
Cuadro III.9	Cantidad de centros educativos y aulas según sector, 2005-2006 .....	87
Cuadro III.10	Tasa bruta de escolaridad nivel inicial 1996-2007.....	88
Cuadro III.11	Tasa bruta de escolaridad en el último grado de nivel inicial (último año) 2004-2008 .....	88
Cuadro III.12	Latina y El Caribe por años de escolarización previa a la primaria, 2007.....	88
Cuadro III.13	Tasa de matriculación bruta y neta nivel básico según sexo, 2000-2007.....	89
Cuadro III.14	Participación de los estudiantes de media por tanda (matutina, vespertina y nocturna) ,2005-2006.....	90
Cuadro III.15	Matriculación bruta y neta en educación media en el Sector Público (en porcentaje) .....	90
Cuadro III.16	Niveles de convergencia interprovincial: Tasa neta y de asistencia escolar a la básica y a la media .....	90
Cuadro III.17	Distribución de estudiantes de tercer y sexto grado de primaria por edad.....	91
Cuadro III.18	Porcentaje de estudiantes de tercer y sexto grados de primaria que trabaja fuera de casa en países de la región .....	95
Cuadro III.19	Matrícula de la modalidad de educación de personas adultas por nivel y sexo, 2005-2006 .....	96
Cuadro III.20	Estudiantes y docentes de educación especial en las escuelas 2005-2006 .....	98

# Índice volumen I

## Cuadros, recuadros, diagramas, gráficos y anexos

Cuadro III.21	Distribución de matrícula según nivel y sector, año escolar 2005-2006.....	100
Cuadro III.22	Participación en el incremento de la matrícula a nivel básico y media y aumento promedio anual .....	101
Cuadro III.23	Valores de la categorización para los colegios privados, por rango 2002-2003.....	102
Cuadro III.24	Indicadores de infraestructura educativa comparada con América Latina .....	105
Cuadro III.25	Cantidad de personal docente por sector y sexo según nivel educativo, año escolar 2005-2006 .....	105
Cuadro III.26	Características de las prácticas del personal directivo docente y técnico.....	108
Cuadro III.27	Salarios por tipo de personal del sector de educativo, salario base e incentivos, (RD \$ mensual), 2000-2007.....	109
Cuadro III.28	Gasto educación como porcentaje del gasto total de las familias, por quintil de ingresos, según ENCOVI, 2004.....	116
Cuadro III.29	Estructura de Financiamiento de la Educación, 1996-2005.....	117
Cuadro III.30	Gasto de las familias en educación 2005 .....	117
Cuadro III.31	Gasto en Educación por Niveles Educativos promedio, 1996-2005 .....	117
Cuadro III.32	Proporción del gasto promedio por estudiante (incluyendo financiamiento total y pagos directos de las familias) 2005. Base estudiante de básica del sector público .....	118
Cuadro III.33	Participación de la UASD en la matrícula total de estudiantes .....	132
Cuadro III.34	Problemas de las IES.....	133
Cuadro III.35	Financiamiento a la educación superior, 1996-2005 .....	135
Cuadro III.36	SEESCyT: estructura del gasto .....	136
Cuadro III.37	Estructura de la ejecución presupuestaria en porcentaje, 2000-2007.....	137
Cuadro III.38	Educación superior y entrenamiento, preparación tecnológica e innovación: posición de República Dominicana y los países de Centroamérica 2008, a nivel mundial (entre 134 países) y a nivel regional (entre siete países) .....	140
Cuadro III.39	Estructura promedio de la matrícula de posgrado por área de estudio.....	142
Cuadro III.40	Número de personas egresadas del INFOTEP según modalidad de la formación profesional y sexo, 2000-2006 .....	144
Cuadro III.41	Egresados de la escuelas vocacionales de la FFAA y la PN por sector, 1966-2006 .....	145
Cuadro III.42	Matrícula de habilitación docente del INAFOCAM .....	145
Cuadro IV.1	Mortalidad registrada y diagnosticada (lista agrupada), 1999 y 2005.....	211
Cuadro IV.2	Evolución de las tasas de mortalidad en la niñez, (diversos años) (muertes por mil) .....	213
Cuadro IV.3	Tasa de mortalidad neonatal, post-neonatal, infantil, post-infantil y en la niñez, 2007 .....	215
Cuadro IV.4	Diferencia interregionales: tasas de mortalidad neonatal, post-neonatal, infantil, post infantil y en la niñez, 2002 y 2007 .....	216

# Índice volumen I

## Cuadros, recuadros, diagramas, gráficos y anexos

Cuadro IV.5	Principales causas directas de mortalidad materna diagnosticada; 1999, 2002, 2005, 2007 .....	216
Cuadro IV.6	Prevalencia del VIH en personas 15-49 años, por sexo y lugar de nacimiento, y para personas en bateyes, 2007 .....	220
Cuadro IV.7	Estimación fondos para financiar RN-VIH-SIDA, (US\$ millones), 2005-2007 .....	222
Cuadro IV.8	Porcentaje de población que tiene alguna deficiencia o discapacidad, 2007 .....	228
Cuadro IV.9	Principales indicadores de comportamiento sexual y reproductivo, 1986-2007 .....	231
Cuadro IV.10	Servicios de salud prestados por el sistema público a la población haitiana, 2006-agosto 2007 .....	237
Cuadro IV.11	Meta 8: Detener y reducir para 2015 la incidencia de tuberculosis, el dengue y la malaria.....	240
Cuadro IV.12	Establecimientos de la SESPAS, 2006 .....	248
Cuadro IV.13	Establecimientos del subsistema público, 2006 .....	248
Cuadro IV.14	Distribución porcentual de la población por lugar de consulta (últimos 30 días) y por lugar de internamiento (últimos 6 meses), 2007 .....	249
Cuadro IV.15	Personal de salud de SESPAS por regiones de salud, 2006 .....	251
Cuadro IV.16	Población y RRHH de salud por regiones de salud, 2006 .....	252
Cuadro IV.17	Diferencias precios PROMESE y farmacias privadas, 2000 .....	256
Cuadro IV.18	Gasto en medicamentos como porcentaje del gasto total en salud y distribuido por quintil, 2004.....	257
Cuadro IV.19	Financiamiento del sector salud por fuente, 1996-2006.....	261
Cuadro IV.20	Gasto total (público y privado) en salud como porcentaje del PIB, 2001-2006 .....	262
Cuadro IV.21	Gasto público en salud como porcentaje del PIB, 1998-2007 .....	263
Cuadro IV.22	Gasto público en salud proyectado según función , 2010 y 2015 .....	264
Cuadro IV.23	Gasto nacional en salud per cápita proyectado, 2006, 2010 y 2015 .....	265

### Recuadros

Recuadro I.1	Los derechos humanos .....	4
Recuadro I.2	El campo de evaluación de las políticas.....	5
Recuadro I.3	Elementos de una estrategia de desarrollo humano .....	11
Recuadro I.4	Los principales riesgos a partir de los diferentes ciclos etarios.....	18
Recuadro I.5	Los propósitos en el ámbito social.....	19
Recuadro I.6	Indicadores de cohesión social .....	21
Recuadro II.1	La constitución garantiza derechos .....	38
Recuadro II.2	Relación de riesgos, normativa y población .....	43
Recuadro II.3	Un concepto de desarrollo humano diferente.....	44

# Índice volumen I

## Cuadros, recuadros, diagramas, gráficos y anexos

Recuadro II.4	Las instituciones miembros del Gabinete de Coordinación de Política Social.....	46
Recuadro II.5	Las instituciones y programas adscritos al GCPS .....	46
Recuadro III.1	Educación de calidad.....	70
Recuadro III.2	La inequidad de género .....	71
Recuadro III.3	Los horarios efectivos.....	80
Recuadro III.4	Debilidades, necesidades y prioridades de la educación de personas jóvenes y adultas en República Dominicana .....	97
Recuadro III.5	Criterios de categorización de la educación privada .....	103
Recuadro III.6	Estructura de la SEE .....	111
Recuadro III.7	Obligaciones del Estado con relación a la tarea educativa (artículo 9).....	119
Recuadro III.8	Las áreas del Subsistema de Educación de Personas Adultas .....	121
Recuadro III.9	El género en la Ley General de Educación 1966-1997.....	122
Recuadro III.10	Proceso de implementación del modelo de gestión de la calidad de los centros educativos.....	124
Recuadro III.11	Distribución de roles y funciones de las diferentes instancias de gestión del sistema educativo .....	126
Recuadro III.12	La teoría económica del capital humano.....	129
Recuadro III.13	Las instituciones y la clasificación del sistema nacional de educación superior, ciencia y tecnología .....	131
Recuadro IV.1	Movilización Tolerancia Cero .....	212
Recuadro IV.2	Iniciativa Hospital Amigo de la Niñez y de las Madres .....	214
Recuadro IV.3	La falta de información estadística sobre el aborto .....	235
Recuadro IV.4	Funciones de instituciones del sector salud de acuerdo a las Leyes 87-01 y 42-01.....	243
Recuadro IV.5	El Fondo de Atención Primaria (FONAP).....	250

### Diagramas

Diagrama I.1	Esquema de la relación entre enfoque de derechos, capacidades, política social y cohesión social .....	23
Diagrama II.1	La realidad es multidimensional .....	49
Diagrama II.2	Forma sistémica de intervención a través de las políticas de desarrollo .....	50
Diagrama II.3	Organización institucional para una política sistémica e intersectorial de desarrollo .....	51
Diagrama II.4	Integrantes del Sistema de Planificación e Inversión Pública .....	51
Diagrama II.5	Forma de acción sistémica a nivel intersectorial e interterritorial .....	52
Diagrama II.6	Responsables de la acción sistémica e instituciones técnicas de apoyo .....	53

# Índice volumen I

## Cuadros, recuadros, diagramas, gráficos y anexos

### Gráficos

Gráfico III.1	Promedios nacionales en pruebas nacionales de 8o grado, 1996-2007 .....	79
Gráfico III.2	Relación entre el personal docente titulado en cada provincia 2005-2006 y los resultados de las pruebas nacionales en básica (2002-2006) .....	80
Gráfico III.3	Mediana de años completos, en la población de 6 años o más, 1996 y 2007 .....	84
Gráfico III.4	Matriculación bruta de básica, media y total .....	87
Gráfico III.5	Sector público. Tasa de sobreedad de los niveles: básico y medio, 2002-2007 .....	91
Gráfico III.6	Porcentaje de promoción a nivel básico y media, 1970-2005 .....	92
Gráfico III.7	Repitencia nivel básico y media 1970-2005 (en porcentaje) .....	93
Gráfico III.8	Tasa de Deserción escolar a niveles de básica y media, 1970-2005 .....	94
Gráfico III.9	Distribución en porcentaje de colegios privados según calificación y área geográfica .....	104
Gráfico III.10	Porcentaje de docentes sin título pedagógico en el nivel básico y media, 1990 y 2005 .....	107
Gráfico III.11	Desempeño (porcentaje de respuestas correctas) de personal docente del nivel medio y técnico distrital en evaluaciones de áreas curriculares, 2007 .....	107
Gráfico III.12	Subsidio a la UASD como porcentaje del gasto público .....	136
Gráfico III.13	UASD gasto nominal por estudiante y gasto real por estudiante .....	137
Gráfico III.14	Distribución de estudiantes universitarios por quintil de ingreso y tasa bruta de asistencia de la población 18-24 años (en porcentaje) .....	141
Gráfico III.15	Situación socioeconómica de estudiantes de término de un grupo seleccionado de carreras y universidades .....	141
Gráfico IV.1	Distribución anual de los casos de malaria en República Dominicana, 1965-2007 .....	223
Gráfico IV.2	Tasa de muertes por homicidio por 100,000 habitantes, 2000-2008 .....	224
Gráfico IV.3	Número de feminicidios, 2000-2007 .....	225
Gráfico IV.4	Meta 5: Reducir en 2/3 partes la mortalidad en menores de 5 años, tendencias .....	239
Gráfico IV.5	Meta 7: Trayectoria de la prevalencia del SIDA, tendencias .....	240
Gráfico IV.6	Meta 6: Reducir la mortalidad materna en 3/4 partes .....	241
Gráfico IV.7	Distribución porcentual de la población que fue internada en un establecimiento de salud en los últimos 6 meses por lugar de internamiento, por quintil de ingresos, 2007 .....	249
Gráfico IV.8	Distribución por quintil de ingreso por tipo de establecimiento de la consulta ambulatoria, 2007 .....	249
Gráfico IV.9	Distribución porcentual de la población total afiliada o beneficiaria de algún seguro de salud, por tipo de administradora de riesgos de salud, por quintil de ingresos, 2007 .....	266



# Índice volumen I

## Cuadros, recuadros, diagramas, gráficos y anexos

### Anexos

Anexo II.1	Índice Global de Competitividad. Pilar de Instituciones, posición de República Dominicana y los países de Centroamérica en 134 países, 2008-09.....	55
Anexo II.2	Percepción de la corrupción en la República Dominicana y América Latina .....	55
Anexo II.3	Valor esperado para indicadores sociales (salud y educación).....	56
Anexo II.4	Tasa bruta de mortalidad, esperanza de vida y tasa de mortalidad infantil .....	57
Anexo II.5	Mortalidad infantil, post infantil y en menores de 5 años para un período de 5 años anterior a la realización de la encuesta ENDESA 2007 .....	58
Anexo II.6	Incidencia de la pobreza a nivel nacional, 2000-2007.....	58
Anexo II.7	Migración.....	59
Anexo II.8	Convenios internacionales en materia de derechos humanos y fecha de ratificación por República Dominicana.....	59
Anexo II.9	Convenios internacionales sobre derechos de las mujeres .....	60
Anexo II.10	Instrumentos de garantía de la equidad de género y los derechos de las mujeres existentes en el derecho internacional .....	60
Anexo II.11	Leyes y políticas destinadas a proteger los derechos de las mujeres.....	61
Anexo II.12	Instrumentos legales que contribuyen a la protección de derechos y disminución de riesgos .....	62
Anexo II.13	Marco regulatorio del subsistema de la política social (en orden cronológico).....	63
Anexo II.14	Miembros de los Consejos Municipales del Consejo Consultivo del Gabinete Social.....	63
Anexo II.15	Espacios de coordinación intersectoriales e intrasectoriales con sus integrantes y misión .....	64
Anexo III.1	Porcentaje de estudiantes de tercer grado de primaria por nivel de desempeño en matemática en cada país, 2007.....	166
Anexo III.2	Porcentaje de estudiantes de tercer grado de primaria por nivel de desempeño en lectura en cada país, 2007.....	166
Anexo III.3	Porcentaje de estudiantes de sexto grado de primaria por nivel de desempeño en matemática en cada país, 2007.....	166
Anexo III.4	Porcentaje de estudiantes de sexto grado de primaria por nivel de desempeño en lectura en cada país, 2007.....	166
Anexo III.5	Valor esperado de la puntuación promedio, dado el PIB por habitante y el estándar latinoamericano .....	167
Anexo III.6	Índice de empoderamiento individual e índice de empoderamiento político provincial .....	168
Anexo III.7	Año laboral docente .....	169
Anexo III.8	Años de escolaridad alcanzado y tasa de alfabetización, 200-2007.....	169
Anexo III.9	Nivel de analfabetismo de 15 años o más por condición laboral 2000-2007 .....	169

# Índice volumen I

## Cuadros, recuadros, diagramas, gráficos y anexos

Anexo III.10	Años de escolaridad promedio de las personas 18-24 años por zona de residencia, 2000-2007.....	170
Anexo III.11	Años promedio de educación para la población entre 20 y 24 años según grupo socioeconómico, 2006 .....	170
Anexo III.12	Matrícula pública y privada por edad y cobertura, 1971-2006 .....	171
Anexo III.13	Matrícula pública y privada por nivel educativo, 1971-2006 .....	172
Anexo III. 14	Evolución de la matriculación bruta (nivel/población de edad) 1970=100, 1971-2006 .....	173
Anexo III.15	Volatilidad del crecimiento promedio de la matrícula de educación básica y media, 1970-2006 .....	173
Anexo III.16	Tasas netas y brutas de asistencia a la escuela primaria por sexo, 2002 y 2007.....	174
Anexo III.17	Tasa de asistencia escolar del nivel medio por sexo y lugar de residencia, 2002 y 2007.....	175
Anexo III.18	Matricula de nivel medio, según tanda, sector público y semioficial, 2005-2006 .....	176
Anexo III.19	Tasa de asistencia neta y bruta por quintil de riqueza en la escuela a nivel de la media, 2007 .....	176
Anexo III.20	Sector público: indicadores del nivel básico por año (en porcentaje), 2000-2005 .....	177
Anexo III.21	Sector público: indicadores del nivel medio por año (en porcentaje), 1999-2005 .....	177
Anexo III.22	Tasas de repitencia para la población de jure de los hogares de 5-24 años, por sexo y lugar de residencia ( en porcentaje), 2002 y 2007 .....	178
Anexo III.23	Tasa de repitencia escolar por quintil de riqueza 2007 (en porcentaje), 2007 .....	179
Anexo III.24	Tasas de deserción para la población de jure de los hogares de 5-24 años por grado escolar, según sexo y lugar de residencia, 2002 y 2007.....	180
Anexo III.25	Tasa de deserción por quintil de riqueza y grado escolar, 2007 .....	181
Anexo III.26	Algunos indicadores de formación de parejas y nacimientos de mujeres, 2007 y 2002.....	181
Anexo III.27	Coficiente de variación de las variables de categorización de las escuelas privadas, 2003.....	181
Anexo III.28	Categorización de las escuelas privadas por distritos, 2003.....	182
Anexo III.29	Colegios privados por áreas geográficas y calificación, 2003 .....	184
Anexo III.30	Distribución en porcentaje de colegios privados por áreas geográficas y calificaciones, 2003 .....	185
Anexo III.31	Tasa de crecimiento promedio anual de la matrícula pública y privada por nivel educativo, 1971-2006.....	185
Anexo III.32	Escuelas con recursos disponibles (en porcentaje).....	186
Anexo III.33	Escuelas con otros recursos disponibles (en porcentaje), varios años.....	186
Anexo III.34	Escuelas con disponibilidad de materiales de lectura (en porcentajes) .....	186

# Índice volumen I

## Cuadros, recuadros, diagramas, gráficos y anexos

Anexo III.35	Salario en la SEE nominal (RD\$ mensual) y real de 1991 .....	187
Anexo III.36	Precio de la canasta de consumo nacional (RD\$ mensual) por quintiles, 1999-2008 .....	188
Anexo III.37	Indicadores de gasto público en educación, 1970-2008.....	189
Anexo III.38	Índice del gasto real en educación, del gasto público real y del PIB real, 1970 a 2008.....	190
Anexo III.39	Gasto público en SEE y en educación según clasificación funcional como porcentaje del gasto público total, 1970-2008.....	190
Anexo III.40	Gasto público en educación, según clasificación funcional en porcentaje del gasto público total .....	191
Anexo III.41	Relación entre años de prioridad educativa (GE/GP) y cambios en el gasto público en % del PIB (GP/PIB), 1971-2008 .....	191
Anexo III.42	Prioridad del gasto en educación (GE/GP) en el marco de expansión o contracción del gasto público (GP/PIB) .....	192
Anexo III.43	Estructura de financiamiento de la educación, 1996-2005.....	192
Anexo III.44	Gasto en educación por niveles educativos (en millones de RD\$), 1996-2006 .....	192
Anexo III.45	Estructura del gasto en educación por niveles educativos (en porcentaje), 1996-2006 .....	193
Anexo III.46	Gastos promedios por alumno en el sector público, 2005.....	193
Anexo III.47	Gastos promedios por alumno en el sector semi-oficial, 2005.....	194
Anexo III.48	Gastos promedios por alumno en el sector privado, 2005.....	194
Anexo III.49	Evolución de los Institutos de Educación Superior (IES) en el período 1961-2005 .....	195
Anexo III.50	Instituciones de educación superior, distribución de la matrícula por sexo y estructura, 2005 .....	196
Anexo III.51	Instituciones de Educación Superior al 2007, según la ley 139-01 de Educación Superior, Ciencia y Tecnología en su artículo 24.....	197
Anexo III.52	Estudiantes matriculados en educación superior por nivel, según carrera, 2005 .....	198
Anexo III.53	Cantidad de estudiantes de la UASD (en miles), 1980-2006 .....	198
Anexo III.54	Matriculación bruta universitaria, 1989-2007.....	199
Anexo III.55	Gasto en educación superior, 1996-2007 .....	199
Anexo III.56	Resultados de pruebas de orientación y medición académica (POMA) a estudiantes de nuevo ingreso por contenido y universidad, 2007-2008.....	199
Anexo III.57	Ejecución presupuestaria de la UASD en millones de RD\$, 2000-2007 .....	200
Anexo III.58	Profesores de las IES y grado académico por institución, 2005 .....	201
Anexo III.59	Educación superior y entrenamiento, preparación tecnológica e innovación: posición de República Dominicana y los países de Centroamérica 2008 a nivel mundial (entre 134 países) y a nivel regional (entre siete países) .....	202

# Índice volumen I

## Cuadros, recuadros, diagramas, gráficos y anexos

Anexo IV.1	Indicadores demográficos, 1950-2015.....	202
Anexo IV.2	Evolución de población por edad, 1950-2015.....	283
Anexo IV.3	Principales causas de muerte en República Dominicana (lista detallada CIE), 2006.....	283
Anexo IV.4	Nivel educativo de la madre y la tasa de mortalidad neonatal, post-neonatal, mortalidad infantil, post-infantil, en la niñez, 2002 y 2007 .....	284
Anexo IV.5	Desnutrición en menores de 5 años, 1996, 2002 y 2007.....	284
Anexo IV.6	Prevalencia de sustancias psicoactivas en emergencias, 1992-2000 .....	284
Anexo IV.7	Hogares que usan fuentes de agua mejorada, 2006 .....	285
Anexo IV.8	Disponibilidad de servicios de eliminación de excretas, 2006.....	285
Anexo IV.9	Personas con discapacidad en República Dominicana, 2007 .....	285
Anexo IV.10	Objetivos y Metas de Desarrollo del Milenio.....	286
Anexo IV.11	Número de Centros de Atención Primaria (CAP) por 1,000 habitantes, según región de salud, 2002-2004 .....	286
Anexo IV.12	Producción y productividad de los servicios de salud, 2002-2004 .....	287
Anexo IV.13	Ventas al mercado privado por laboratorios, 2003-2007 .....	287
Anexo IV.14	Participación en el mercado privado de medicamentos de los grupos terapéuticos, 1996-2006 .....	288
Anexo IV.15	Valor de las ventas PROMESE/CAL, principios activos, enero-septiembre 2007.....	288
Anexo IV.16	Valor de las ventas en el mercado privado, medicamentos incluidos en el PDSS, 1996-2006 (millones de RD\$) .....	289
Anexo IV.17	Relación de precios de los medicamentos esenciales en la República Dominicana, 2004 .....	290
Anexo IV.18	Rango de precios de compra de hospitales públicos de la Región V, 2005 .....	291
Anexo IV.19	Gasto salud en porcentaje del gasto total, por quintil de ingresos, según ENCOVI, 2004 .....	291
Anexo IV.20	Distribución del gasto total en salud por quintil de ingresos, según ENCOVI, 2004.....	291
Anexo IV.21	Distribución por quintil de los componentes del gasto en salud, según ENCOVI, 2004 .....	292
Anexo IV.22	Gasto funcional en salud como porcentaje del PIB .....	292
Anexo IV.23	Gasto funcional en salud como porcentaje del gasto público total .....	293
Anexo IV.24	Principales programas de salud colectiva .....	294
Anexo IV.25	Afiliados contributivos del sistema de seguridad social, enero 2008 .....	295
	Bibliografía completa.....	299

# Siglas y abreviaturas

## Provincias del país

Az.....	Azuza	MC.....	Montecristi
Bao.....	Bahoruco	MP.....	Monte Plata
Bar.....	Barahona	Ped.....	Pedernales
Daj.....	Dajabón	Per.....	Peravia
DN.....	Distrito Nacional	PP.....	Puerto Plata
Dua.....	Duarte	Sal.....	Salcedo
ES.....	El Seibo	Sam.....	Samaná
EP.....	Elías Piña	SC.....	San Cristóbal
Esp.....	Españillat	SJO.....	San José de Ocoa
HM.....	Hato Mayor	SJM.....	San Juan
Ind.....	Independencia	SPM.....	San Pedro de Macorís
LA.....	La Altagracia	SRam.....	Sánchez Ramírez
LR.....	La Romana	Stgo.....	Santiago
LV.....	La Vega	SRod.....	Santiago Rodríguez
MTS.....	María T. Sánchez	SD.....	Santo Domingo
MN.....	Monseñor Nouel	Val.....	Valverde

## Regiones

E.....	Este	N.....	Norte
M.....	Metropolitana	S.....	Sur

## Otras siglas y abreviaturas

AAP	Asociaciones de Ahorros y Préstamos	AID	Agencia para el Desarrollo internacional para Los Estados Unidos
ACOPROVI	Asociación Dominicana de Constructores y Promotores de Viviendas	AIOS	Asociación Internacional de Organismos Supervisores de Pensiones
ADESS	Administradora de Subsidios Sociales	AISS	Asociación Internacional de la Seguridad Social
ADR	Asociación Dominicana de Rehabilitación	AMD	Asociación Médica Dominicana
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo	AND	Ayuntamiento del Distrito Nacional
AEI	Asociación de Empresas Inmobiliarias	AOD	Asistencia Oficial Para el Desarrollo
AFP	Administradora de Fondos de Pensión	APEC	Acción Pro Educación y Cultura
		APMAE	Asociaciones de Padres, Madres, Tutores y Amigos de la Escuela

APROCOVICI	Asociación de Promotores y Constructores de Viviendas del Cibao	CCI	Cuenta de Capitalización Individual
APRODEMA	Asociación Pro Desarrollo de la Mujer y Medio Ambiente	CDDH	Comité Dominicano de Derechos Humanos
APS	Agua Potable y Saneamiento	CDE	Corporación Dominicana de Electricidad
ARS	Administradora de Riesgos de Salud	CDEEE	Corporación Dominicana de Empresas Eléctricas y Estatales
ASIS	Análisis de Situación de Salud	CDT	Confederación Dominicana del trabajo
ASODEMU	Asociación de Empleados Universitarios	CEA	Consejo Estatal de la Azúcar
ASODIFIMO	Asociación de Discapacitados Físico-Motores	CEDAIL	Centro Dominicano de Asesoría e Investigaciones Legales
ATI	Proyecto de Asistencia Técnica Institucional	CEDAW	Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación de la Mujer
BCRD	Banco Central de República Dominicana	CEIE	Consortio de Evaluación e Investigación Educativa
BID	Banco Interamericano de Desarrollo	CEJA	Centro de Estudios Jurídicos de las Américas
BM	Banco Mundial	CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
BNV	Banco Nacional de la Vivienda	CENDA	Centro de Estudios Nacionales de Desarrollo Alternativo
CAASD	Corporación de Acueducto y Alcantarillado de Santo Domingo	CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CAD	Consortio Ambiental Dominicano	CERD	Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial
CADOCON	Cámara Dominicana de Construcción	CERSS	Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud
CAFRA	Caribbean Association for Feminist Research and Action	CES Montalvo	Centro de Estudios Sociales Padre Juan Montalvo Servicio Jesuita
CAP	Centros de Atención Primaria	CESA	Cuerpo Especializado de Seguridad Aeroportuaria
CARICOM	Comunidad del Caribe	CESCR	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
CAPT	Centros de Acceso Público a las Tecnologías de la Información y Comunicación	CESDEM	Centro de Estudios Sociales y Demográficos
CAT	Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes	CESEP	Cuerpo Especializado de Seguridad Portuaria
CCDH	Centro Cultural Dominico-Haitiano	CESFRONT	Cuerpo Especializado de Seguridad Fronteriza
CCGS	Consejo Consultivo de la Sociedad Civil para el Gabinete de Coordinación de la Política Social	CESPM	Compañía de Electricidad de San Pedro de Macorís
CCPR	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos		



CETAL	Central de Trabajadores de América Latina	CONARE	Consejo Nacional de Reforma del Estado
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades	CONAU	Consejo Nacional de Asuntos Urbanos
CIECA	Centro de Investigación Económica para el Caribe	CONDEI	Consejo Nacional de Estancias Infantiles
CIES	Centro de Investigaciones y Estudios Sociales	CONEP	Consejo Nacional de la Empresa Privada
CIMCAW	Mejoramiento Continuo del Lugar de Trabajo Centro Americano	CONES	Consejo Nacional de Educación Superior
CIMUDIS	Círculo de Mujeres con Discapacidad	CONESCT	Consejo Nacional de Educación Superior, Ciencia y Tecnología
CIPAF	Centro de Investigación para la Acción Femenina	COPDES	Comisión Presidencial sobre los Objetivos del Milenio y el Desarrollo Sostenible
CIPD	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas	COPRESIDA	Consejo Presidencial del SIDA
CMD	Colegio Médico Dominicano	CORAAMOCA	Corporación del Acueducto y Alcantarillado de Moca
CNC	Consejo Nacional de Competitividad	CORAAROM	Corporación de Acueducto y Alcantarillado de La Romana
CND	Consejo Nacional de Drogas	CORAASAN	Corporación del Acueducto y Alcantarillado de Santiago
CNDH	Comisión Nacional de Derechos Humanos	CORAPPLATA	Corporación de Acueductos y Alcantarillados de Puerto Plata
CNM	Consejo Nacional de la Magistratura	CORDE	Corporación de Empresas Estatales
CNM	Consejo Nacional de Migraciones	CPP	Código Procesal Penal
CNM	Consejo Nacional de la Magistratura	CRC	Convención sobre los Derechos del Niño
CNS	Consejo Nacional de Salud	CREP	Comisión de Reforma de la Empresa Pública
CNSIC	Comisión Nacional para la Sociedad de la Información y el Conocimiento	CV	Coeficiente de Variación
CNSS	Consejo Nacional de Seguridad Social	DCD	Defensa Civil Dominicana
CNZFE	Consejo Nacional de Zonas Francas de Exportación	DEMOS	Encuesta Nacional de Cultura Política y Democracia
CONADIS	Consejo Nacional de Discapitados	DGETP	Dirección General de Educación Técnico-Profesional
CONAEJ	Consejo Nacional de Ejecución de la Reforma Procesal Penal	DGII	Dirección General de Impuestos Internos
CONANI	Consejo Nacional para la Niñez	DGM	Dirección General de Migración
CONAPE	Consejo Nacional de la Persona Envejeciente	DGPM	Dirección General de Promoción de la Mujer
CONAPOFA	Consejo Nacional de Población y Familia	DGT	Dirección General de Telecomunicaciones
		DIDA	Dirección de Información y Defensa de los Afiliados

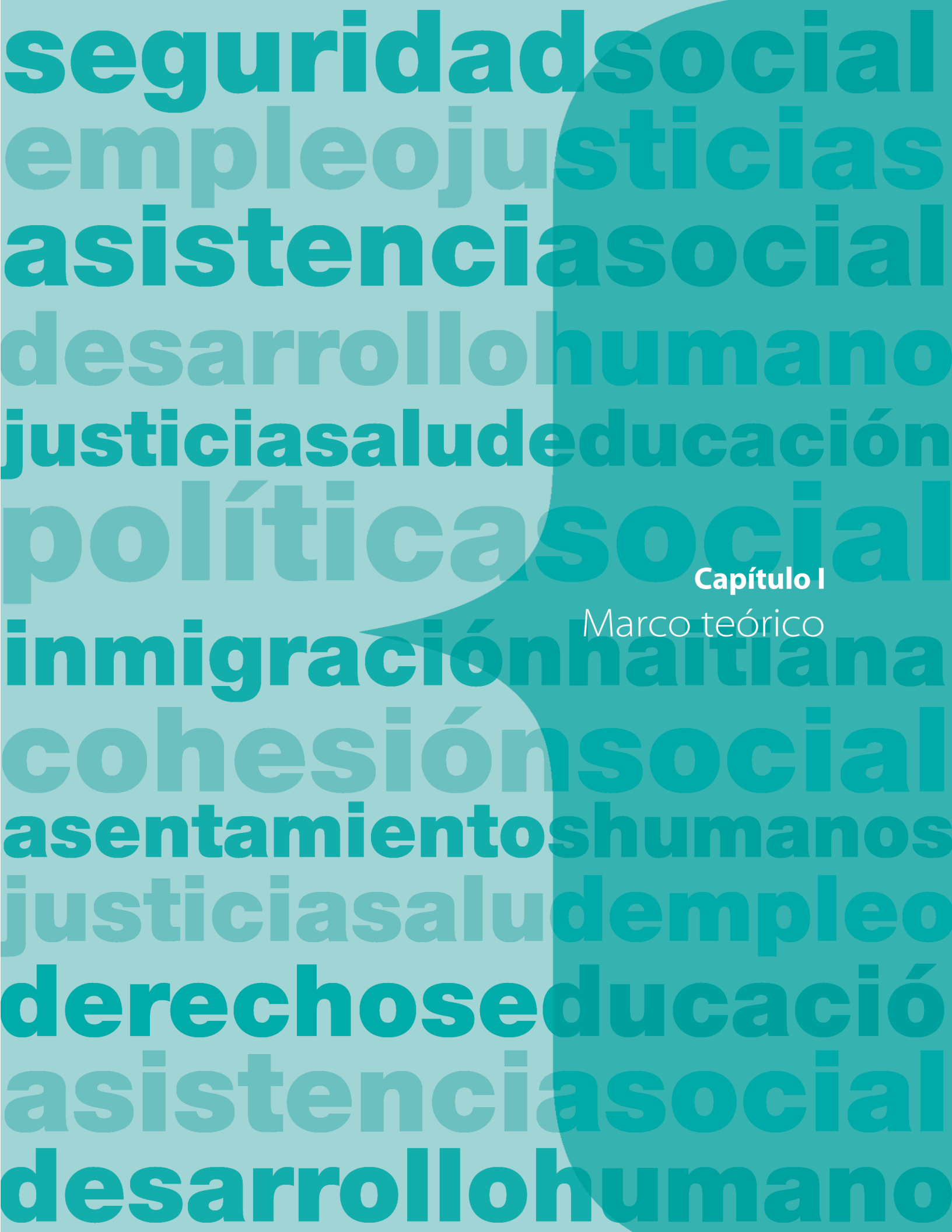
DIGECITSS	Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA	FFAA	Fuerzas Armadas
		FHA	Fomento Hipotecas Aseguradas
		FINJUS	Fundación Institucionalidad y Justicia
DIGEPI	Dirección General de Epidemiología	FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
DNCD	Dirección Nacional de Control de Drogas	FMI	Fondo Monetario Internacional
DNI	Dirección Nacional de Investigaciones	FNUAP	Fondo de las Naciones Unidas para la Población
DOTS	Tratamiento Breve Bajo Observación Directa	FOIL	Formación Ocupacional e Inserción Laboral
DPD	Despacho de la Primera Dama	FONAP	Fondo de Atención Primaria
DPS	Direcciones Provinciales de Salud	FUNDAPEC	Fundación APEC de Crédito Educativo
DTS	Development & Training Services	GCPS	Gabinete de Coordinación de la Política Social
EBA	Programa de Educación Básica Formal para Jóvenes y Adultos	GDA	Alianza Desarrollo Global
		GE	Gasto en Educación
ECHO	European Commission Humanitarian Office	GLP	Gas Licuado de Petróleo
		GP	Gasto Público
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda	GTH	Gays, Trans y otros Hombres que tienen sexo con hombres
EDEESTE	Empresa Distribuidora de Electricidad del Este	HÁBITAT	Centro de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos
EDENORTE	Empresa Distribuidora de Electricidad del Norte	HELVETAS	Asociación Suiza para la Cooperación Internacional
EDES	Empresas Distribuidoras de Electricidad	IA	Inteligencia Académica
EDESUR	Empresa Distribuidora de Electricidad del Sur	IAD	Instituto Agrario Dominicano
EFRICARD	Estudio de Factores de Riesgo en la República Dominicana	ICAP	Instituciones de Capacitación Laboral
ENCOVI	Encuesta Nacional de Condiciones de Vida	ICDH-2	Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías
ENDECA	Encuesta Nacional de Demanda de Capacitación	ICES	Instituto Cristiano de Estudios Superiores Especializados
ENDESA	Encuesta Demográfica y de Salud	IDDI	Instituto Dominicano de Desarrollo Integral
ENFT	Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo	IDH	Índice de Desarrollo Humano
ENHOGAR	Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples	IDHSD	Instituto de Derechos Humanos Santo Domingo
ENJ	Escuela Nacional de la Judicatura	IDSS	Instituto Dominicano de Seguros Sociales
FEDOMU	Federación Dominicana de Municipios	IEES	Institutos Especializados de Educación Superior
FENTICOMMC	Federación Nacional de Trabajadores de la Industria de la Construcción	IES	Incentivo a la Educación Superior

IESPON	Instituto Especializado de Educación Superior	ITESUM	Instituto Técnico Superior Mercy Jácquez
IFI	Instituciones Financieras Internacionales	ITLA	Instituto Tecnológico de las Américas
IGCV	Índice Global de Calidad de la Vivienda	ITS	Instituto Técnico Superior
IIFE	Instituto Internacional de Planeamiento de la Educación	JCE	Junta Central Electoral
ILAE	Incentivo a la Asistencia Escolar	JICA	Agencia de Cooperación Internacional del Japón
IMC	Índice de Masa Corporal	LLECE	Laboratorio Latinoamericano de Evaluación de la Calidad de la Educación
INABIMA	Instituto Nacional de Bienestar Magisterial	LMD	Liga Municipal Dominicana
INAFOCAM	Instituto Nacional de Formación y Capacitación del Magisterio	MINVU	Ministerio de Vivienda y Urbanismo
INAPA	Instituto Nacional de Agua Potable y Alcantarillado	MOSCTHA	Movimiento Socio Cultural de Trabajadores Haitianos
INAPA	Instituto Nacional de Alcantarillados y Agua Potable	MUDHA	Movimiento de Mujeres Domínico Haitianas
INAVI	Instituto de Auxilios y viviendas	MVC	Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares
INCE	Instituto Nacional de Ciencias Exactas	NNA	Niños, Niñas y Adolescentes
INDH	Informe Nacional de Desarrollo Humano	OAI	Oficinas de Acceso a la Información
INDOTEL	Instituto Dominicano de las Telecomunicaciones	ODH	Oficina de Desarrollo Humano
INDRHI	Instituto Nacional de Recursos Hidráulicos	ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
INESPRE	Instituto de Estabilización de Precios	ODOCIN	Organización Dominicana de Ciegos
INFOTEP	Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional	OECD	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
INSALUD	Instituto Nacional de la Salud	OIM	Organización Internacional de Migraciones
INTEC	Instituto Tecnológico de Santo Domingo	OISOE	Oficina de Ingenieros Supervisores de Obras del Estado
INVI	Instituto Nacional de la Vivienda	OIT	Organización Internacional del Trabajo
IPC	Índice de Precios al Consumidor	ONAPI	Oficina Nacional de la Propiedad Industrial
IPEC	Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil	ONAPLAN	Oficina Nacional de Planificación
IPP	Productores de Energía Independientes	OMS	Organización Mundial de la Salud
IRA	Infección Respiratorio Aguda		
ISEC	Índice de Estatus Socioeconómico y Cultural		
ITECO	Instituto Tecnológico de Cotuí		

ONE	Oficina Nacional de Estadísticas	PN	Policía Nacional
ONG	Organización NO Gubernamental	PNDOTU	Política Nacional de Desarrollo y Ordenamiento Territorial Urbano
ONU	Organización de las Naciones Unidas	PNE	Plan Nacional de Empleo y Trabajo Docente
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	PNGR	Plan Nacional de Gestión de Riesgos
OPRET	Oficina para el Reordenamiento del Transporte	PNOT	Plan Nacional de Ordenamiento Territorial
OPS	Organización Panamericana de la Salud	PNTD	Programa Nacional de Trabajo Docente
OSIC-RD	Observatorio de la Sociedad de la Información y el Conocimiento de República Dominicana	PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
PAE	Programa de Alimentación Escolar	POLITUR	Policía Turística
PAHO	Pan-American Health Organization	POMA	Prueba de Orientación y Medición Académica
PARME	Programa de Apoyo a la Reforma y Modernización del Estado	POT	Plan de Ordenamiento Territorial
PBS	Plan Básico de Salud	PPA	Paridad de Poder Adquisitivo
PDSS	Plan de Servicios de Salud	PPD	Programa de Prevención de Desastres
PEA	Población Económicamente Activa	PPS	Programa de Protección Social
PEDM	Plan Estratégico de Desarrollo Municipal	PRA	Programa de Reducción de Apagones
PEN	Plan Nacional para la Prevención y Erradicación Progresiva del Trabajo Infantil	PRD	Partido Revolucionario Dominicano
PET	Población en Edad de Trabajar	PREAL	Programa de Promoción de la Reforma Educativa en América Latina y el Caribe
PGR	Procuraduría General de la República	PREPARA	Programa de Educación Bachillerato a distancia para Adultos
PIB	Producto Interno Bruto	PROCOMUNIDAD	Fondo de Promoción a las Iniciativas Comunitarias
PLANDES	Plan de Desarrollo Socioeconómico	PROMESE	Programa de Medicamentos Esenciales
PLANDES	Plan Nacional de Salud	PROSISA	Programa de Reforzamiento del Sistema de Salud
PLANEG	Plan Nacional de Equidad de Género	PROVEE	Programa de Envejecientes Pobreza Extrema
PLD	Partido de la Liberación Dominicana	PRSC	Partido Revolucionario Social Cristiano
PMRSS	Programa de Modernización y Reestructuración del Sector Salud	PS	Prestadora de Servicios
		PSS	Proveedoras de Servicios Sociales

PUCMM	Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra	SIGEF	Sistema Integrado de Gestión Financiera
RAI	Responsable de Acceso a la Información	SINAP	Sistema Nacional de Áreas Protegidas
SAI	Social Accountability International	SINAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
SAP	Secretaría Administrativa de la Presidencia	SINTU	Sistema Nacional Territorial urbano
SCJ	Suprema Corte de Justicia	SIPEN	Superintendencia de Pensiones
SDSS	Sistema Dominicano de Seguridad Social	SISARIL	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales
SEA	Secretaría de Estado de Agricultura	SIUBEN	Sistema Único Beneficiario
SEC	Secretaría de Estado de Cultura	SJRM	Servicio Jesuita a Refugiados y Migrantes
SEDEFIR	Secretaría de Estado de Deportes y Educación Física	SME	Metros Cuadrados Equivalentes
SEE	Secretaría de Estado de Educación	SNP	Sistema Nacional de Planificación
SEEC	Secretaría de Estado de Educación y Cultura	SP	Servicio Público
SEESCyT	Secretaria de Estado de Educación Superior, Ciencia y Tecnología	SRS	Servicios Regionales de Salud
SEEPyD	Secretaria de Estado de Economía, Planificación y Desarrollo	SSEPLAN	Subsecretaria de Estado de Planificación
SEF	Secretaría Estado de Finanzas	STP	Secretariado Técnico de la Presidencia
SEIC	Secretaria de Estado de Industria y Comercio	SUIR	Sistema Único de Información y Recaudo
SEM	Secretaría de Estado de la Mujer	TAE	Tarjeta de Asistencia Escolar
SEMARENA	Secretaria de Estado de Medio Ambiente y Recursos Naturales	TAES	Tratamiento Abreviado Estrictamente Supervisado
SEMARN	Secretaria de Medio Ambiente y Recursos Naturales	TCAA	Tasa de Crecimiento Acumulativo Anual
SENASA	Segura Nacional de Salud	TGP	Tasa Global de Participación
SNS	Sistema Nacional de Salud	TIC	Tecnologías de la Información y la Comunicación
SEOPC	Secretaría de Estado de Obra Pública y Comunicaciones	TSS	Tesorería de la Seguridad Social
SERCE	Segundo Estudio Regional Comparativo y Explicativo	UAI	Unidades de Atención Integral
SESPAS	Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social	UAPA	Universidad Abierta para Adultos
SET	Secretaria de Estado de Trabajo	UASD	Universidad Autónoma de Santo Domingo
SETUR	Secretaría de Estado de Turismo	UCATECI	Universidad Católica Tecnológica del Cibao
SFS	Seguro Familiar de Salud	UCE	Universidad Central del Este
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	UCNE	Universidad Católica Nordestana
		UCSD	Universidad Católica de Santo Domingo
		UE	Unión Europea

UERS	Unidad de Electrificación Rural y Suburbana
UFHE	Universidad Federico Henríquez y Carvajal
UGAM	Unidades de Gestión Ambiental Municipal
UNAD	Universidad Adventista Dominicana
UNAP	Unidades de Atención Primaria
UNAPEC	Universidad APEC
UNATEC	Universidad Nacional Tecnológica
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNIBE	Universidad Iberoamericana
UNICA	Universidad Interamericana
UNICARIBE	Universidad del Caribe
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNPHU	Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el desarrollo Internacional
USPS	Unidad de Seguimiento de la Política Social
UTESA	Universidad Tecnológica de Santiago
UTESUR	Universidad Tecnológica del Sur
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
WDI	World Development Indicators
WEF	World Economic Forum
WHO	World Health Organization
WTO	World Trade Organization



seguridad social  
empleo justicias  
asistenciasocial  
desarrollo humano  
justiciasaludeducación  
políticacasocial  
inmigraciónhaitiana  
cohesiónsocial  
asentamientos humanos  
justiciasaludempleo  
derechoseducació  
asistenciasocial  
desarrollo humano

## Capítulo I

### Marco teórico

inmigración haitiana  
cohesión social  
asentamientos humanos  
justicias salud empleo  
derechos educación  
asistencias social  
seguridad social  
empleo justicias  
asistencias social  
desarrollo humano  
justicias salud educación  
políticas social  
desarrollo humano



## I.1 Introducción

---

El “*Informe sobre la situación social de República Dominicana 2009*” y las propuestas de políticas públicas que de él se desprenden buscan impulsar los cambios necesarios para que el desarrollo humano sea una cuestión de derechos y no de poder, como es actualmente<sup>1</sup>. Esto significa trabajar para que el acceso a las oportunidades esté garantizado de igual forma a toda la población, independientemente de su nivel de ingresos, lugar de procedencia, residencia, color, sexo o edad.

El resultado esperado, en caso de adoptarse las propuestas, es que, a través del impulso al desarrollo humano, se construya ciudadanía y se fortalezca la cohesión social necesaria para que la sociedad dominicana pueda crear un proyecto común de largo plazo. Para ello se parte de un marco analítico que utiliza el enfoque de derechos y el enfoque de capacidades, entendiendo la política social como las intervenciones en ámbitos predefinidos con el objetivo de crear capacidades de forma equitativa para toda la población.

En este capítulo se discute el enfoque de derechos y se contrasta con el enfoque de capacidades, destacando sus complementariedades. Se analiza la definición, el contenido y los alcances de la política social. Igualmente se discute el concepto de cohesión social que para este informe es un hecho empírico, resultado de múltiples dinámicas políticas, sociales, culturales, económicas. Finalmente, se presentan los ejes transversales utilizados en el informe: género, discapacidad y diferencias en el ciclo de vida.

## I.2 El enfoque de derechos

---

Esta propuesta reconoce que cada individuo es una persona moral y legal, portadora de derechos y responsable de ejercer tales derechos y sus obligaciones correlativas<sup>2</sup>. Desde la perspectiva de políticas, se pretende construir lo que, en términos de Berlin<sup>3</sup>, se conoce como libertades positivas, las cuales crean potencialidades, capacidades y posibilidades en las personas para influir en las decisiones que les afectan. Esta concepción va más allá de las llamadas libertades negativas, que se refieren a proscribir acciones coercitivas impuestas por otros, el “es prohibido prohibir”. La distinción es importante porque la economía convencional, centrada alrededor de los mecanismos del mercado, restringe las acciones de políticas a las relacionadas con las libertades negativas, mientras que las positivas la derivan automáticamente del buen funcionamiento de los mercados.

### ¿De qué depende la “exigibilidad” de los derechos sociales y económicos?<sup>4</sup>

Los derechos económicos, sociales y culturales son de un tipo especial y distinto a los derechos civiles y políticos, ya que no protegen al individuo de intromisiones estatales ni se limitan a habilitarlo para intervenir en la política, sino que determinan directamente las condiciones de bienestar que el propio Estado tiene la obligación de concretar, a través de las leyes y recursos necesarios para

---

1 ODH/PNUD 2008. La tesis principal del Informe Nacional de Desarrollo Humano del 2008 es que el desarrollo humano en República Dominicana es una cuestión de poder y no de derechos.

2 El PNUD en “La Democracia en América Latina” indicaba que en la democracia se concebía a un individuo “como un ser dotado de la capacidad para elegir entre opciones diversas, asumiendo responsablemente las consecuencias de tales elecciones, es decir, como un ser autónomo, razonable y responsable. Esta concepción del ser humano no solamente es filosófica y moral, también es legal: considera al individuo portador de derechos subjetivos que son sancionados y garantizados por el sistema legal”. PNUD 2000, p. 57

3 Isaac Berlin 2000, p. 200 y 231-232

4 Ceara Hatton 2007

## Los derechos humanos **Recuadro I.1**

Hay tres grandes categorías de derechos individuales que le corresponden a toda persona por igual, sin discriminación de ningún tipo y sin que Estado, grupo o individuo alguno pueda considerarse autorizado para vulnerarlos o suprimirlos:

**Derechos civiles:** se trata de libertades individuales (de palabra, de expresión, de pensamiento, de asociación, de reunión, etc.) que se afirman frente a cualquier pretensión del Estado u otro ente de infringirlas. Garantizan la autonomía y la inmunidad de las decisiones frente al poder del Estado.

**Derechos políticos:** son aquellos que aseguran la facultad de participar en el gobierno de la cosa pública para elegir y ser elegido. Permiten participar en las decisiones públicas.

**Derechos económicos, sociales y culturales:** los derechos económicos, sociales y culturales, incluyen los derechos a trabajar; recibir igual salario por igual trabajo; gozar de protección contra los efectos de la enfermedad, la vejez, la muerte, la incapacidad y el desempleo involuntario; percibir un ingreso que asegure una existencia conforme a la dignidad humana; disfrutar de un nivel de vida adecuado que garantice la salud y el bienestar; disponer de descanso y de tiempo libre; y tener un amplio

Fuente: PNUD 2000

ello. Las posibilidades del Estado para materializar esos derechos están limitadas por los niveles de riqueza alcanzados en la sociedad y por la capacidad de la ciudadanía para exigir el cumplimiento de los mismos (Recuadro I.1).

En este sentido, el enfoque de derechos y el desarrollo humano son complementarios. El desarrollo humano ofrece el marco normativo de intervenciones para garantizar que los medios se dispongan de forma que satisfagan el objetivo de mejorar las condiciones de vida de la gente, con métodos para la evaluación cualitativa y cuantitativa que introduzcan el empoderamiento de las personas como parte del análisis. Además, ofrece un marco de gradualidad para estipular la forma en que diferentes opciones de políticas y las limitaciones institucionales y de recursos afectan la materialización de los derechos y determinan prioridades.

El enfoque de derechos establece la importancia de éstos, señala su indivisibilidad y la no jerarquización (económicos, civiles, culturales, políticos y sociales) y, por lo tanto, no toma en cuenta la escasez de recursos y las limitaciones institucionales, que suelen exigir prioridades. Enriquece la evaluación del bienestar, establece la idea de obligatoriedad y responsabilidad del Estado y de otros actores para asegurar desarrollo humano, así como la rendición de cuentas y la responsabilidad, en la medida de que alguien debe responder por el fracaso de no lograr desarrollo humano. Pero más importante aún, es que actúa contra el clientelismo cuando establece un marco de obligatoriedad y responsabilidad del Estado y convierte el acceso a las oportunidades sociales (salud, educación, seguridad social y asistencia social, empleo, vivienda, etc.) en derechos establecidos en virtud de un mandato legal, más que el resultado de una concesión graciosa de un político<sup>5</sup>.

### **I.3 El enfoque de capacidades<sup>6</sup>**

Este informe pretende ser una propuesta de política social con una visión integral del desarrollo, articulada en función del “enfoque del desarrollo como libertad” o el “enfoque de capacidades”<sup>7</sup> de Amartya Sen<sup>8</sup>.

El enfoque de capacidades entiende el proceso de desarrollo como la ampliación de las libertades reales que tienen las personas para hacer o ser lo que tienen razones para valorar. Esto significa que una estrategia de desarrollo debe conducir a eliminar las privaciones que impiden a las personas tener capacidad de elección. El desarrollo se entiende como un proceso de liberación del indi-

<sup>5</sup> ODH/PNUD 2008

<sup>6</sup> El desarrollo de esta argumentación se basa en Ceara-Hatton 2006

<sup>7</sup> En lo que sigue el enfoque de capacidades tiene el mismo significado que el enfoque de desarrollo como libertad.

<sup>8</sup> Sen 1999

viduo y de la sociedad desde una situación de privación; o, en otras palabras, el proceso que conduce a que todos tengan la oportunidad y el poder para llevar el tipo de vida que valoran.

Las libertades de las personas son el resultado de las capacidades para tener logros o, como los llama Sen, “funcionamientos”. El “funcionamiento” es un logro, una realización, un estado alcanzado a partir de los bienes, mientras que la capacidad<sup>9</sup> es la habilidad u oportunidad de llegar a esos logros y realizaciones. Es decir, los “funcionamientos” o realizaciones están relacionados con las condiciones de vida, mientras que las capacidades están relacionadas con la libertad, así como con las oportunidades reales que tienen las personas para alcanzar los objetivos que consideran valiosos. Por una parte, este enfoque supera el fetiche de la posesión de bienes, ya que muestra que poseer bienes no necesariamente garantiza realizaciones y, por otra, permite recoger información sobre lo que los bienes hacen por las personas, el tipo de vida que las personas llevan y la libertad real para conseguir lo que consideran valioso<sup>10</sup>. El espacio de evaluación de las políticas de desarrollo debe ser, según Sen, lo que la persona es capaz de hacer, el número de oportunidades y opciones entre las que puede elegir; es decir, su libertad. Pero dado que la información sobre las capacidades es en muchos casos difícil de obtener, Sen marca como espacio de evaluación posible el de los logros o “funcionamientos”, es decir, lo que la persona finalmente eligió o logró (Recuadro I.2).

Las libertades<sup>11</sup> son el fin primordial del desarrollo<sup>12</sup> y en el que se asienta su componente constitutivo, además del principal medio para lograr el desarrollo. Los medios son la producción, el ingreso, la tecnología, las instituciones, las oportunidades sociales y ambientales y los bienes públicos mientras que los fines son las calidades de vida de las personas.

El enfoque sobre libertades humanas contrasta con otras perspectivas de la teoría económica que identifican el desarrollo con el crecimiento del producto interno bruto (PIB), con la ampliación del comercio, con la industrialización, con el avance tecnológico, etc.

#### Recuadro I.2 El campo de evaluación de las políticas

“Llevamos un tiempo tratando de defender la idea de que en muchas evaluaciones el “espacio” correcto no es ni el de las utilidades (como sostienen los partidarios del enfoque del bienestar) ni el de los bienes primarios (como exige Rawls), sino el de las libertades fundamentales -las capacidades- para elegir la vida que tenemos razones para valorar”.

Fuente: Sen 1999, p.99

9 “La capacidad se define en términos de las mismas variables focales que los funcionamientos. En el ámbito de los funcionamientos, cualquier punto representa un múltiplo n de funcionamientos. La capacidad es un conjunto de tales n-múltiplos de funcionamientos, que representan las diversas combinaciones alternativas de funcionamientos, entre las cuales la persona puede elegir una combinación. Una de las ventajas del enfoque «capacidad» es que nos aleja del ámbito de los bienes, los ingresos, las utilidades, etc., para ahondar hasta el ámbito de los elementos constitutivos de la vida. Por ello, es especialmente importante advertir que no existe diferencia, en lo que se refiere al ámbito, entre el hecho de centrarnos en los funcionamientos o bien en las capacidades. Una combinación de funcionamientos es un punto en ese ámbito, mientras que la capacidad es un conjunto de tales puntos”. Sen 1995, p. 64

10 Sen 1999

11 Entre las libertades que tienen una dimensión constitutiva se encuentran desde aquellas más elementales para vivir (eliminación de inanición, desnutrición, morbilidad evitable y mortalidad prematura, analfabetismo, etc.); hasta otras como la libertad de expresión o la participación política. La consecuencia de lo anterior es que la base para evaluar el nivel de desarrollo de un país no es el nivel de riqueza que genera, sino si las personas carecen de algo que tienen razones para valorar

12 Este concepto no es nuevo en la literatura económica. Sen indica que ya aparece en Aristóteles, en la “Ética de Nicómaco” donde se distingue entre la concentración exclusivamente en la riqueza económica y la concentración en la vida que podemos desarrollar. Es decir, la riqueza no es más que un instrumento para conseguir algún otro fin. Sen 1999, p.30

El crecimiento en estos ámbitos puede producirse generando más pobreza, mayor desigualdad y mayor exclusión social. De aquí que el campo de evaluación del éxito de las políticas y las instituciones es cómo y en cuánto afectan las condiciones de vida de la gente.

### 1.3.1 Tres corolarios <sup>13</sup>

Del concepto de desarrollo humano, entendido como la ampliación de las libertades reales de las personas para elegir lo que valoran en la vida, se pueden desprender tres corolarios importantes que influyen en el diseño de las políticas públicas para la creación y ampliación de libertades.

Primero, las libertades reales dependen del acceso a las oportunidades sociales y a los bienes públicos. La oferta de éstos está determinada por el nivel de recursos de un país y el Estado de derecho que regula las relaciones de poder. El nivel de recursos proporciona el sustento y los límites materiales de las oportunidades. El Estado de derecho garantiza el ejercicio de las opciones por parte de las personas, dadas las posibilidades materiales. No obstante, en una sociedad inequitativa y en el contexto de un Estado de derecho defectuoso, las instituciones reproducen la desigualdad; como resultado, el acceso a las oportunidades depende del poder personal y del grupo al que se pertenece, no de los derechos.

El acceso equitativo a las oportunidades estaría determinado por la estructura de poder, lo cual nos refiere a la política como el ámbito de regulación de estas relaciones. En consecuencia, una estrategia de política social debería de alguna manera contribuir al empoderamiento de la ciudadanía para reestructurar esas relaciones, mejorar las capacidades de las personas de incidir en las decisiones que les afectan y fortalecer el Estado de derecho.

El segundo corolario tiene que ver con las dimensiones individual<sup>14</sup> y colectiva de las capacidades. La persona es la unidad básica de análisis del enfoque de capacidades<sup>15</sup>, en tanto el fin del desarrollo es lograr el bienestar de éstas como portadoras de los funcionamientos y capacidades. Sin embargo, las personas viven en sociedad (las familias, los barrios, ciudades, regiones, etc.) y las relaciones interpersonales inciden en su bienestar. Pero además, hay capacidades que solamente se pueden construir en grupo, es decir, se construyen socialmente y necesitan de la “otredad” para existir. A través de estas últimas se logran avances en las capacidades que se portan individualmente. Por lo tanto, las capacidades son individuales y colectivas. Las primeras habilitan para hacer cosas mientras las segundas permiten construir las primeras, incidir en las decisiones<sup>16</sup> que afectan la vida de las personas y son una garantía del acceso a las oportunidades sociales, dada la debilidad del Estado de derecho.

---

<sup>13</sup> Estas ideas fueron desarrolladas por la Oficina de Desarrollo Humano (ODH) para el INDH 2008.

<sup>14</sup> Hay que distinguir entre el individualismo ético de Sen (Robeyns 2005) y el individualismo metodológico asociado con el utilitarismo. Sen pone al ser humano en el centro, donde todas las personas son libres e igualmente libres. En el mundo económico convencional (teoría neoclásica) se diseña un orden social basado en un *Homo Economicus* racional, que actúa en un escenario sin conflictos sociales, sin instituciones, con una propensión al intercambio, cuya conducta es motivada por la búsqueda del interés personal y siendo racional, únicamente cuando se maximiza ese interés. En ese mundo, las instituciones sólo existen para promover el beneficio personal. Esta visión se enmarca dentro del individualismo metodológico para quien los fenómenos sociales solamente pueden ser explicados en términos de hechos individuales. Hay que notar que versiones más sofisticadas del individualismo metodológico incorporan la maximización de preferencias altruistas, sin embargo ello rompe con el supuesto de la independencia interpersonal de las preferencias, que es un requisito del óptimo paretiano.

<sup>15</sup> Foster y Handy 2008

<sup>16</sup> Para un análisis detallado de las capacidades colectivas ver ODH/PNUD 2008.

Entre las capacidades individuales están tener acceso a la educación, a la salud, a un empleo, a estar nutrido, etc., mientras que entre las capacidades colectivas se destacan la participación, la confianza interpersonal y en las instituciones, el sentido de pertenencia a un grupo, la movilización y el ejercicio efectivo de las libertades políticas. Muchas de las capacidades individuales se construyen a partir de la provisión de bienes públicos colectivos.

La combinación de las capacidades individuales y colectivas determina el empoderamiento (la capacidad de agencia, en términos de Sen), que habilita a las personas para alcanzar logros concretos, para actuar a fin de lograr los objetivos que se persiguen. En sociedades con un deficiente Estado de derecho, el acceso a las oportunidades y a los bienes públicos en forma equitativa depende del empoderamiento de las personas y grupos, en la medida en que éste pueda contribuir a modificar las relaciones de poder. Por otra parte, la oferta de las oportunidades como la salud, la educación, las condiciones de empleo, etc. dependen de las políticas públicas. Las políticas públicas dependen del Estado, el cual reproduce la estructura de poder de la sociedad que lo sostiene y, por tanto, su forma de actuar estará también influenciada por los cambios en el empoderamiento. En definitiva, las capacidades individuales y colectivas, por una parte, y las políticas públicas, por otra, son parte de la misma ecuación de bienestar. Las políticas sociales deben contribuir a fortalecer ambos términos de la ecuación.

El tercer corolario se deriva del hecho de que el desarrollo humano nos habla del bienestar de las personas, pero las personas viven en una situación y en un lugar concreto donde tienen acceso a determinadas oportunidades, por lo tanto, también hay una dimensión local del desarrollo. Las oportunidades se materializan en el territorio y en muchos casos están condicionadas por él. El desarrollo humano desde una perspectiva local, implica entender el uso del territorio como resultado y condicionante de la construcción social del espacio, a través de interacciones dinámicas entre actores y sujetos con poderes diferenciados, que se materializan en el territorio. En este sentido, las personas ven al mundo desde donde están ubicadas en el territorio como concreción de las relaciones sociales de poder.

El acceso de las personas al poder en su territorio es una forma de democratización de la sociedad, lo cual se logra en parte a través de la descentralización real, que implica transferencia institucional de capacidades. La contrapartida de ésta es el empoderamiento de la población para ejercer esas capacidades institucionales. Empoderamiento de la población y descentralización institucional forman una unidad, porque la primera sin la segunda conduce a tensiones sociales, mientras que la segunda sin la primera provoca autoritarismo.

### **I.3.2 La estrategia de desarrollo humano**

Una expresión concreta del enfoque de capacidades es el desarrollo humano, el cual ofrece la posibilidad de ordenar coherentemente las intervenciones de política, reconociendo el carácter multidimensional del proceso de desarrollo y diferenciando entre los medios (el PIB, la tecnología, la descentralización, etc.), con el objetivo final de mejorar la calidad de vida de las personas. El desarrollo humano no es un paradigma de la distribución ni de los sectores sociales; es un marco estratégico que integra la generación de riquezas, la distribución, la equidad y la institucionalidad, la sostenibilidad, así como la capacidad de agencia de la gente.

Para lograr esto hay que combinar simultáneamente políticas de eficiencia/productividad, de equidad y de empoderamiento, a fin de ampliar la libertad. Estos elementos no son alternativos ni excluyentes sino que deben ser simultáneos, sin pretender recetas universales, ya que la combinación

de estos elementos dependerá de las posibilidades de cada sociedad concreta en cada momento. Finalmente, los instrumentos de políticas y los medios son conocidos, lo importante es su combinación, lo cual depende del objetivo final, que es: cómo y en cuánto se mejoran las condiciones vida de la gente. De manera que en esta perspectiva es parte del objetivo final hacia el ordenamiento de los instrumentos, cuya combinación dependerá de las circunstancias particulares en cada situación.

### La libertad

La libertad de las personas es fin y medio del desarrollo. Disponer de libertades (estar alimentado, educado, tener participación política, etc.) es un medio, un instrumento para alcanzar el desarrollo que no merma en modo alguno la importancia valorativa de la libertad como fin del desarrollo. Como instrumento, la libertad se refiere a la forma en que contribuyen los diferentes tipos de derechos y oportunidades para que las personas puedan elegir lo que valoran en la vida.

Sen<sup>17</sup> señala que la falta de libertades está relacionada directamente con la pobreza, que priva a las personas de conseguir un nivel de nutrición suficiente, de curar enfermedades tratables, de vestir dignamente, de tener una vivienda aceptable y disponer de agua limpia y servicios de saneamiento. En otros casos, la privación de la libertad está relacionada con la falta de servicios públicos (atención de salud, educación) o de instituciones eficaces para el mantenimiento de la paz y el orden local. También la violación de la libertad se relaciona directamente con la negativa de los Estados a reconocer las libertades políticas y civiles y a la imposición de restricciones para participar en la vida social, política y económica de la comunidad.

### La eficiencia

Se refiere a la forma de utilizar los recursos para ser más eficientes y eficaces en la creación de libertades humanas. No se trata simplemente de crear la base material, sino de cómo se crea esa base material de manera que amplíe las libertades humanas. Un ejemplo puede ilustrar esta perspectiva: hay muchas formas de hacer crecer el producto interno bruto (PIB), pero solamente cuando ese crecimiento se fundamenta en la ampliación de las capacidades humanas puede generarse una dinámica de retroalimentación entre capacidades y crecimiento económico. En ese caso, el crecimiento y el desarrollo humano son dos aspectos de un mismo proceso, en donde crecer exige mejorar las capacidades humanas, y hacer sostenible el crecimiento económico implica convertirlo en desarrollo humano. En términos de políticas públicas, la eficiencia y la eficacia deben evaluarse conforme a sus resultados en la ampliación o no de las libertades humanas.

Hoy más que nunca esta perspectiva tiene validez histórica en la medida en que las fuentes de creación de riqueza son el conocimiento y las habilidades, las cuales son desarrolladas y portadas por el cerebro humano. Como ha señalado Castells: “Por primera vez en la historia la mente humana es una fuerza productiva directa, no sólo un elemento decisivo del sistema de producción. Así, las computadoras, los sistemas de comunicación, descodificación y programación genética son todos amplificadores y prolongaciones de la mente humana. Lo que pensamos y cómo pensamos queda expresado en bienes, servicios, producción material e intelectual, ya sea alimento, refugio, sistemas de transporte y comunicaciones, computadoras, misiles, salud, educación o imágenes”<sup>18</sup>.

---

<sup>17</sup> Sen 1999, p.19-20

<sup>18</sup> Castells 2000, Tomo I, p.58

Finalmente, para crecer económicamente hay que desarrollar al ser humano. El crecimiento económico y la competitividad dependen de la productividad y ésta a su vez depende del uso cada vez más intenso de la tecnología y del conocimiento. La productividad depende de la capacidad inventiva del ser humano, de las habilidades, de la inteligencia y de la capacidad para desarrollar y difundir nuevas tecnologías. Por lo tanto, las condiciones de vida del ser humano son un factor esencial para determinar el crecimiento económico, al ser las personas las portadoras de las habilidades, conocimientos y las creadoras de los nuevos procesos. Crecimiento y desarrollo humano son dos aspectos de un mismo proceso, en donde crecer exige mejorar las habilidades y condiciones del portador de conocimientos: las personas. A su vez, la sostenibilidad en ese crecimiento demanda mejorar el desarrollo humano, ampliar las posibilidades de elección de las personas. Así, el desarrollo humano genera las condiciones para el crecimiento económico y el crecimiento económico, para ser sostenible, debe convertirse en desarrollo humano.

### La equidad

La equidad en el desarrollo humano tiene un espacio por razones intrínsecas e instrumentales. Por razones intrínsecas, tiene que ver con el principio de justicia y está asociado a valores éticos, morales y políticos sobre la idea de lo que es justo. La idea de lo justo está asociada a algún ámbito en el que todas las personas deben ser iguales<sup>19</sup>. En el enfoque de capacidades el ámbito de igualdad es el de las capacidades y oportunidades.

La equidad tiene una dimensión instrumental en función de garantizar acceso a las capacidades y oportunidades sociales. La desigualdad no sólo afecta la posibilidad de ampliar las libertades, sino que afecta la posibilidad de ampliar la base material de la sociedad en la medida en que ésta distorsiona los mercados y reproduce la mala distribución de las oportunidades. Es por ello que los mecanismos que promueven la equidad se convierten en el sustento del aumento de la productividad, porque habilitan a las personas para ser más productivas, fortalece el empoderamiento y generan cambios institucionales. La equidad facilita también la participación de la población en las decisiones que le afectan, ya que el acceso a las oportunidades sociales y económicas habilita a las personas a tener una participación más efectiva.

La equidad puede ser definida en función de dos principios básicos: igualdad de oportunidades y la corrección de resultados social y moralmente inaceptables. Igualdad de oportunidades, en el sentido de que los resultados de la vida de una persona, en todas sus dimensiones, deben reflejar sus capacidades, esfuerzos y talentos (individual y colectivo), más que circunstancias predeterminadas, como son el género, la raza, el lugar de nacimiento, los antecedentes sociales y familiares o el nivel de institucionalidad.

Las oportunidades determinan los activos y las capacidades que las personas puedan poseer, los mercados a los que pueden acceder, los derechos que puedan materializar y la institucionalidad que pueda representar los intereses genuinos de las personas. La desigualdad de oportunidades se tra-

---

19 “El defensor del igualitarismo de ingresos valorará la distribución igualitaria de los ingresos; el demócrata comprometido insistirá en la igualdad de derechos políticos para todos; el liberal decidido demandará igualdad de libertades, y el conservador defensor del derecho de propiedad insistirá en que todos tienen el mismo derecho a usar las propiedades que tengan. Todos ellos valoran mucho, y no de forma accidental, la igualdad en relación con alguna variable que ocupa una posición central en sus respectivas teorías de la justicia. En efecto, hasta un enfoque agregativo, como el del utilitarismo de Bentham, implica una relación con la igualdad, en la medida en que todos deberían ser tratados del mismo modo al llegar a los agregados simples (como el total de utilidad)”. Sen Mayo/Junio 2002, Vol. 11. No. 5



duce en una diferencia de capacidades y de las posibilidades que una persona tiene para convertir los recursos que posee en realizaciones.

La desigualdad de resultados nos refiere a evitar una situación de privación absoluta, como la situación de extrema pobreza en que puede vivir una parte de la sociedad, aún cuando se acepte el principio de igualdad de oportunidades. Es la situación de privación de un nivel mínimo de educación, salud, consumo, que la sociedad no está dispuesta a aceptar y que influye en la delimitación de las oportunidades. Para corregir parte de esta situación de diferencia de resultados están los Objetivos de Desarrollo del Milenio, cuyo objetivo es crear un nivel mínimo de capacidades en las personas.

La desigualdad también puede ser abordada desde otra dimensión, la perspectiva generacional. La equidad intrageneracional o dentro de una misma generación nos refiere a la igualdad de oportunidades y la corrección de resultados socialmente inaceptables. La equidad intergeneracional nos refiere a la sostenibilidad, es decir, todas las formas de deuda acumulada entre las distintas generaciones que hipotecan el carácter sostenible del desarrollo. Significa que el bienestar actual no puede financiarse incurriendo en deudas económicas, sociales, institucionales y ambientales que deberán ser pagadas por otras generaciones en pérdidas de calidad de vida, eficiencia productiva, oportunidades y equidad.

### **El empoderamiento y la participación**

El empoderamiento implica actuar para lograr los objetivos perseguidos. En una sociedad desigual y con un Estado de derecho defectuoso, es la garantía de la eficiencia, la equidad y la creación de institucionalidad. La desigual distribución de activos y oportunidades genera instituciones que reproducen la desigualdad inicial, perpetuando un modelo económico, social y cultural excluyente y no sostenible. En ese orden, el empoderamiento y la participación de amplios sectores excluidos es un elemento constitutivo de la estrategia de desarrollo humano. Es un medio que permite construir capital social, que institucionaliza, a fin de nivelar y compensar la hegemonía del poder fáctico.

El empoderamiento implica un proceso acumulativo de construcción de poder desde la base de la pirámide social que transforme las relaciones entre los diferentes actores de la sociedad e implique mejorar el entendimiento y control sobre las fuerzas sociales, económicas y políticas para actuar individual y colectivamente. El objetivo es que las personas puedan tener cada vez más participación en los mecanismos institucionales formales o informales de toma de decisiones<sup>20</sup>. En esa perspectiva, el empoderamiento es una forma de construir poder.

El proceso de empoderamiento y participación se convierte así en un medio para generar desarrollo humano y crecimiento económico, ya que contribuye a alterar la institucionalidad, modificar el diseño de políticas, devolverle su naturaleza a los bienes públicos, crear oportunidades y corregir resultados (los déficits sociales) que son moral y socialmente intolerables y, principalmente, da acceso a los individuos al proceso de toma de decisiones, sobre todo a aquellas que afectan su propio futuro, convirtiéndose así en la garantía de la equidad social. También es un fin del desarrollo humano, ya que se ocupa de la voluntad de acción individual y colectivamente, permite a la gente realizar todo su potencial y mejorar su autoestima y su capacidad de contribuir a la sociedad.

---

<sup>20</sup> PNUD 2004, p.12



## En resumen

Una estrategia de desarrollo humano debe contemplar simultáneamente:

La eficiencia y eficacia de las acciones, medidas en función de la ampliación de las libertades humanas. La equidad, entendida como la igualdad de oportunidades y opciones para la ampliación de las libertades humanas. El empoderamiento y la participación como la forma de construcción de poder y creación de institucionalidad, que sostienen la equidad y los bienes públicos.

Las libertades (estar educado, estar en salud, poder participar políticamente, tener identidad, etc.) aumentan o disminuyen en la medida en que también lo hace la capacidad de agencia individual y colectiva. Cuando ésta crece se fortalece la institucionalidad y mejora la provisión de bienes públicos, lo cual vuelve a ampliar las libertades de las personas o a reducir las privaciones, creando las condiciones del desarrollo humano. El Recuadro I.3 recoge un conjunto de elementos que se deben tener presentes al momento de formular una estrategia basadas en los principios del desarrollo humano.

### Recuadro I.3 Elementos de una estrategia de desarrollo humano

1. **Asumir que las personas son la verdadera riqueza de las naciones.** Quienes se desarrollan son las personas, no las cosas ni los países.
  2. **Desarrollar capacidades humanas así como también garantizar un acceso equitativo a esas capacidades.** Las capacidades se portan individualmente pero se construyen socialmente. Las capacidades son individuales y colectivas al mismo tiempo.
  3. **El desarrollo es multidimensional y evalúa el desarrollo por la expansión de las libertades,** lo cual no puede ser reducido a una sola unidad de medida (por ejemplo, el PIB).
  4. **Las políticas se evalúan por el efecto sobre las personas.** Deben ser deliberadas, pero no se prescriben políticas específicas sino que se hacen las preguntas adecuadas para organizar instrumentos.
  5. **La política de desarrollo debe tener una visión integral,** dado el carácter multidimensional del desarrollo.
  6. **El desarrollo humano no es exclusivamente un paradigma de la distribución** sino que está íntimamente vinculado a cómo se organiza la sociedad para producir, distribuir, acumular, consumir y gobernarse.
  7. Es necesario **avanzar simultáneamente en la eficiencia** (uso óptimo de los recursos), equidad (justicia en el reparto, en el acceso, en la priorización, en las opciones), el empoderamiento de las personas (es una forma segura de vincular el crecimiento al bienestar) y la libertad (el vínculo entre la eficiencia, la equidad y el empoderamiento).
  8. La equidad incorpora la **dimensión intrageneracional** (de oportunidades y capacidades) y entre generaciones (la sostenibilidad).
  9. **La equidad y el desarrollo económico son complementarios** y hay un continuo entre eficiencia, equidad, empoderamiento y desarrollo económico.
  10. **Desarrollar acciones afirmativas** para igualar las capacidades y oportunidades de los grupos menos poderosos (mujeres, niños, discapacitados, pobres, ancianos, indígenas).
  11. **Asumir la pobreza como la privación** de la oportunidad de vivir una vida tolerable, es decir, la ausencia de capacidades para ser libre.
  12. **Asumir el desarrollo como un tema institucional y político.** Las relaciones de poder son determinantes del desarrollo humano y la institucionalidad se construye bajo el principio de que las personas son portadoras de derechos.
  13. **Asumir la democracia como una forma de organizar la sociedad** para expandir los derechos y las libertades de la ciudadanía.
  14. **Incorporar la descentralización real como una forma de democratizar la sociedad.** Descentralización y Empoderamiento forman parte de un mismo proceso. Una sin la otra conduce a autoritarismo o a tensiones sociales.
  15. **Dar un tratamiento transversal al territorio** en todas las políticas. ¿Cómo afecta al territorio las políticas?
  16. **Considerar al mercado como una institución más** que no necesariamente puede ampliar las libertades sustantivas o las oportunidades.
  17. **Asumir la libertad cultural** para poder elegir la identidad propia.
  18. **Asumir que es un paradigma en construcción, crítico, interdisciplinario, pragmático, holístico e inclusivo.**
- Nota:** El paradigma de desarrollo humano no se puede confundir con enfoques convencionales, tales como formación de capital humano, desarrollo de recursos humanos, bienestar social o necesidades humanas básicas.

Fuente: Resumen con base en ODH/PNUD 2005.

## I.4 La política social

---

La política social en el país, como práctica, ha tenido características propias, aunque en su diseño y aplicación concreta ha estado influida por los paradigmas de política social de América Latina y las iniciativas de los organismos multilaterales.

### I.4.1 Los paradigmas<sup>21</sup> de política social<sup>22</sup>

Las estrategias de desarrollo y la práctica política llevan implícita o explícitamente una concepción de la cuestión social<sup>23</sup>, lo cual ha conducido históricamente a diferentes modalidades de intervención en las normas que regulan la inserción en el mercado laboral (empleo), la calidad, cobertura, método y acceso a los servicios básicos (la educación, la salud, los sistemas de seguridad social) y la forma de asistencia social que la población recibe<sup>24</sup>.

Es con la “Declaración de los Derechos del Hombre” que se impone la impronta del “deber de la Nación de proporcionar trabajo al necesitado y ayuda a quien no pudiese desempeñarlo”; así se consagra expresamente el derecho a la asistencia de la ciudadanía. Esta nueva responsabilidad estatal nos habla de los nuevos fines, los cuales evolucionarán según las ideas de justicia con la que los Estados intentarán conformar sus sociedades<sup>25</sup>. Las diversas corrientes ideológicas han dejado su marca en las experiencias de política social, formando tres corrientes que expresan la evolución del Estado en materia de bienestar social a partir de 1930<sup>26</sup>:

- El régimen liberal: éste minimiza el Estado, individualiza los riesgos y fomenta las soluciones de mercado. Las acciones de asistencia social se consideran de carácter compensatorio.
- El régimen conservador: se distingue por sus rasgos corporativistas, dirigido exclusivamente a los grupos ocupacionales, a través de una relación contractual. Si bien se basa en principios de solidaridad, también mantiene principios meritocráticos, ya que las personas reciben compensaciones basadas en la proporción de sus contribuciones. Este régimen está influenciado por una activa participación estatal pero orientado por un régimen de seguridad social que responde a intereses corporativos.
- El régimen socialdemócrata: tiene una orientación universalista, igualitarista, comprometida con la noción de derechos. Los derechos se vinculan a las personas y se basan en la ciudadanía y la socialización global de los riesgos. Está basado en el aseguramiento de un patrón mínimo de beneficios de forma universalizada, independientemente de las contribuciones anteriores.

En América Latina la evolución de la política social ha estado estrechamente vinculada a las reformas ideológicas y económicas que se han realizado. En efecto, Cohén y Franco<sup>27</sup> identifican varios

---

21 Para Khun el paradigma implica realizaciones que carecen de precedentes, capaces de atraer a un grupo duradero de partidarios, alejándolos de los modos rivales de actividad científica, y a la vez lo bastante abiertas para dejarle al grupo de profesionales de la ciencia todo tipo de problemas a resolver. La ciencia normal se define como la investigación basada en logros científicos pasados, los cuales son reconocidos “por algún tiempo como el fundamento de su práctica posterior”. Khun 1962, p.37-38

22 Esta sección parte del trabajo de Franco 1996

23 Franco 1996, p.1

24 Andenacci y Repetto 2006

25 Gonzalo 2001, p. 5

26 CEPAL 2006, p. 33

27 Cohén y Franco 2006

momentos claves en los cuales se han marcado hitos en materia de políticas sociales, a los cuales este informe agrega otro adicional.

### Hasta finales de los años setenta

Es el momento de la sustitución de importaciones y el paradigma social dominante se basaba en la centralidad de la acción estatal, la cual planteaba la oferta de servicios sociales bajo la modalidad universal, aunque en la práctica se cubría sólo a una parte de las potenciales personas beneficiarias (trabajadores formales).

Durante este periodo las mujeres fueron vistas como beneficiarias pasivas del desarrollo. Su rol reproductivo era valorado y se buscaba reconocer las necesidades prácticas de género mediante donaciones de alimentos, medidas contra la desnutrición y la planificación familiar. Todo en pos de hacer más eficientes a las mujeres en su rol de madres y cuidadoras de la familia<sup>28</sup>.

En definitiva, durante la sustitución de importaciones, la experiencia latinoamericana, si bien es diversa en el tiempo y en los países, presenta elementos estilizados que podrían resumirse en un intento de articular un modelo de protección social universal, bajo un régimen de ciudadanía pobre (en materia de ejercicio de derechos); corporativista, en donde la inserción dependía de la condición laboral, y estratificado en oferta y calidad, lo que excluía a los desempleados y empleados informales.

### Años ochenta y noventa

Como consecuencia de la crisis de la deuda, los países de América Latina recurrieron a políticas de estabilización y ajuste estructural. Los propósitos del universalismo se juzgaron inalcanzables y costosos, así como el objetivo de reducir la desigualdad. Por ello, se argumentó, que éstos debían sustituirse por una política social viable y de bajo costo, cuyo objetivo esencial fuese el combate a la pobreza.

Se propuso que el desarrollo sería el resultado de las reformas estructurales, que deberían atender a los que se hubiesen quedado rezagados mediante un conjunto de acciones específicas, focalizadas bajo la lógica de proyectos, lo cual amortiguaría los impactos indeseados de la reconversión macroeconómica y garantizaría la gobernabilidad, entendida como ausencia de conflicto abierto<sup>29</sup>.

Con diferentes velocidades, desde finales de la década de los setenta, los países de América Latina aplicaron las reformas de mercado, privatización y disminución del Estado en el marco de una estrategia de apertura que debía acelerar el crecimiento, disminuir el desempleo y reducir la pobreza. Se formó así un “fetichismo de las reformas” que suponía una estrategia única de desarrollo, generalizable a todos los países y en todas las circunstancias, basada en el fundamentalismo de mer-

---

<sup>28</sup> Figueiras 2007

<sup>29</sup> “Los nuevos programas sociales debían, al mismo tiempo, intervenir eficientemente sobre los obstáculos que impedirían que los individuos y grupos pudiesen acceder efectivamente al nuevo mercado de trabajo que el desarrollo rápido traería aparejado. El resto del complejo de política social debía ser, también, profundamente reestructurado. Aquello que podía ser eficientemente gestionado por actores privados debía ser transferido a éstos a través de cuasimercados (mercados donde las reglas de juego están reguladas y supervisadas por el Estado, como pueden ser los seguros sociales y servicios públicos) sustituyendo servicios públicos por servicios privados con regulación estatal. Otros servicios puntuales debían gestionarse de modo asociado con fuerzas civiles y gobiernos locales, presuponiendo, un tanto apresuradamente, que la transferencia de la política social a los gobiernos subnacionales y al tercer sector aumentaría su eficacia y transparencia”. Andenacci y Repetto 2006, p. 95-96

cado<sup>30</sup>. Se llegó a plantear dos olas de reformas: las primeras procuraban eliminar las “distorsiones” de los mercados y promover las privatizaciones; las segundas debían corregir los impactos sociales indeseables de las primeras y después vendrían reformas institucionales y políticas.

El diagnóstico para estas reformas partió de identificar lo que consideraban como los problemas fundamentales de las economías de la región, entre ellos: el tamaño del Estado, el gasto público ineficiente, la falta de capacidad de gestión pública, clientelismo/populismo, el déficit público creciente, la inflación, la pérdida de competitividad por el sesgo antiexportador (entendido básicamente como aranceles altos y tipos de cambio sobrevaluados), así como la falta de mercados, entre otros temas. La visión de desarrollo subyacente en el diagnóstico y en las recomendaciones de política dio origen al neoliberalismo<sup>31</sup>, el cual, al cabo de más de dos décadas de aplicación no tuvo los resultados esperados en términos de bienestar y de crecimiento económico, aunque sí logró un avance importante al considerar la estabilidad macroeconómica<sup>32</sup> como un bien público e incorporarla en el cálculo político y económico.

Una característica de este período es el reconocimiento de las mujeres como unas de las principales afectadas por la crisis y con ellas, sus familias. Por tanto, se intenta que muchos de estos programas se dirijan a que las mujeres aumenten su productividad para contribuir en el hogar. “La pobreza de las mujeres es vista como un problema del subdesarrollo y no como un problema de subordinación. Reconoce el rol productivo de las mujeres y busca satisfacer las necesidades prácticas de género de ganar ingresos, sobre todo mediante proyectos de pequeña escala para generar ingresos<sup>33</sup>”.

En general, se pueden establecer varias líneas de consecuencias de la aplicación de prácticas neoliberales durante dos décadas, en términos de la situación social de los países de América Latina.

### **Sobre el Estado y las instituciones**

- Se confundió el fortalecimiento institucional de los Estados con la minimización del tamaño del Estado. Así se fueron conformando en América Latina, Estados ineficaces y con un alcance limitado de sus funciones<sup>34</sup>.
- Se pretendió dar medidas únicas (un recetario), concertadas en el Consenso de Washington, que se aplicaban en todos los países sobre la base de que existía un solo patrón de desarrollo, lo que ignoraba las condiciones históricas institucionales de cada país<sup>35</sup>.
- Se privatizaron instituciones públicas sin que existiera capacidad de regulación de los Estados, ya fuera por falta de leyes o de capacidad institucional, lo cual provocó una situación más grave

---

30 Ocampo 2004, p. 160ss.

31 Sobre la calificación neoliberal, Fukuyama escribe: “... instituciones financieras internacionales (IFI) como el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial junto con el gobierno de Estados Unidos, recomendaron enérgicamente una serie de medidas enfocadas a reducir el grado de intervención estatal en los asuntos económicos; se trataba de un paquete de medidas al que sus autores (Williamson, 1994) atribuyó la denominación de “Consenso de Washington” y al que sus detractores latinoamericanos llamaron “neoliberalismo”. Fukuyama 2004

32 La estabilidad macro se lograba aumentando impuestos indirectos y reduciendo los gastos sociales y las inversiones, con políticas que muchas veces afectaban la equidad.

33 Figueiras 2007, p. 114

34 Fukuyama 2004, p.28

35 Rodrik 2004

de la que se quería remediar<sup>36</sup>. La idea implícita era que la privatización era preferible, aunque fuera caótica, a mantener el tamaño del Estado.

- Se ignoró que el mercado es una institución más que descansa en otras instituciones y que, si bien crea autonomía e inmunidad frente a las decisiones, no crea libertades fundamentales en el sentido de Sen<sup>37</sup>.

### **Sobre la política social**

- La política social se caracterizó por la desestatización, que consistió en la subsunción de la integración social a la lógica del mercado, lo cual implicó que las personas accedieran a los servicios sociales en su calidad de agentes económicos o consumidores y no en su calidad de ciudadanos portadores de derechos<sup>38</sup>.
- Se utilizó una concepción residual de la política social para corregir resultados de la política económica y una perspectiva de “goteo” que entendía que la población más excluida sería eventualmente incorporada a los beneficios del crecimiento económico, de manera espontánea.
- Abandono de los temas de equidad<sup>39</sup>.
- Una perspectiva reduccionista para construir las economías de mercado. Se ignoraron las deficiencias institucionales, la desigual distribución de los ingresos, de los activos, la asimetría de información, el comportamiento monopólico de los mercados, la estructura del poder y los niveles de exclusión social, entre otros aspectos institucionales que afectan la dinámica de los mercados. La consecuencia de ello fue que se fragmentaron aún más las sociedades, se erosionó la condición de ciudadana, la cohesión social, se aceleró el déficit de inclusión social y la inequidad económica<sup>40</sup>.
- La focalización se convirtió en la única forma de asignación de los recursos sociales y partió del supuesto de que las reformas económicas en el largo plazo, en la medida en que fueran efectivas, generarían un dinamismo económico que arrastraría a toda la población y que, por lo tanto, serían necesarias políticas temporales de apoyo a los más pobres. El error estuvo en pensar que la focalización era el único instrumento para atender la situación de la población en condición de pobreza y abandonar el enfoque de derechos sociales. La focalización está pensada hoy como complementaria a la universalización, en tanto puede contribuir a la inclusión en el desarrollo de aquellos sectores en situación de vulnerabilidad extrema<sup>41</sup>.

En síntesis, el “... resultado global del proceso de reforma de la política social latinoamericana fue una fragmentación de derechos sociales, desde una perspectiva nunca del todo alcanzada de ciudadanía plena, basada en el derecho a un mínimo de condiciones de vida socialmente aceptables,

---

<sup>36</sup> Fukuyama 2004, p.21

<sup>37</sup> Sen 1999

<sup>38</sup> Andenacci y Repetto 2006, p. 98

<sup>39</sup> El abandono del tema de la equidad es parte de la estructura teórica neoclásica (utilitarismo) que es subyacente al neoliberalismo. Para éste, lo relevante es la utilidad total y no la forma como ésta se distribuye.

<sup>40</sup> Figueiras, Molina, J. Papadópulos y Tobar 2006

<sup>41</sup> Rebecca Grynspan 2006

hacia una perspectiva en la cual ciertos sectores con carencias tenían titularidades coyunturales sobre servicios, las cuales estaban condicionadas mientras continuaran esas carencias”<sup>42</sup>.

En este período se introduce un enfoque de género a partir de la contribución económica de la mujer. El supuesto era que una mayor participación económica de ésta refuerza la equidad. El enfoque también se basa en un concepto elástico del tiempo de la mujer, la cual es vista en términos de su capacidad para compensar la disminución de los servicios sociales mediante la extensión de su jornada de trabajo. Un indicador de esto son los programas de auto producción de alimentos, modificación de los hábitos de compra y de consumo (administración de la miseria). Es decir, el impacto se amortigua gracias al trabajo doméstico impago para mantener y reproducir los recursos humanos<sup>43</sup>.

En esos años se implementaron las reformas en los sistemas de salud y educación, orientándose a introducir competencia entre los oferentes y en la educación. También se modifican los sistemas de seguridad social, optándose en general por modelos mixtos de capitalización y un pilar solidario (Argentina, 1994; Uruguay, 1996; México, 1997; El Salvador, 1998). Se crean nuevos sistemas de capitalización individual que funcionan en paralelo y en competencia con el preexistente (Perú, 1993; Colombia, 1994)<sup>44</sup> y se desarrollan programas asistencialistas en el marco de las políticas de lucha contra la pobreza, utilizando los Fondos de Inversión Social y las Redes de Protección Social.

### Primeros años del siglo XXI

Desde los inicios del presente siglo la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) así como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID)<sup>45</sup> y el Banco Mundial, han introducido nuevas perspectivas en la discusión de las políticas sociales.

El documento del BID, titulado “Universalismo básico: una alternativa posible y necesaria para mejorar las condiciones de vida de América Latina”, propone “un conjunto de servicios de cobertura universal para un conjunto limitado de prestaciones básicas que incluye prestaciones esenciales de derecho universal que variará con las posibilidades y definiciones de cada país”<sup>46</sup>. Sus autores plantean que los objetivos del universalismo básico son: a) promover la protección básica de riesgos y prestaciones de calidad en forma universal; b) enfrentar la reproducción intergeneracional de la pobreza y la exclusión y c) procurar igualar oportunidades a través de los ciclos de vida.

Por otro lado, la CEPAL argumenta sobre la insuficiencia de las redes de protección social de carácter compensatorio, así como de los instrumentos tradicionales de protección social, como lo ha sido el trabajo<sup>47</sup>, ya que el mercado laboral ha demostrado no tener capacidad incluyente, ni en términos de trabajo decente, ni de niveles contributivos. Esta entidad entiende que el empleo no es suficiente como mecanismo de protección de la mayoría de la población frente a los riesgos relacionados con la falta de ingresos, la salud y el envejecimiento<sup>48</sup>.

---

<sup>42</sup> Andrenacci y Repetto 2006, p.98

<sup>43</sup> Figueiras 2007, p. 116

<sup>44</sup> Cohén 1996, p. 29

<sup>45</sup> BID 2007

<sup>46</sup> BID 2007

<sup>47</sup> CEPAL 2006

<sup>48</sup> CEPAL 2006

El nuevo paradigma de protección social propuesto por la CEPAL se basa en “un acuerdo político al que concurre la sociedad para establecer las bases sobre las cuales desea construir y regular su convivencia. Determina qué derechos se aplican a todos, cómo se garantizan y cómo se hacen viables”<sup>49</sup>.

En definitiva, los diferentes paradigmas del desarrollo han influenciado el tipo de políticas sociales aplicadas, pasando de unos modelos a otros durante el último siglo.

#### **I.4.2 El concepto de política social utilizado en el informe<sup>50</sup>**

Para este informe la situación de las personas, individual y colectivamente, es un hecho único pero multidimensional, de diferentes aspectos interconectados. Una de esas dimensiones es el desempeño en los ámbitos sociales, los cuales no son compartimentos estancos, aislados o hechos arbitrarios y circunstanciales, sino que vienen determinados por la propia dinámica política, económica, social e institucional. Por lo tanto, no puede analizarse la “situación social” al margen de la estructura de poder o la dinámica de acumulación y tampoco, las políticas sociales pueden desligarse del resto de las políticas públicas. Esta visión de integralidad de la política de desarrollo, con sus variantes, no es exclusiva del enfoque del desarrollo humano, ha estado presente en otros autores<sup>51</sup> y en aportes de organismos multilaterales como la CEPAL<sup>52</sup>.

Por lo tanto, desde el punto de vista del concepto de desarrollo, habría que tener una visión única, dinámica, integrada y ajustada a la realidad concreta sobre cómo deberían articularse la ciudadanía y las instituciones, los diversos ámbitos (macroeconómico, financiero, sectorial, etc.), los objetivos (generales y específicos en cada ámbito) y los instrumentos (según los ámbitos) para producir una expansión de las libertades de las personas (desarrollo humano). De aquí que la formulación de las políticas en diferentes ámbitos debe partir de un núcleo común, que es el objetivo de lograr el desarrollo humano, el cual se plasme en acciones específicas para cada uno de los ámbitos, actividades e instituciones.

La amplitud y responsabilidad de un área de análisis y de política es un hecho arbitrario y convencional que depende de cómo se ha organizado el Estado y la sociedad para alcanzar el objetivo común de desarrollo humano. Esta organización responde a una lógica operativa, asociada a las ideologías, estructuras de poder, disciplinas del conocimiento, la responsabilidad institucional y el grado en que se formule y ejecute la política.

En consecuencia, las áreas de intervención y los temas que abarquen son totalmente arbitrarios, aunque exista un núcleo básico de temas al que, por razones prácticas, se le asigna la etiqueta de “sociales”, los cuales están estrechamente asociados al reconocimiento de que todos los seres humanos están facultados para reclamar medidas sociales que los protejan de los peores abusos y privaciones, y que les garanticen la libertad para vivir una vida digna.

---

<sup>49</sup> CEPAL 2006

<sup>50</sup> El desarrollo de esta argumentación se basa en Ceara-Hatton 2006.

<sup>51</sup> “La búsqueda de mayores niveles de bienestar para la población exige un crecimiento dinámico, pero éste resulta insuficiente cuando los patrones de desarrollo económico generan tendencias desfavorables, como una y otra vez lo ha reiterado la experiencia latinoamericana. En estas condiciones, la política social, por acertada que sea, no puede corregir estas tendencias adversas. Expresado en términos de análisis sobre las funciones/instituciones públicas, esto implica que el cumplimiento de los objetivos sociales del desarrollo no se puede lograr sin incidir sobre el funcionamiento de los mercados o, expresado en otros términos, que será imposible avanzar en el desarrollo social si los objetivos sociales no se colocan en el centro de la política económica”. Ocampo 2004, p. 173

<sup>52</sup> CEPAL 2000, p. 86-87



### Los principales riesgos a partir de los diferentes ciclos etarios

Recuadro I.4

Etapas	Edades	Riesgos
1	0-4	Retraso del desarrollo infantil
2	5-14	Baja calidad de la educación. Ingreso tardío a la escuela Mayor edad de la correspondiente al grado Pobre desarrollo del capital humano
3	15-24	Deserción escolar. Embarazo adolescente. Enfermedades de transmisión sexual Desempleo Violencia Narcoddependencia Pobre desarrollo del capital humano
4	25-49	Desempleo Subempleo Bajos ingresos Violencia doméstica.
5	50-64	Desempleo Subempleo Bajos ingresos
6	65 años en adelante	Bajos ingresos Enfermedades crónicas (sin pensión, sin activos)

Fuente: Secretariado Técnico de la Presidencia, Programa de Apoyo a la Modernización del Poder Ejecutivo 2005.

En la lógica del desarrollo humano, los propósitos en el “ámbito de lo social” serían:

- Coadyuvar a la materialización de un conjunto de derechos que son transportados por las personas en virtud de su humanidad y que les permita tener una vida digna. Estos derechos están consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos, por lo que las acciones e intervenciones que se implementen para alcanzar ese mínimo vital tienen un carácter universal. Desde esta perspectiva de materialización del derecho ciudadano, las prácticas en el ámbito de lo social se alejan de la concepción residual que entiende que la política social solo debe intervenir para superar las fallas del mercado.

- Contribuir a crear ciudadanía integral en la medida de que “el ciudadano de hoy debe acceder armoniosamente a sus derechos cívicos, sociales, económicos y culturales, y que todos ellos conforman un conjunto indivisible y articulado”<sup>53</sup>. La ciudadanía social constituye el mayor desafío de la democracia porque los grupos más excluidos del ejercicio pleno de esa ciudadanía son los mismos que sufren carencias en las otras dimensiones de ciudadanía. “Los problemas centrales en este plano son la pobreza y la desigualdad, que no permiten que los individuos se expresen como ciudadanos con plenos derechos y de manera igualitaria en el ámbito público y erosionan la inclusión social”<sup>54</sup>.

- Mejorar la eficiencia productiva y de generación de riqueza mediante la creación de capacidades. Es la dimensión de creación de capital humano que tiene la política social.
- Apoyar a grupos poblacionales que por condiciones institucionales, sociales, políticas o económicas están claramente en desventaja de oportunidades, son menos beneficiados por el crecimiento económico y con menos acceso a las instituciones. Para ese grupo se requieren acciones directas, afirmativas y focalizadas para habilitarlo de condiciones que le permita participar en los mercados y beneficiarse de los derechos. En esta perspectiva la focalización no es para centrar la acción social solo en los grupos sociales excluidos, sino para habilitar a segmentos de la población que por sus condiciones particulares necesitan de acciones afirmativas de apoyo para acceder a los servicios universales en igualdad de condiciones.
- Proteger contra riesgos<sup>55</sup> y vulnerabilidades a lo largo del ciclo de vida de las personas o por

<sup>53</sup> PNUD 2004, p. 24

<sup>54</sup> PNUD 2004, p.26

<sup>55</sup> El riesgo viene determinado por el efecto combinado de la amenaza, la vulnerabilidad y las capacidades. La primera consiste en fenómenos muy difíciles de controlar. Pero la segunda y la tercera son construcciones sociales que dependen de la forma en que la sociedad se ha organizado para producir, consumir y gobernarse, así como del nivel de conocimiento y participación local. Por lo tanto, el riesgo es una construcción social, dinámica y cambiante, diferenciada en términos territoriales y sociales. ODH/PNUD RD 2008, p. 330, citando a EIRD 2007.



situaciones circunstanciales tales como las precariedades económicas, el desempleo, las enfermedades, la muerte de la persona proveedora principal, los accidentes laborales, la discapacidad, los desastres naturales, la inestabilidad macroeconómica y los shocks externos, entre otros (Recuadro I.4).

- Generar empoderamiento, participación e institucionalidad a través de acciones que contribuyan a mejorar la transparencia, la rendición de cuentas, el acceso a la información, la descentralización y la creación de capacidades a nivel local. Es decir, se asume la dimensión de creación de institucionalidad y democratización del poder de la política social.

#### Recuadro I.5 Los propósitos en el ámbito social

- a) Creación de capacidades para la materialización de los derechos y la protección social.
- b) Creación de ciudadanía.
- c) Creación de capacidades para la productividad y la expansión de la base material.
- d) Acciones afirmativas para los más desfavorecidos.
- e) Protección de riesgos en el ciclo de vida y vulnerabilidades en coyunturas difíciles.
- f) Creación de capacidades para el empoderamiento, la participación y la institucionalidad.

Fuente: Ceara y Lizardo 2005

El Recuadro I.5 resume estos seis propósitos en el ámbito de lo social, que son compatibles con otras propuestas que en algunos casos aparecen como objetivos y en otros como principios.

La CEPAL<sup>56</sup> entiende que los principios que debe cumplir la política social son: la universalidad asociada a la ciudadanización de la política; la solidaridad (el que más tiene más paga); la eficiencia, lo que implica los mejores logros posibles con los recursos de que se disponen; la equivalencia, cubrir genuinamente los costos y el carácter integral de la política social y la política económica.

Finalmente, el BID<sup>57</sup> ha hecho la propuesta del “universalismo básico” como un intento de conciliar el conflicto entre la disponibilidad de recursos y la universalización. Los principios que guían esa propuesta son:

- La cobertura del conjunto de prestaciones esenciales que debe ser universal y alcanzar a las categorías de población definidas a partir de atributos que todas las personas cumplan.
- Este conjunto de prestaciones debe cumplir con estándares de calidad garantizados para todos y todas.
- El usufructo de este conjunto de prestaciones debe estar garantizado para todos y todas y esa garantía debe ser brindada por el Estado.
- Deberá existir un conjunto limitado de prestaciones llamadas esenciales, conjunto que responderá a las particularidades y niveles de desarrollo propios de cada país.

En resumen, existe suficiente literatura y claridad conceptual para diseñar una política social que busque crear ciudadanía, materializar derechos universales, impulsar el bienestar, generar la cohesión e inclusión social de toda la población y que sirva de fundamento para la reestructuración del proceso productivo en la creación de riqueza. Además, que permita asegurar el fortalecimiento de los activos productivos de la población (capital humano, social, físico, monetario, natural), la protección social de la población en general, y el empoderamiento y la participación. Al mismo tiempo, que sea solidaria, eficiente y que tome en cuenta el nivel de desarrollo de los países y la disponibilidad de recursos.

<sup>56</sup> CEPAL 2000

<sup>57</sup> BID 2006

## I.5 La cohesión social<sup>58</sup>: un resultado de políticas

Según la CEPAL el concepto de cohesión social es cercano a los conceptos de capital social, de integración social, inclusión social y ética social<sup>59</sup>. Por una parte, combina los conceptos entre integración e inclusión, y por otra, los de capital social y ética social.

El concepto de cohesión social queda definido como la dialéctica entre mecanismos instituidos de inclusión y exclusión social y las respuestas, percepciones y disposiciones de la ciudadanía frente al modo en que ellos operan<sup>60</sup>. Este concepto nos habla de dos dinámicas: primero, la de inclusión social que se genera desde la sociedad y el Estado, es decir, la medida en que el Estado y la sociedad son responsables con sus miembros; segundo, la reacción y valoración de la gente que se siente parte de una determinada colectividad al estar protegida por ésta.

Los mecanismos de inclusión contemplan el empleo, los sistemas educacionales, la titularidad de derechos y las políticas de fomento de la equidad, el bienestar y la protección social, entre otros, según la CEPAL. Mientras que la reacción, los comportamientos y valoraciones de los sujetos abarcan ámbitos tan diversos como la confianza en las instituciones, el capital social, el sentido de pertenencia y la solidaridad, la aceptación de normas de convivencia y la disposición a participar en espacios deliberados y en proyectos colectivos<sup>61</sup>.

¿Qué ventajas ofrece este concepto?, según la CEPAL:

- Vincular temas que en la realidad aparecen en paralelo, lo cual fortalece el carácter sistémico del desarrollo<sup>62</sup>.
- Incorpora la dimensión del actor y va más allá de una estructura funcionalista, en términos de la “adaptación a una estructura sistémica”<sup>63</sup>.
- La cohesión social es un fin y un medio a la vez. Como fin, es objetivo de las políticas públicas, en la medida que éstas apuntan a que todos los miembros de la sociedad se sientan parte activa de ella, ya sea por su contribución al progreso o como beneficiarios de éste, lo que recrea y garantiza el sentido de pertenencia e inclusión. Como medio, en la medida en que la mayor

---

<sup>58</sup> Esta parte se basa en CEPAL 2007

<sup>59</sup> Capital social nos refiere a la fortaleza de los vínculos interpersonales.

Integración social refiere a un proceso dinámico y multifactorial que posibilita a las personas disfrutar de un nivel bienestar consistente con el nivel de desarrollo.

Inclusión social, pone el acento en la responsabilidad del sistema (el Estado) de incorporar a las personas y en el esfuerzo de participación de éstas.

Ética social, establece una comunidad de valores, el consenso de un mínimo de normas y reciprocidad.

<sup>60</sup> CEPAL 2007, p. 19

<sup>61</sup> CEPAL 2007, p. 17

<sup>62</sup> Establece vínculos entre: la política social y el valor de la solidaridad difundido en la sociedad; las sinergias entre equidad social y legitimidad política; la transmisión de destrezas y el apoderamiento de la ciudadanía; las transformaciones socioeconómicas y los cambios en la interacción social; los cambios socioeconómicos y los cambios en la subjetividad colectiva; la promoción de una mayor igualdad y de un mayor reconocimiento de la diversidad —sea ésta de género, etnia o raza—, las brechas socioeconómicas y el sentido de pertenencia.

<sup>63</sup> Por esto se desarrollará “un enfoque demoscópico de las percepciones y valoraciones de la ciudadanía que reflejan su grado de confianza, adhesión y respaldo a un sistema político y un ordenamiento socioeconómico, y el análisis de las condiciones socioeconómicas que atañen a la cohesión social, medidas, sobre todo, por la dinámica de las brechas socioeconómicas y socioculturales, de protección y vulnerabilidad y de acceso al conocimiento”. CEPAL 2007, p.19

cohesión social implica una mejor institucionalidad, a largo plazo se aspira a igualar oportunidades mediante un contrato social.

### ¿Cómo medir la cohesión social?

La CEPAL propone un conjunto de indicadores agrupados en tres componentes: las medidas de distancia o brechas, las que miden el sentido de pertenencia y las relativas a las instituciones que median entre las brechas y el sentido de pertenencia. Por supuesto, los indicadores propuestos no son exhaustivos pero son indicadores de la necesidad de establecer un vínculo de medición entre las políticas públicas y la cohesión social (Recuadro I.6).

Recuadro I.6 Indicadores de cohesión social		
Distancia	Instituciones	Pertenencia
Desigualdad de ingresos	Funcionamiento de la democracia	Multiculturalismo
Pobreza e indigencia	Instituciones del Estado	Confianza
Empleo	Instituciones del mercado	Participación
Educación	Familia	Expectativas de movilidad
Vivienda		Solidaridad social
Pensiones		
Brecha digital		

Fuente: CEPAL 2007

### ¿Cómo incorporar el concepto de cohesión social en estas propuestas de política social basadas en el enfoque de capacidades?

La ampliación de las libertades es el resultado del desarrollo humano, mientras que la cohesión social es la fuerza intangible que atrae a los miembros de un colectivo como consecuencia del esfuerzo de éste para construir esas libertades.

Esta forma de entender la cohesión social no es ajena al enfoque de capacidades ya que, si bien las personas tienen una responsabilidad en la creación de sus propias libertades (a través de la agencia y de que se empoderen para hacer cosas), no es menos cierto que el Estado y la colectividad tienen la obligación de crear las condiciones para que cada uno de los miembros del colectivo pueda exigir esa responsabilidad.

Las libertades que se disfrutan para ejercer las responsabilidades dependen de circunstancias personales y sociales. Situaciones de carencias desde el punto de vista del bienestar afectan la capacidad para llevar una vida responsable o, dicho de otra manera, llevar una vida responsable sólo puede hacerse disfrutando de ciertas libertades básicas. “La responsabilidad exige libertad”<sup>64</sup>. De aquí que argumentar a favor de la expansión de la libertad<sup>65</sup> es hacerlo en favor de la responsabilidad individual y colectiva. La relación entre la libertad y la responsabilidad es de doble sentido. Una persona con privaciones, “sin la libertad fundamental y la capacidad para hacer una cosa, no puede ser responsable de hacerla. Pero el hecho de tener libertad y capacidad para hacer una cosa impone a la persona la obligación de considerar si la hace o no, y eso implica una responsabilidad individual.

<sup>64</sup> Sen 1999, p. 340

<sup>65</sup> “Un niño al que se le niega la oportunidad de recibir educación elemental no sólo padece una privación cuando es joven sino que, además, se lo perjudica para toda su vida (ya que es una persona incapaz de realizar algunas cosas básicas para las que hay que saber leer, escribir y calcular). El adulto que carece de los medios necesarios para recibir un tratamiento médico contra una enfermedad que padece no sólo es preso de la morbilidad evitable y posiblemente de la mortalidad eludible, sino que, además, también se le niega la libertad necesaria para hacer algunas cosas –para él mismo y para otros– que quizá desee hacer como ser humano responsable. El trabajador sometido que nace en condiciones de semiesclavitud, la niña subyugada reprimida por una sociedad represiva, el indefenso trabajador sin tierra que carece de medios significativos para percibir una renta, sufren todos ellos carencias no sólo desde el punto de vista del bienestar, sino también desde el punto de vista de la capacidad para llevar una vida responsable, algo que sólo puede hacerse disfrutando de ciertas libertades básicas”. Sen 1999, p. 340.

En este sentido, la libertad es tanto necesaria como suficiente para asumir esa responsabilidad”<sup>66</sup>. En síntesis, el vínculo entre la responsabilidad del individuo por el desarrollo y las condiciones que crea el Estado para hacer exigible esa responsabilidad es lo que establece las conexiones entre el desarrollo humano y el hecho empírico de la cohesión social.

La cohesión social genera, en lo subjetivo, un sentido de identidad y pertenencia con el colectivo, al formar parte del grupo. Es el sentimiento contrario a la exclusión. La cohesión social, implica que cada miembro sea tratado con equidad, igual a otro. Las brechas, las desigualdades y cualquier forma de sentido de diferencia diluyen la cohesión social.

Desde una perspectiva ética, el Estado mediante la política social y económica tiene la obligación de crear oportunidades sociales para que los individuos puedan elegir y ser responsables. Por ejemplo: debe mejorar la calidad y el acceso a la educación, impedir la discriminación, crear las condiciones para la expansión del empleo o garantizar un sistema de pensiones, de manera que el aprovechamiento de las oportunidades y su alcance sea una cuestión que sólo pueda decidir la propia persona<sup>67</sup>. A su vez, la denegación de esas libertades es expresión del fracaso de la responsabilidad del Estado y de la sociedad para integrar a sus miembros.

Para construir un proyecto de sociedad en la Nación se necesita un mínimo de cohesión social, que genere lealtad, identidad y pertenencia a la Nación. Esa identidad y pertenencia tiene que ir más allá de la nostalgia y de los vínculos simbólicos con el país. Tienen que surgir del hecho concreto de que el Estado y la sociedad en su conjunto son capaces de garantizar a cada uno de sus miembros un mínimo de libertades y garantizarle una vida digna a todos y todas a lo largo del ciclo de vida, desde la infancia hasta la vejez.

La cohesión puede darse en el ámbito micro (familias, barrios, grupos humanos) y en el ámbito macro (pertenencia a una país, confianza en su futuro). En la República Dominicana hay numerosos indicadores<sup>68</sup> que reflejan tensiones en la cohesión social como son el deseo de marcharse del país, la desconfianza en el sistema político y judicial, la crisis del sector eléctrico, la violencia ciudadana, el “sálvese quien pueda”, el escaso desarrollo de la calidad de vida frente a los recursos que se dispone, la cultura política clientelista, entre muchos otros.

La cohesión social, como resultado deliberado, implicaría reconocer las diferencias culturales y el proceso de construcción permanente de la dominicanidad con todas las influencias (inmigrantes, emigrantes, turistas) en una sociedad globalizada. Implica también la confianza entre la ciudadanía<sup>69</sup> y en las instituciones (el gobierno, el poder legislativo, el poder judicial, los partidos políticos, los medios de comunicación, los municipios, los sindicatos, los empresarios, la policía, las fuerzas armadas); la participación (política, social, organizaciones funcionales); tener expectativas sobre el futuro (personales y nacionales, de movilidad social); que exista un proyecto común y solidaridad entre los miembros de la sociedad. Asimismo, atraviesa por un acceso equitativo a las oportunidades sociales, que creen más vínculos horizontales y sociedades más democráticas.

---

<sup>66</sup> Sen 1999, p. 340

<sup>67</sup> Sen 1999, p. 345

<sup>68</sup> ODH/PNUD 2008

<sup>69</sup> CEPAL 2007. “Una sociedad cohesionada supone grados mínimos de confianza en las personas, en su honestidad, en que cumplen la ley, en que se deben mutuo respeto y consideración”.

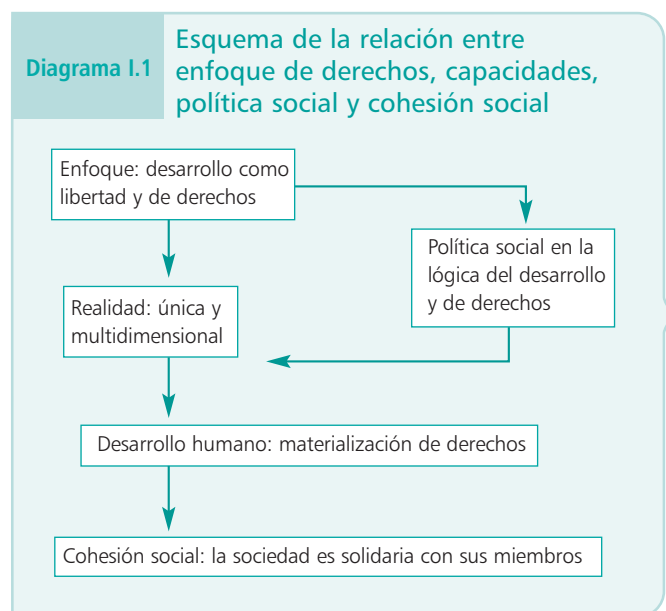
En resumen, la cohesión social es entendida por este informe como una construcción social deliberada que está influenciada por la acción solidaria y de protección del Estado y la sociedad frente a cada uno de sus miembros, lo cual generará en cada uno de sus miembros una reacción subjetiva de pertenencia, identidad y de referente. Además se traduce en un sentido de equidad y de disminución de la distancia entre los componentes de la sociedad.

## I.6 Relación entre el enfoque de derechos, el enfoque de capacidades, la política social y la cohesión social

El Diagrama I.1 describe el proceso lógico que sirve de base a las propuestas de política social. Se parte de una lógica que pretende conjugar cuatro elementos conceptuales. Primero, el enfoque de derechos que reconoce en cada individuo una persona moral y legal, portadora de derechos y responsable de cómo ejerce tales derechos y sus obligaciones correlativas. Segundo, el enfoque de capacidades que materializa esos derechos, centrado en las libertades, entiende éstas como el poder de las personas para hacer las cosas que valoran. Es la libertad como oportunidad, que va más allá de la ausencia de impedimentos o de las reformas de mercado de décadas pasadas. Se trata de libertades fundamentales que le dan poder a la gente para decidir sobre su propia vida. Este enfoque ofrece un marco de intervención y evaluación de las políticas en función del grado en que mejoran o no las condiciones de vida de las personas.

Tercero, si la realidad es multidimensional y única, la política social es parte integral de las políticas de desarrollo y es simplemente un hecho arbitrario para organizar una forma de intervención en esa realidad que fortalezca el acceso equitativo a las oportunidades durante todo el ciclo de vida. Se entiende que la política social deberá corregir circunstancias que estén fuera del control de las personas y que afecten su situación de bienestar; por lo tanto, se trata de equidad en acceso a oportunidades y de opciones para convertir éstas en logros, no se trata de equidad de resultados<sup>70</sup>.

El cuarto elemento conceptual plantea que uno de los resultados y medios del desarrollo humano es la equidad de oportunidades, ello condicionaría la ciudadanía<sup>71</sup> de la sociedad, es decir, el ejercicio efectivo de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, lo cual determina un sentido de pertenencia e identidad de las personas con el colectivo, que fortalece la cohesión social.



## I.7 Ejes transversales utilizados: género, discapacidad y diferencias generacionales

Las instituciones, especialmente las del Estado tienen la capacidad de contribuir de manera significativa a la instalación y reproducción de un orden social, económico, político y cultural basado

<sup>70</sup> Dworkin 2003

<sup>71</sup> La ciudadanía es la posesión y el ejercicio de derechos inalienables por parte de los sujetos que integran la sociedad y la obligación de cumplir deberes y respetar los derechos de los demás. CEPAL 2000, p. 348

en valores más o menos democráticos y más o menos incluyentes. En ese sentido, la transversalización de ciertos enfoques permite la identificación de dicho orden así como el diseño de estrategias que permitan ir transformándolo.

Un resultado de la transversalización es la identificación de necesidades diferenciadas, ya sea en términos culturales o físicos, que requieren del diseño y ejecución de políticas, estrategias y programas que garanticen la inclusión de determinadas poblaciones. Este trabajo tiene como ejes transversales los siguientes:

### **Género**

Se partirá del concepto de género como lo que “alude a las diferencias de tipo psicológico, social y cultural entre hombres y mujeres”<sup>72</sup>. Es decir, “la diferenciación de los seres humanos en masculinos o femeninos, ateniéndose para ello en primer lugar en su sexo biológico” y asignándoles características y potencialidades socialmente construidas. Es una realidad que atraviesa a todas las sociedades y las diferencias se han construido en el marco de un modelo social patriarcal, en donde las mujeres históricamente se han encontrado en situación de inequidad en las relaciones de poder, lo cual se refleja en todos los ámbitos (sociales, políticos, culturales o económicos).

La política social tiene la responsabilidad de identificar las necesidades específicas, producto de la construcción de género, con miras a reducir o eliminar las inequidades sociales que generan exclusión.

### **Discapacidad**

Todas las personas son pasibles de adquirir alguna condición de discapacidad, por tanto éste es un riesgo permanente que debe ser abordado de manera estratégica, tanto para la prevención como para la inclusión social, cultural y económica de las personas con alguna condición de discapacidad. El 10% de la población mundial posee alguna condición de discapacidad<sup>73</sup>.

El abordaje de la discapacidad enfrenta dificultades en la precisión de su naturaleza y extensión<sup>74</sup>. Reconocer la exclusión social de las personas con discapacidad es el punto de partida de los documentos que tratan el tema<sup>75</sup>. Existe un gran vacío de información sobre las condiciones de la discapacidad en América Latina, que evidencia su invisibilidad. En la región se han producido avances desde la década de los setenta con el cambio del lenguaje, concienciación de prejuicios, la eliminación de guetos sociales (escuelas especiales, clínicas cerradas y centros de rehabilitación focalizados). Aún así, estos avances no han logrado romper con los vacíos planteados ni con la invisibilidad de las personas en estas condiciones de discapacidad.

En República Dominicana no se tienen datos precisos del número de personas que poseen alguna condición de discapacidad, a lo que habría que agregar la situación de invisibilidad de esta población, por la exclusión social y económica que viven. Es necesario visibilizarlas y adoptar medidas para incluir a la población con alguna discapacidad a través de la política social. Este informe hace un esfuerzo en ese sentido.

---

<sup>72</sup> Giddens 1991, p. 133

<sup>73</sup> De Lorenzo García 2003, p. 50

<sup>74</sup> La Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de su clasificación internacional de deficiencias, discapacidades, minusvalías estableció una clasificación de la discapacidad que posteriormente reformulada por su reducción del concepto al ámbito médico en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (ICDH-2). En esta nueva clasificación se incorporan tres dimensiones claves: estructura corporal y funcionamiento o desempeño, actividades personales y participación en sociedad.

<sup>75</sup> Maldonado Zambrano 2004, p.4

### Diferencias del ciclo de vida

Naciones Unidas ha adoptado el concepto de solidaridad intergeneracional. En este concepto se explicita que “la solidaridad entre generaciones a todos los niveles -las familias, las comunidades y las naciones- es fundamental para el logro de una sociedad para todas las edades”<sup>76</sup>.

La adopción de este concepto por los Estados implica la revisión de las políticas para que garanticen la equidad generacional e igualmente promuevan la solidaridad y el apoyo mutuo entre generaciones. La equidad generacional implica demandar a los Estados para construir una sociedad para todas las edades, que visibilice las necesidades e intereses que se dan en el ciclo de vida y garantice equidad y derechos en todas las etapas.

## I.8 Conclusiones

---

Este informe intenta combinar el enfoque de derechos con el de capacidades en la política social. El primero reconoce a las personas como sujeto moral y legal, portadora de derechos y responsable de cómo ejerce tales derechos y sus obligaciones correlativas, mientras que el segundo ofrece el marco de evaluación de las políticas e instituciones en términos de creación de libertades reales; también establece los criterios para ordenar los instrumentos de intervención pública, a fin de mejorar las condiciones de calidad de vida de las personas.

Del concepto de desarrollo como ampliación de las libertades reales se derivan tres corolarios: el desarrollo es un proceso de construcción de ciudadanía y por lo tanto es una cuestión de derechos; las capacidades tienen una dimensión individual y colectiva, ya que se portan individualmente pero se construyen socialmente; por último, el desarrollo tiene una dimensión local, al ser un proceso concreto de cómo vive la gente.

Se establecen a grandes rasgos los elementos de una estrategia de desarrollo humano, como un proceso simultáneo de eficiencia y eficacia en la expansión de las libertades, equidad como vía de acceso a las oportunidades y el empoderamiento como la voluntad de acción individual y colectiva. La combinación de estos tres elementos genera libertades que se convierten en medio y fin del desarrollo. Con ello se fortalece la institucionalidad y la mejor provisión de bienes públicos, lo cual vuelve ampliar las libertades de las personas o a reducir las privaciones, creando las condiciones del desarrollo humano.

Se identifican un conjunto de elementos que caracterizan una estrategia de desarrollo humano, entre los que están:

- Asumir que las personas son la verdadera riqueza de las naciones y éstas son las que se desarrollan. Esto implica reconocer que su carácter multidimensional demanda una visión integral, de la cual derive una política holística, que conjugue en un mismo objetivo final la política económica, social, ambiental, sectorial, etc. y sitúe el eje central de la estrategia en la creación de capacidades.
- La estrategia debe recomendar políticas deliberadas y evaluarlas por los efectos en las personas, sin prescribir recetas. No es un paradigma de la distribución sino que está íntimamente vinculado a cómo se organiza la sociedad para producir, distribuir, acumular y consumir, proponiendo avanzar simultáneamente en la eficiencia, la equidad, el empoderamiento y la libertad.

---

<sup>76</sup> ONU 2002

- El concepto de equidad incorpora la dimensión intrageneracional (de oportunidades y capacidades) y entre generaciones (la sostenibilidad) y plantea que la equidad y el desarrollo económico son complementarios, por lo que recomienda acciones afirmativas para igualar las capacidades y oportunidades de los grupos con menos poder. Entiende la pobreza como la privación de la oportunidad de vivir una vida tolerable y asume el desarrollo como un tema institucional y político mientras que la democracia la asume como una forma de organizar la sociedad para expandir los derechos y las libertades de la ciudadanía.
- También incorpora la descentralización real como una forma de democratizar la sociedad y entiende que la descentralización y empoderamiento forman parte de un mismo proceso.
- Procura un tratamiento transversal al territorio en todas las políticas. Concibe al mercado como una institución más que no necesariamente puede ampliar las libertades sustantivas o las oportunidades. Proclama la libertad cultural para poder elegir la identidad propia y asumir que es un paradigma en construcción, crítico, interdisciplinario, pragmático, holístico e inclusivo.

Esta parte del informe destaca el impacto de las políticas neoliberales de la década de los años ochenta y noventa, cuando los principales errores fueron confundir el fortalecimiento institucional de los Estados con la minimización del tamaño del Estado, pretender medidas únicas (recetas universales) para realidades diversas, privatizar sin que existiera capacidad de regulación de los Estados e ignorar que el mercado es una institución más que descansa en otras instituciones. Los resultados en el ámbito social fueron desastrosos: se sustituyó al ciudadano portador de derechos por agentes económicos o consumidores, se utilizó una concepción residual de la política social y una perspectiva de “goteo” para el bienestar, se abandonaron los temas de equidad, se fragmentaron aún más las sociedades, se aceleró el déficit de inclusión social y la inequidad económica, convirtiendo a la focalización en la única forma de asignar los recursos sociales.

A partir del carácter único y multidimensional del desarrollo de diferentes aspectos, interconectados y combinados, se concluye que la política social debe entenderse en el marco del resto de las intervenciones públicas y de las relaciones de poder, la cual que tendría como objetivos:

- Crear capacidades para materializar los derechos y la protección social.
- Construcción de ciudadanía.
- Creación de capital humano.
- Acciones afirmativas para los más desfavorecidos.
- Protección de riesgos en el ciclo de vida y vulnerabilidades en coyunturas difíciles.
- Creación de capacidades para el empoderamiento, la participación y la institucionalidad.





## Capítulo II

La política social:  
capacidades  
y derechos

inmigración haitiana  
cohesión social  
asentamientos humanos  
justicias salud empleo  
derechos educación  
asistencias social  
seguridad social  
empleo justicias  
asistencias social  
desarrollo humano  
justicias salud educación  
políticas social  
desarrollo humano

## II.1 Introducción

---

La dinámica política, social, económica e institucional de un país contribuye con la definición del conjunto de relaciones de poder que influyen de manera significativa en el nivel de bienestar de la población. Esta dinámica puede contribuir a integrar/incluir o a fragmentar/excluir a una parte de la sociedad. No existe un dispositivo automático que, a partir de una cierta forma de crecimiento económico, genere por sí mismo desarrollo humano e integración social. Más bien, éstos son el resultado de un proceso deliberado asociado a una forma de organizar la actividad productiva y las instituciones, así como a una forma determinada de usar los recursos para generar bienestar de la población. Esta forma de actuar de la sociedad se debe concretar en un compromiso, en un pacto o acuerdo que refleje un nuevo equilibrio del poder social para que el desarrollo humano deje de ser una cuestión de poder y se convierta en una cuestión de derechos.

Este capítulo revisa los principales indicadores de la situación social en la que se encontraba el país hacia la primera mitad de la década del 2000. Analiza las circunstancias que determinan el comportamiento observado de esos indicadores, discute la política social dominicana y destaca la existencia de un marco legal amplio pero con dificultades en su aplicación. El capítulo también analiza la capacidad de articulación del Gabinete de Coordinación de Política Social y concluye con un análisis de la Ley 498-06, que establece el fundamento legal para una acción sistémica en la política social.

## II.2 La situación social dominicana: evolución reciente

---

La actividad económica en República Dominicana es hoy 12 veces más grande que en 1960 y ha crecido a una tasa de 5.4% promedio anual en los últimos 48 años. Los ingresos de divisas por exportaciones, turismo y remesas son 15 veces superiores al nivel de 40 años atrás. La población se multiplicó por tres y la edad promedio de los dominicanos y dominicanas pasó de 21 años en 1960 a casi 28 años en 2009. Durante esas casi 5 décadas la población se ha envejecido. En 1960 cerca de la mitad de la población estaba entre 0 y 14 años, pero hoy solamente un tercio cae en ese rango de edad.

Estos cambios vinieron acompañados de un acelerado proceso de urbanización y modificaciones en la estructura productiva. Hoy 2 de cada 3 dominicanos y dominicanas residen en zonas urbanas mientras que hace cuatro décadas la proporción era de menos de un tercio. Los cambios en la estructura productiva son notorios; de una economía orientada a la producción agrícola que giraba alrededor del azúcar, se ha pasado a una economía de servicios orientada hacia la actividad del turismo. Las comunicaciones y las infraestructuras han registrado un avance extraordinario en las últimas décadas.

Los cambios se reflejan en innumerables indicadores institucionales. Los derechos civiles se han consolidado, tales como: inviolabilidad de la vida, seguridad individual, inviolabilidad de domicilio, libertad de tránsito, libertad de asociación, libertad de conciencia y de cultos, inviolabilidad de correspondencia, libertad de empresa, derecho de propiedad, entre otros. Los derechos políticos de la población también han evolucionado positivamente. Hay elecciones cada cuatro años con relativa normalidad, no hay limitaciones en la participación política más allá de las que regula la ley. Sin embargo hay grandes debilidades en el Estado de derecho, en las instituciones<sup>1</sup> y en la gerencia

---

1 ODH/PNUD 2005 y 2008. BID DataGov. Governance indicators database [<http://www.iadb.org/datagob/>]

Cuadro II.1

**Posición de los países de Centroamérica y República Dominicana en institucionalidad, 2008-2009**

Países	Instituciones	
	Públicas	Privadas
Guatemala	103	73
Honduras	84	81
Nicaragua	118	107
El Salvador	106	82
Costa Rica	50	45
Panamá	78	56
RD	119	121
Fuente: Foro Económico Mundial 2008-2009		

pública, así como en la materialización de los derechos económicos y sociales consignados en la Constitución y las leyes.

Hay suficientes mediciones<sup>2</sup> que presentan el rezago relativo del Estado de derecho y que muestran la falta de confianza de la población en las instituciones públicas, así como la relativa debilidad de las instituciones, en general, pese a los progresos que se registraron en el sistema de justicia, en el que se completó el debido proceso de ley contra los fraudes bancarios de 2003 y cuyos responsables fueron condenados. En general tres ejemplos pueden ilustrar la situación del Estado de derecho:

Primero, el Foro Económico Mundial coloca a República Dominicana en la posición 119 de 134 en el Índice de Competitividad Global, que valora la institucionalidad pública y privada. Con ese resultado, el país es el peor valorado, de forma individual, de Centroamérica. La institucionalidad pública<sup>3</sup> refleja igual situación. Destacan algunos indicadores que colocan al país en situación de franca desventaja, como son: el “favoritismo” en las decisiones de los funcionarios gubernamentales, con la posición 132 de 134; el desperdicio del gasto gubernamental, posición 131; la confiabilidad en los servicios policiales, con la posición 129; el desvío de fondos públicos, con la posición 127; la falta de confianza del público en los políticos, en la 121, y la eficiencia del marco legal, en la 120, entre otros. Lo lamentable es que el sector privado<sup>4</sup>, contrario a lo que se podría esperar, aparece con una calificación aún peor que el sector público dominicano y que el sector privado centroamericano, evidenciando que el principal problema está en la ética de las corporaciones, lo que mostraría un fenómeno sistémico en la sociedad dominicana (Cuadro II.1 y Anexo II.1).

Segundo, el presupuesto nacional es un elemento central en el diseño de la política social y en la asignación de los recursos públicos, sobre todo para saber lo que hace el Gobierno, cómo gasta, el seguimiento y la eventual rendición de cuentas. En 2008 se publicó el índice de presupuesto abierto<sup>5</sup> para medir y comparar internacionalmente el nivel de la institucionalidad presupuestaria con respecto al proceso de formulación, discusión y seguimiento. Este indicador valoró a República

2 ODH/PNUD 2008, p. 81

3 Se valoran aspectos tales como: derechos de propiedad, protección de la propiedad intelectual, desvío de fondos públicos, confianza del público en los políticos, independencia judicial, “favoritismo” en las decisiones de los funcionarios gubernamentales, eficiencia del marco legal, transparencia en la formulación de políticas gubernamentales, costo para los negocios del terrorismo, costo para los negocios de la violencia y el crimen, crimen organizado, confiabilidad de los servicios policiales, desperdicio en el gasto gubernamental, peso de la regulación gubernamental.

4 Se valoran aspectos tales como la ética de las corporaciones, comportamiento ético de las empresas, rendición de cuentas, fortaleza de las prácticas de auditoría y reporte, eficacia de los consejos de las corporaciones, protección de los derechos de los accionistas minoritarios.

5 “El Índice de Presupuesto Abierto 2008 evalúa la cantidad y tipo de información que el gobierno pone a disposición del público en los documentos presupuestarios clave que deben prepararse durante el año presupuestario. Uno de los documentos más importantes es la propuesta de presupuesto del Poder Ejecutivo. Ésta debe contener los planes del Ejecutivo para el año siguiente y el costo de las actividades propuestas. La propuesta debe estar a disposición del público y de la legislatura antes de ser finalizada; por lo menos tres meses antes del comienzo del año presupuestario para permitir suficiente análisis y debate público. En la República Dominicana, la propuesta no se presenta al público hasta no ser aprobada. Esto implica que la ciudadanía no cuenta con una visión completa de los pla-

Dominicana con un 11 sobre 100, lo cual coloca al país en la categoría de los “que proveen ninguna o escasa información sobre el presupuesto” y entre las naciones de más baja posición, la número 18 de los 85 países estudiados.

Tercero, la percepción que tiene la población sobre la corrupción es que ésta ha empeorado en República Dominicana<sup>6</sup> y está por debajo del promedio de América Latina (Anexo II.2).

Estos indicadores asociados a percepciones o hechos concretos reflejan un rezago del Estado de derecho, ya sea porque las leyes no se cumplen eficazmente, porque no existe la suficiente transparencia en el manejo de la cosa pública o porque la población percibe que la corrupción pública crece, entre otras cosas.

El cumplimiento de los derechos económicos y sociales enunciados en la Constitución y en las leyes se refleja en un conjunto de indicadores sociales e institucionales, muchos de los cuales han registrado progresos. En efecto, hoy una persona nacida en el país tiene 16.3 años más de esperanza de vida que en 1960, la probabilidad de morir antes de los 40 se ha reducido a la mitad por cada mil habitantes y la tasa de mortalidad infantil es una quinta parte de la registrada en 1960<sup>7</sup>. La cobertura educativa y en salud se ha expandido. Sin embargo, este progreso no ha avanzado a igual ritmo que los promedios de América Latina y el Caribe. La expansión de las coberturas en educación y salud se hicieron a expensas de la calidad; en muchos casos los indicadores están por debajo de los promedios regionales y en la mayoría muestran un desempeño inferior al esperado, dado el estándar mundial asociado con el nivel de riqueza por habitante que registra el país. Veamos algunos indicadores hacia el primer quinquenio de la década del 2000 (Anexos II.3, II.4 y II.5):

- La esperanza de vida al nacer ha mejorado, entre 1960 y 2005, incluso a un ritmo mayor que el de América Latina y el Caribe, pero aún está por debajo del promedio regional<sup>8</sup> y por debajo del nivel esperado<sup>9</sup> dado el estándar mundial asociado a la riqueza por habitante.
- La probabilidad de morir antes de los 40 de años de un dominicano o dominicana es más elevada que el valor esperado.

---

nes del Gobierno en materia de ingresos y gasto para el próximo año. Además, resulta difícil dar seguimiento al gasto, la recolección de impuestos y los préstamos durante el año. República Dominicana publica informes durante el año; sin embargo éstos sólo recogen menos de dos tercios del total del gasto y carecen de importantes detalles. Las revisiones de mitad de año, no son de acceso público. La publicación de estos documentos fortalecería la rendición de cuentas al proveer una actualización completa de cómo se está implementando el presupuesto durante el año.

En República Dominicana además es difícil evaluar el desempeño fiscal una vez que el año ha finalizado. A pesar de que se produce un informe de fin de año que permite comparaciones entre lo que se presupuestó y lo que realmente se gastó y recolectó; éste no provee demasiada explicación sobre las razones de éstas diferencias. Asimismo, mientras que la República Dominicana hace públicos sus reportes de auditoría, es difícil tener acceso a información que especifique si las recomendaciones de estos reportes fueron implementadas con éxito.

El acceso a la información presupuestaria detallada, necesario para entender el progreso del gobierno en la ejecución de un determinado proyecto o actividad, es limitado a pesar de que la República Dominicana ha codificado en una ley el derecho al acceso a la información gubernamental”. International Budget Partnership. [www.openbudgetindex.org]

<sup>6</sup> Gallup 2009.

<sup>7</sup> CELADE 2007, no. 3

<sup>8</sup> En adelante, lo regional se refiere a América Latina y el Caribe.

<sup>9</sup> En lo adelante, a menos que se indique otra cosa, el valor esperado refleja el estándar mundial asociado al ingreso por habitante medido en dólar de paridad de poder adquisitivo.

Cuadro II.2   El Índice de Desarrollo Humano (IDH) y sus indicadores para República Dominicana, América Latina y el Caribe, 2006					
Países	Índice de desarrollo humano	Esperanza de vida al nacer (años)	Tasa de alfabetización de adultos (%)	Tasa bruta combinada de matriculación (%)	PIB per cápita (en dólares PPA)
República Dominicana	0.766	71.8	88.8	73.5	5,866
América Latina y el Caribe	0.811	73.1	90.6	82.82	9,066

Fuente: PNUD. Índice Nacional de Desarrollo Humano. Actualización Estadística 2008

- La tasa bruta de mortalidad por cada 1,000 habitantes ha mejorado entre 1960 y 2005 a un ritmo mayor que el resto de América Latina y el Caribe y está en el promedio regional<sup>10</sup>.
- La mortalidad infantil ha disminuido entre 1960 y 2005, pero a un ritmo menor que el promedio regional de América Latina y el Caribe. El nivel de mortalidad infantil dominicano está por encima del promedio regional y es 18% más elevado que el valor esperado.
- La tasa de mortalidad materna ha disminuido de 229 por cada 100,000 nacimientos en 1996 a 159 por cada 100,000 en 2007<sup>11</sup>, sin embargo el valor esperado, dada la riqueza por habitante, debería ser la mitad del observado.
- En el 99% de los partos, las mujeres estuvieron asistidas por personal sanitario, una de las tasas más elevadas de los países en desarrollo. Tal nivel de asistencia correspondería a una tasa de mortalidad materna equivalente a la quinta parte de las 159 reportadas por cada 100,000 nacidos vivos<sup>12</sup>.
- El índice de desarrollo humano y todos sus componentes están por debajo del promedio regional (Cuadro II.2), además, en el largo plazo el PIB por habitante ha mejorado más rápidamente que el índice de desarrollo humano, lo que muestra un nivel de desaprovechamiento de la oportunidad de crecimiento para mejorar las condiciones de vida de las personas<sup>13</sup>.
- La concentración del ingreso se ha mantenido elevada, por lo que la República Dominicana ocupa el número 19 entre 126 países de mayor desigualdad<sup>14</sup>.
- La proporción del ingreso del 20% más rico con relación al 20% más pobre es elevada. Esto coloca al país en la posición 24 de 126 naciones de mayor brecha<sup>15</sup>. Según las estimaciones de la CEPAL, la brecha entre ricos y pobres es mayor y tiende a crecer (Cuadro II.3).
- El nivel de pobreza, cuando se ha medido por las necesidades básicas insatisfechas, se muestra rígido a la baja (década del 90 y principio del 2000)<sup>16</sup> y aún cuando se mide por el ingreso, se

<sup>10</sup> Los indicadores de salud son discutidos más ampliamente en el Capítulo IV de este informe.

<sup>11</sup> Endesa 1996 y 2007

<sup>12</sup> Calculado con base en las series publicadas por el PNUD 2007.

<sup>13</sup> ODH/PNUD 2005 y 2008, en particular el capítulo I, en ambos informes.

<sup>14</sup> PNUD 2008 [2007-2008. <http://hdrstats.undp.org/indicators/146.html>] Consultado el 6 de marzo de 2009.

<sup>15</sup> PNUD 2008 [2007-2008. <http://hdrstats.undp.org/indicators/145.html>] Consultado el 6 de marzo de 2009.

<sup>16</sup> Sistema de Naciones Unidas 2004, p. 23

**Cuadro II.3 | Distribución del ingreso de los hogares, total nacional, 2000-2006**

Años	Ingreso promedio b/	Participación en el ingreso total del:				Relación del ingreso medio per cápita a/	
		40% más pobre	30% siguiente	20% anterior al 10% más rico	10% más rico	D <sup>10</sup> / D <sup>(1 a 4)</sup>	Q <sup>5</sup> / Q <sup>1</sup> c/
2000	7.2	11.4	22.2	27.6	38.8	21.1	26.9
2002	7.2	12.0	22.6	27.0	38.3	19.3	24.9
2004	6.5	10.2	20.1	28.2	41.5	26.1	28.0
2005	7.3	10.4	21.4	29.9	38.3	22.7	28.1
2006	8.1	9.9	20.2	29.0	40.9	24.5	29.1

a/ D(1 a 4) representa el 40% de los hogares de menores ingresos, en tanto que D10 es el 10% de los hogares de más altos ingresos.  
b/ Ingreso promedio mensual de los hogares, en múltiplos de la línea de pobreza per cápita.  
c/ Q5 representa el 25% de los hogares de mayores ingresos y Q1 representa el 25% de los hogares de menores ingresos.  
Fuente: CEPAL 2007, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

deteriora rápido pero se recupera lentamente frente a los cambios del PIB (Anexo II.6). Además, según las estimaciones de CEPAL<sup>17</sup>, la pobreza en República Dominicana es mayor que el promedio de América Latina y la diferencia tiende a crecer.

- La mortalidad de niños y niñas menores de cinco años ha disminuido en más de la mitad desde la década de los 80, sin embargo, el nivel actual es 11% mayor al esperado.
- El gasto público en salud observado equivale sólo al 62% del gasto esperado, dado el estándar mundial asociado al nivel de riqueza por habitante; por ello el país ocupa la posición 124 de 164 naciones, mientras que en PIB per cápita real de paridad de poder adquisitivo ocupa la posición 84 dentro del mismo grupo de países: es decir, la riqueza se desaprovecha y no se invierte en mejorar el gasto público en salud.
- El gasto privado en salud como porcentaje del PIB es proporcionalmente uno de los más altos del mundo. República Dominicana ocupa la posición 19 de 164 países en cuanto al gasto privado en salud, mientras se encuentra en el puesto 84 en términos de riqueza por habitante. Estos indicadores evidencian que la salud ha tenido una muy baja prioridad para el Estado.
- El acceso de la población a saneamiento y a fuentes de agua mejorada ha evolucionado positivamente para la población dominicana y está por encima de lo esperado. Esta es una de las áreas en las que más progreso se registra. La infraestructura de acueductos ha aumentado, pero no así la potabilidad del agua.
- El gasto en educación como porcentaje del PIB<sup>18</sup> está entre los más bajos del mundo. De 145 países, República Dominicana ocupa la posición 141 del gasto en educación como porcentaje del PIB, aunque en términos de riqueza por habitante ocupa la posición 78<sup>19</sup>.

<sup>17</sup> CEPAL 2007, reporta tasa de pobreza que se mueven de 46.9% en el 2000, 44.9% en el 2002, 54.4% en el 2004, 47.5% en el 2005 y en el 2006 de 44.5%.

<sup>18</sup> Los indicadores educativos son ampliamente discutidos en el Capítulo III de este informe.

<sup>19</sup> Anteriormente se ha posicionado a RD en la posición 78 con respecto a riqueza por habitante en una clasificación que comprendía a 145 países, ésta es otra clasificación que abarca a 164 países.

- En nivel de alfabetización, el país está por debajo del promedio regional y del valor esperado, aunque ha mejorado en las últimas décadas.
- La tasa neta de matriculación en educación básica ha aumentado 32 puntos porcentuales en los últimos 12 años, al colocarse en el 95%<sup>20</sup> en 2007. Sin embargo, la calidad de la educación, comparada con la región, es desalentadora. El 90% de los niños y las niñas dominicanos tiene un rendimiento que está en el peor nivel o incluso aún por debajo<sup>21</sup> en matemáticas de tercer grado, mientras que, en promedio, solo 46% de los estudiantes latinoamericanos se situó en estas dos categorías. El 78% de los estudiantes dominicanos está en igual situación en lectura de tercer grado, ya que solo el 32% de los estudiantes latinoamericanos se ubica en esos niveles<sup>22</sup>.
- El seguro familiar de salud ha sido un gran avance, tanto en la creación de la conciencia de derechos en la población como en el impacto directo en la salud de las personas de menores ingresos, reduciendo los gastos de bolsillo y aumentando el uso de los servicios de salud. Este progreso está, sin embargo, incompleto; desde su comienzo, muchos plazos no se han cumplido, retrasando todo el proceso. En 2008 aún faltaba por asegurar a los trabajadores por cuenta propia e informales y sus dependientes así como a aproximadamente la mitad de la población pobre y a un 60% de los asalariados y sus dependientes<sup>23</sup>. Una situación similar ocurre con el sistema pensiones, un avance en materia de derechos, pero que aún está incompleto, con el agravante de que al final de la vida, dado los bajos salarios, los montos de pensiones son irrisorios<sup>24</sup>. Al ritmo actual parece poco probable que se cumpla con el calendario previsto para la completa puesta en marcha de todos los regímenes de financiación el 2011.
- El desempleo se ha mantenido rígido a la baja a pesar de los elevados ritmos de crecimiento registrados durante décadas. El nivel más bajo alcanzado de desempleo abierto fue de 13.9% en el 2000 y diferentes mediciones indican que la generación de empleo adicional por cada 1% de crecimiento del PIB se reduce en el largo plazo<sup>25</sup>.
- Entre 2000 y 2007, de cada 10 nuevos empleos, 7 fueron creados en el sector informal y casi 5 de cada 10 nuevos empleos fueron absorbidos en trabajo doméstico, salones de belleza, guaguas, motoconchos, vendedores de colmados y colmadones<sup>26</sup>, es decir trabajo en extremo precario.
- La emigración hacia el exterior refleja la incapacidad del modelo económico e institucional de ofrecer una vida digna a la ciudadanía<sup>27</sup>, se aprecia que la tasa neta de migración tiende a aumentar, aunque se desacelera después en la década del noventa y es hoy un 41% más elevada que hace 45 años (Anexo II.7).

En general, estos indicadores muestran que los progresos han sido parciales y dispares, reflejando en algunos casos las tendencias internacionales de cambios tecnológicos y avances mundiales

<sup>20</sup> Véase el Capítulo III de este informe.

<sup>21</sup> En esta encuesta fue necesario crear la categoría especial “por debajo de la más baja” para registrar a República Dominicana debido a la cantidad de estudiantes que se situó por debajo del último nivel considerado por la encuesta.

<sup>22</sup> SERCE 2008 y Capítulo III de este informe.

<sup>23</sup> Véase el Capítulo VI de este informe.

<sup>24</sup> En el Capítulo VI se hacen cálculos de los montos de pensiones bajo diferentes supuestos.

<sup>25</sup> Véase el Capítulo V de este informe.

<sup>26</sup> Véase el Capítulo V de este informe.

<sup>27</sup> ODH/PNUD 2005, Capítulo V



en los medicamentos, comunicaciones e infraestructura, que responden más a circunstancias coyunturales que a un modelo de desarrollo social integrador y sistémico de largo plazo.

La combinación de alto crecimiento y rezago social e institucional no es un resultado fortuito. Está asociado a la dinámica de acumulación, que se ha caracterizado por crear riqueza y a la vez generar exclusión social<sup>28</sup>, lo cual se refleja en los bajos niveles educativos, retrasos en la salud, un empleo precario<sup>29</sup>, retraso en la seguridad social, entre otros. Estas características han sido transversales a los cambios de la economía y la sociedad dominicana en los últimos 60 años, pero con diferentes niveles de intensidad y esfuerzos parciales de revertirlos.

### Deficiencias de la protección social

En ese contexto de largo plazo, las deficiencias en la protección social de la ciudadanía pueden explicarse por varias lógicas que se sobreponen y se refuerzan y que será necesario desarticular para tener una protección social integral y sistémica, basada en derechos. Esas lógicas son:

#### Lógica de acumulación<sup>30</sup>

Durante los años cincuenta se registró una industrialización sin mercado y altamente concentradora y excluyente al servicio de la dictadura<sup>31</sup>. La década del sesenta fue un período de transición dominado por la coyuntura política. Desde finales de los sesenta a principios de los ochenta, se aplicó una estrategia de sustitución de importaciones generadora de una acumulación industrial urbana basada en elevados niveles de protección, sobrevaluación del peso y un control en el nivel del salario real, así como una baja inversión pública en servicios, que demandó un congelamiento de los precios agrícolas y condujo a la descapitalización en el sector rural. Durante esos años, las necesidades de crear capacidades humanas para acumular capital eran limitadas ya que la producción se centraba en bienes finales de escasa sofisticación tecnológica mientras que la dimensión de derechos<sup>32</sup>, es decir, el compromiso constitucional del Estado para garantizar los derechos civiles, políticos y proveer un mínimo de servicios públicos, fue en general ignorada<sup>33</sup>.

Los años ochenta fueron un período de transición hacia una nueva dinámica económica basada en el desarrollo de las actividades de servicios y zonas francas y estuvieron caracterizados por un violento ajuste cambiario, grandes presiones inflacionarias que erosionaron el salario real y deterioraron las condiciones de vida, así como por fuertes convulsiones sociales. La población pobre y de los estratos medios fue la gran perdedora y tardó años en recuperar los magros niveles de vida de los años setenta, además de verse sometida a dos crisis económicas muy severas en 1985 y 1990<sup>34</sup>.

---

<sup>28</sup> ODH/PNUD 2005 y 2008

<sup>29</sup> Es decir, de baja calificación, baja productividad, bajos salarios individual y social (acceso y calidad de los servicios públicos), sin la debida protección social, informal, por cuenta propia y temporal, entre otros.

<sup>30</sup> Un análisis sobre los cambios en la sociedad dominicana, desde la perspectiva de desarrollo humano, entre 1950 y 2008 aparece en Ceara Hatton 2009.

<sup>31</sup> ONAPLAN 1966

<sup>32</sup> Véase el Capítulo I de este informe.

<sup>33</sup> El Gobierno de 1978 a 1982 hizo un esfuerzo para restituir los derechos civiles, políticos y para mejorar el gasto social, aunque al final el período terminó en una crisis macroeconómica.

<sup>34</sup> La crisis de 1985 fue el resultado, en gran medida, de los cambios estructurales de la economía dominicana hacia los servicios, mientras que la crisis del final de la década fue un intento de revertir esos cambios, generando serios desbalances macroeconómicos gestados entre 1987 y 1990 y que condujeron a una caída del PIB de -5% en el último año.

Durante los noventa se consolidó el crecimiento intensificado por los servicios turísticos y las zonas francas. Sin embargo, para el turismo la fuente del dinamismo fue la dotación de recursos costeros y la competencia con base en bajos precios. Para ello se adoptó un modelo que en muchos casos llevó a la sobre explotación de los recursos naturales<sup>35</sup>, a la exclusión de las comunidades y al irrespeto de la cultura. En las zonas francas, la fuente de competitividad fue una mano de obra poco calificada y un régimen de incentivos que no creaba valor agregado<sup>36</sup>. Se consolidó una economía dual<sup>37</sup> con un sector dinámico de exportación que se movió como un enclave frente a un sector doméstico más regulado de escasos vínculos con la actividad exportadora. Ambos, en general, de bajo valor agregado y demandantes de una mano de obra que no requería un nivel tecnológico más allá del nivel de la educación básica y media.

Durante esta década se concretaron las reformas de mercado inspiradas en el Consenso de Washington<sup>38</sup> que suponían que los mercados sin distorsiones sentarían las bases para un mayor crecimiento económico y equidad social. En República Dominicana esas reformas se aplicaron casi una década después de haberse iniciado la reestructuración de divisas y sirvieron para desmontar la sustitución de importaciones de la década anterior, con muy poco impacto en materia de equidad social<sup>39</sup>.

Finalmente, en la primera década del milenio se generó una crisis financiera como consecuencia de un fraude bancario que ha erosionado aún más los logros alcanzados durante los noventa, generando 1 millón de personas en condiciones de pobreza en 2003<sup>40</sup>, cifra que subió en 1.5 millones al compararla entre octubre de 2004 y abril de 2002<sup>41</sup>.

A largo plazo, se desaprovechó la oportunidad de crecimiento económico para cambiar el fundamento competitivo del modelo. Las zonas francas no se reestructuraron en la década del noventa, en particular para el sector de textiles y confecciones que entró en una crisis irreversible, mientras que la actividad turística, en promedio, todavía compite con base en precios. Finalmente, una de las características estructurales que más han afectado la capacidad de inclusión social del modelo económico institucional de los últimos 50 años ha sido su incapacidad de generar empleos, ya que cada vez la elasticidad producto empleo disminuye y el empleo adicional es cada vez más precario<sup>42</sup>.

En síntesis, en estricta lógica del capital, el modelo creó una economía dual: Por un lado, un sector dinámico orientado hacia el exterior, en donde se creaba un empleo de poca calificación (no más

---

<sup>35</sup> ODH/PNUD 2005

<sup>36</sup> OMC 2002

<sup>37</sup> “En el marco del régimen de zonas francas, la mayor parte del comercio de mercancías está exenta de régimen general de comercio, con el fin de contrarrestar su sesgo desfavorable a la exportación. La liberalización ha sido en gran medida autónoma. (...) La República Dominicana está llegando a un momento en el que tal vez haya que abordar la dualidad y las características de enclave de su economía. Las actividades realizadas en las zonas francas y el turismo generan la mayor parte de las exportaciones dominicanas y son importantes fuentes de empleo e inversiones, pero su concatenación regresiva con el resto de la economía sigue siendo débil. Además, debido a los beneficios que se conceden en las zonas francas, los sectores “internos” han tenido más dificultades para atraer recursos, y algunos de ellos han registrado un estancamiento en el mejor de los casos”. WTO (WT/TPR/S/105) 2002, p. vii

<sup>38</sup> Reformas de mercado de carácter neoliberal.

<sup>39</sup> Para una discusión amplia del impacto de las reformas de la década del noventa en la economía dominicana ver a Ceara Hatton e Isa Contreras 2003.

<sup>40</sup> Este cálculo fue realizado por la ODH/PNUD y apareció en Sistema de Naciones Unidas 2004, p. 14 y 15 y Cuadro 4.

<sup>41</sup> SEEPyD 2007

<sup>42</sup> Véase el Capítulo V de este informe.

allá de la educación media o básica) y el salario era un costo y no un ingreso de ventas. Por otro lado, un sector interno poco articulado con el de exportación que generaba un empleo precario de poca productividad. Al final la economía crecía, pero no incluía a la población en los beneficios de ese crecimiento.

### **Lo que no hace la economía lo hace la política**

La política se convirtió en el mecanismo de inclusión y movilidad social, ya sea real o simbólica. Este proceso tuvo dos expresiones en el largo plazo.

a) El Estado como fuente de acumulación. En la dinámica de acumulación privada el Estado jugó un papel central, no por la vía de crear una institucionalidad e imponer el imperio de la ley, sino mediante la transferencia ilícita del patrimonio público<sup>43</sup> al sector privado. Así durante décadas el Estado no cobraba los servicios públicos, no cobraba impuestos, gastaba en construcciones y repararía contratas, creando así “millonarios”<sup>44</sup>, pero no invertía en mejorar la calidad de vida de las personas. Dos ejemplos ilustran esa situación, el bajo gasto histórico en salud y educación como porcentaje del PIB y el problema eléctrico, cuyo servicio no se cobró durante décadas y en largo plazo se ha convertido en un subsidio superior al gasto en educación.

El Banco Mundial<sup>45</sup> llega a una conclusión similar al afirmar que el gasto público tiende a privilegiar los egresos dirigidos a proyectos de inversión o en bienes privados debido a que puede ser un medio “para gratificar a fieles del partido en el poder” y excluir a oponentes. “Un ejemplo de gastos dirigidos es la inversión pública (carreteras, puentes, elevados, proyectos de irrigación, etc.) y un ejemplo de gastos no dirigidos es la educación”. Más adelante el Banco Mundial señala: (...) “El clientelismo y la larga tradición de mostrar preferencias en gastos dirigidos son quizás mejor ejemplificados por el número de proyectos incompletos iniciados por una administración saliente y que la entrante no completa. Aunque las administraciones entrantes puedan decidir de continuar o completar proyectos mayores (especialmente grandes proyectos de infraestructura altamente visibles), el patrón general ha sido consistente a lo largo de presidentes sucesivos, cada uno dirigiendo obras públicas a diferentes grupos, y cada uno buscando no beneficiar a los grupos favorecidos por los previos gobiernos de otros partidos políticos”.

b) La forma de inclusión y movilidad social. Si a largo plazo el modelo económico no ha sido capaz de incorporar a la población, ésta se incorpora de manera real o simbólica a través de la movilización que genera la actividad política, concretada en los empleos públicos, en el acceso a los contratos y las concesiones que hace el Estado a través de diferentes mecanismos de asistencia social. Es decir, la política y no el ejercicio de los derechos es el principal mecanismo de acceso a los bienes, servicios y recursos que provee el Estado.

El Banco Mundial describe este proceso en los siguientes términos:

“Inclusive el gasto social es frecuentemente canalizado hacia la provisión de bienes privados. Por ejemplo, existe una propensión significativa en la República Dominicana a la contratación de profesores basada en las conexiones políticas y no en las habilidades pedagógicas de los mismos; al otorgamiento de contratos generosos para la construcción de nuevas escuelas o la impresión de textos

---

<sup>43</sup> El patrimonio de Trujillo pasó a manos del Estado, creándose la Corporación de Empresas Estatales y el Consejo Estatal del Azúcar.

<sup>44</sup> Por ejemplo, los 300 millonarios creados por el Dr. Balaguer en sus gobiernos.

<sup>45</sup> Banco Mundial 2004, p. V, 1 y 2

## La Constitución garantiza derechos Recuadro II.1

La Constitución dominicana de 2002 establece en los artículos 16 y 17 que la educación primaria será obligatoria y que el Estado tiene el deber de proporcionar la educación fundamental y gratuita a todos los habitantes del territorio nacional y tomar las providencias necesarias para eliminar el analfabetismo. El Estado también estimulará el desarrollo progresivo de la seguridad social, de manera que toda persona llegue a gozar de adecuada protección contra la desocupación, la enfermedad, la incapacidad y la vejez, así como prestará su protección y asistencia a los ancianos, en la forma que determine la ley. Prestará, asimismo, asistencia social a los pobres. Dicha asistencia consistirá en alimentos, vestimenta y hasta donde sea posible, alojamiento adecuado. El Estado velará por el mejoramiento de la alimentación, los servicios sanitarios y las condiciones higiénicas, procurará los medios para la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas y endémicas y de toda otra índole, así como también dará asistencia médica y hospitalaria gratuita a quienes por sus escasos recursos económicos así lo requieran. El Estado combatirá los vicios sociales con medidas adecuadas y con el auxilio de las convenciones y organizaciones internacionales. Para la corrección y erradicación de tales vicios, se crearán centros y organismos especializados.

a suplidores particulares, no a la mejor oferta. De igual forma, los gastos en construcción de viviendas, los cuales difícilmente benefician a los pobres, equivalen a dos veces el promedio de los demás países de América Latina y el Caribe. Los gastos en agricultura presentan quizás el mejor ejemplo; casi todos los recursos distribuidos al sector” son “usados para proveer bienes privados<sup>46</sup> a grandes grupos de interés en el sector”<sup>47</sup>.

Así, durante años, el propio Gobierno Central, el Consejo Estatal del Azúcar (CEA), la Corporación de Empresas Estatales (CORDE) y la Corporación Dominicana de Electricidad (CDE) u otros mecanismos estatales o paraestatales (Cruzada del Amor, los Planes Sociales de la Presidencia, INESPRES, las acciones sociales del Congreso, entre otros) han servido para redistribuir el ingreso, ya sea mediante la ayuda directa o mediante el no cobro de los servicios públicos. Ello ha sido el caldo de cultivo para el clientelismo. Con el tiempo muchos de estos mecanismos han desaparecido, otros han sido sustituidos o han aparecido nuevas modalidades.

Aún en el caso más reciente de las transferencias condicionadas la práctica ha sido, que se amplía cada vez más la parte de la transferencia, mientras que las condicionalidades se retrasan<sup>48</sup>. Estas prácticas están constituidas, por un lado, por las transferencias en forma de subsidios y, por otro, por las condicionalidades o corresponsabilidades, en donde la primera, es una acción asistencial que tiene sentido en la medida que se da la segunda, que es la vía para crear capacidades.

Finalmente no es casual, tal como se indicó anteriormente, que el país aparezca en posiciones muy desfavorecidas en aquellas evaluaciones que tienen que ver con la institucionalidad y la discrecionalidad política, tal como se evidenció en el INDH 2008, donde se mostró que la confianza en las instituciones públicas es baja y decrece<sup>49</sup>, o como se vio más arriba, que República Dominicana aparece en situación de gran desventaja, según el Foro Económico Mundial, en lo que se refiere a “favoritismo en las decisiones de los funcionarios gubernamentales”, “desperdicio del gasto gubernamental”, “desvío de fondos públicos” y “confianza del público en los políticos”.

En síntesis, la actividad política ha sido la fuente principal de inclusión y movilidad social, al costo de deteriorar aún más la institucionalidad del país y el Estado de derecho.

<sup>46</sup> Ejemplos de bienes privados suplidos por la Secretaría de Estado de Agricultura: gastos en maquinaria agrícola, semillas, otros insumos, producción directa, almacenamiento. Banco Mundial 2004, p. 68

<sup>47</sup> Banco Mundial 2004, p. 3

<sup>48</sup> Véase Capítulo VI de este informe.

<sup>49</sup> ODH/PNUD 2008, p. 81

### **Cultura política e institucional basada en relaciones primarias y no en derechos**

La forma de funcionar del modelo de acumulación, por una parte, y el rol de la política como factor de inclusión social, por otra parte, generaron una institucionalidad trunca desde la perspectiva de los derechos, que desconoce a las personas como portadoras de derechos garantizados por la Constitución y las leyes (Recuadro II.1). La realidad es que en la cultura política dominicana las leyes no crean obligación o el incumplimiento de las mismas tiene pocas consecuencias<sup>50</sup>. Esta situación es percibida por la población cuando el 88.6% de los dominicanos y dominicanas considera que los partidos políticos defienden los intereses de algunos grupos de personas o sólo de los políticos<sup>51</sup>.

Se podría argumentar que la limitada mejora en los indicadores sociales se debe a la falta de recursos y a la falta de posibilidades materiales de la economía dominicana. Al igual que los informes nacionales de desarrollo humano 2005 y 2008, este informe sostiene que, en el largo plazo, el pobre desempeño de muchos de los indicadores sociales e institucionales no es un problema de recursos sino de prioridades difusas<sup>52</sup>, de falta de cumplimiento de las leyes y debilidades del Estado de derecho, además de la falta de compromiso del liderazgo nacional que se exprese en un pacto de largo plazo y que se refleje en las prioridades de gasto público.

No sólo la economía dominicana es la que más ha crecido en décadas en América Latina y el Caribe, sino que otros países con menos recursos han registrado mayores logros sociales e institucionales, lo que evidencia un problema de prioridades. El gasto en salud y educación, con respecto al PIB, ha sido de los más bajos de América Latina y el Caribe, sin embargo, se han asignado grandes recursos para hacer obras de infraestructura de escasa efectividad o a engrandecer algunos liderazgos políticos. Como indica el Banco Mundial, “los gastos públicos son utilizados para engrandecer la imagen de la Presidencia de la República, en vez de la entrega eficiente de bienes y servicios públicos (...) Consecuentemente es más gratificante para un Presidente en el poder asignar fondos para nuevos proyectos que designar recursos para el mantenimiento de inversiones realizadas por Gobiernos anteriores”<sup>53</sup>. Además, el Banco Mundial señala que “el marco político-económico tiende a generar un gasto excesivo en proyectos de inversión o en bienes privados, en vez de inversiones en capital humano u otros bienes públicos, debido a que la inversión en bienes privados puede ser utilizada para gratificar a los fieles del partido en el poder”<sup>54</sup>.

### **El clientelismo se convierte en una cultura y se alimenta del asistencialismo**

El clientelismo es la negación de los derechos. Es el intercambio de bienes y servicios económicos y sociales como si fueran favores, pese a que en teoría la Constitución y las leyes garantizan a la población el acceso a esos derechos, aunque en la práctica no se cumplen. La población por tanto sólo tiene acceso a esos derechos económicos y sociales a través de redes de apoyo y favores de quién los provee. Lo lamentable de esta situación es que ya una parte de la población dominicana es

---

<sup>50</sup> Es interesante observar que durante la llamada Cumbre de las “Fuerzas Vivas” muchas de las demandas se circunscribían al cumplimiento de las leyes. La Ley de Electricidad, la Ley de Educación, la Ley de Migración, etc. Véase también el INDH 2008, donde aparece una muestra de leyes aprobadas, de gran trascendencia para la vida social y democrática, que no se cumplen.

<sup>51</sup> ODH/PNUD 2008, p. 74

<sup>52</sup> Por ejemplo, la construcción del metro de la ciudad de Santo Domingo ante los niveles de educación y salud de la población.

<sup>53</sup> Banco Mundial 2004, p. 13

<sup>54</sup> Banco Mundial 2004, p.V

tolerante a estas prácticas. En efecto, más de la tercera parte de la población presenta una aprobación alta o muy alta frente al clientelismo<sup>55</sup>.

En esas circunstancias la única vía de relación entre la sociedad y la política es a través del clientelismo y ello se acrecienta y refuerza con las prácticas de la asistencia social<sup>56</sup> (asistencialismo) a través del “dao”<sup>57</sup>. La asistencia social es un medio más de la política social y, como tal, no es mala ni buena; el problema está en que ésta sea la forma principal de hacer la política social. En síntesis, el uso histórico de la política social con propósitos de clientelismo genera una percepción colectiva caracterizada por la falta de conciencia de derechos, lo cual reproduce la demanda del clientelismo en la sociedad.

### **Es residual, asistencial y desintegrada**

La política social no ha sido parte de una estrategia de desarrollo. Con diversos matices e intensidades, se ha dirigido a corregir los desequilibrios generados por la dinámica económica, sobre todo en situaciones moral o socialmente insostenibles. Además en la práctica ha estado desintegrada. No se ha formulado a partir de la coordinación ni de la sinergia que generan la educación, la salud, el medio ambiente, la vivienda, el agua y el saneamiento y el empleo, entre otros, como parte de un sólo proceso.

En la práctica, la principal forma de hacer “política social” se ha reducido a lo asistencial, lo cual debilita el tejido social, la confianza interpersonal, la conciencia ciudadana de derechos, fortalece la búsqueda de soluciones individuales y no colectivas y debilita el empoderamiento de la ciudadanía para participar en las decisiones que le afectan. En ese ámbito el asistencialismo se convierte en un multiplicador del clientelismo y en la forma básica de relación entre la política y la ciudadanía.

En resumen, la forma de cómo se ha organizado la sociedad y la economía para crecer y reproducirse ha generado una dinámica socialmente excluyente, que en el largo plazo requirió de la política para generar dinámicas incluyentes a través de mecanismos estatales espurios, como la corrupción que redistribuía recursos públicos y garantizaba la estabilidad del sistema político. Estas prácticas crearon una cultura política basada en relaciones primarias y no de derechos, que se alimentaba y reproducía con clientelismo y convirtió a la política social en residual, desarticulada y esencialmente asistencialista.

### **Algunos esfuerzos de cambio**

No obstante esta tendencia general, han habido esfuerzos aislados de hacer de manera diferente la política social. Hacia principios de la década de los noventa empezaron a darse procesos que de alguna manera impactan positivamente en la política social, pero siempre al margen de la dinámica de la acumulación y con escasa referencia a la materialización de los derechos. Desde la sociedad se gesta un movimiento para fortalecer la educación dominicana y así nace en 1992, en el ámbito de la sociedad civil y el sector privado, el Plan Decenal de Educación. En el año 1994 se empieza a definir el Plan de Desarrollo Social que queda en papeles y es reemplazado por los resultados del Diálogo Nacional del año 1998. En 1997 se aprueba la reforma sectorial de educación y en 2001, el

---

<sup>55</sup> ODH/PNUD 2008, p. 73

<sup>56</sup> Véase el Capítulo VI de este informe.

<sup>57</sup> Véase en el Capítulo X de este informe la concepción de la población que recibe los programas de Solidaridad y otros programas oficiales.

de la salud y la seguridad social. En 2000 nace el gabinete de coordinación de política social y se inicia en 2002 la implementación del primer programa de transferencia condicionada de recursos con la Tarjeta de Asistencia Escolar (TAE). El primer mapa de la pobreza para la focalización de las políticas sectoriales y la asistencia social se elabora en 1997 y en 2004 se dan los primeros pasos para establecer un sistema de selección de beneficiarios, el cual significa un paso gigante para identificar a los pobres con base en criterios objetivos. A partir de 2004, nace un interés de impulsar las políticas asistenciales focalizadas y se empieza un programa de transferencias condicionadas (Solidaridad) bajo el liderazgo del Gabinete Social. Es de notar los esfuerzos que se han hecho en materia de educación, salud y seguridad social con las leyes de Educación de 1997, General de Salud de 2001 y el Sistema Dominicano de Seguridad Social del mismo año, los cuales han encontrado un tortuoso camino para su aplicación.

Finalmente, hay que notar que la situación social del país se complica con la presencia de la inmigración haitiana, tal como será discutido en el Capítulo IX. Los inmigrantes actúan como un “ejército industrial de reserva”<sup>58</sup> para mantener la rentabilidad privada. La mayoría de ellos se encuentra en condiciones de pobreza y recibe un salario muy por debajo del mínimo<sup>59</sup>, muchas veces sometidos a una triple exclusión: exclusión socioeconómica, exclusión por el modo de vida y exclusión política.

### **II.3 La política social dominicana: hay leyes suficientes**

---

República Dominicana ha realizado un importante recorrido en el proceso de pensar, discutir y diseñar políticas sociales, aunque en la mayoría de los casos la ejecución ha sido deficiente en el propósito de reducir la pobreza y garantizar el ejercicio de los derechos sociales, económicos y culturales de la ciudadanía.

Una de las principales razones para esto ha sido el uso político, casi siempre clientelar, de la política social. Dicho desde el enfoque de desarrollo humano, el énfasis no ha sido el fortalecimiento de las capacidades de la ciudadanía y por lo tanto la ampliación de sus libertades, sino más bien mantener un determinado orden político.

#### **II.3.1 Leyes que reconocen derechos: escenario normativo de la política social**

En términos legales las acciones en materia de protección social suelen estar amparadas en convenios internacionales y leyes locales. Con relación a los convenios internacionales sobre derechos humanos, niñez y género, entre otros, existe una amplia batería de acuerdos, de los cuales República Dominicana es signataria de la mayoría de ellos, incluidos los relativos a derechos de la mujer (Anexos II.8, II.9, II.10 y II.11). Se podría afirmar que algunos logros como la Ley 24-97 Contra la Violencia Intrafamiliar, así como la creación de la Secretaría de Estado de la Mujer son el resultado de estos convenios. Sin embargo, otros acuerdos, como la “Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares” no se han firmado, lo que agrava la situación de vulnerabilidad de los inmigrantes haitianos.

En el ámbito nacional durante los últimos 18 años se ha construido y renovado la normativa existente en materia de derechos específicos, que reconoce la necesidad de disminuir los riesgos, así

---

<sup>58</sup> Marx 1976. El Capital. Tomo I, p. 535

<sup>59</sup> Banco Mundial 2006



como materializar los derechos en los ámbitos de salud, educación, cultura, ingresos y de los grupos poblacionales que por alguna circunstancia se encuentran en desventaja (Anexo II.12).

En el Recuadro II.2 se presenta la normativa existente, los riesgos contra los cuales protege y las poblaciones en desventaja en las que incide. Se puede apreciar que el escenario normativo y legal tiende a promover un régimen de protección social de carácter universal, debido a que en la Constitución de la República están legalmente establecidas para toda la población la seguridad social, la salud, la educación y, por supuesto, las garantías al ejercicio de los derechos sociales, económicos y culturales. En ese sentido, también fue creado un conjunto de leyes y decretos con el objetivo de promover la equidad de grupos más vulnerables, como la niñez, las personas con alguna condición de discapacidad, los envejecientes y las mujeres. De hecho, son las mujeres quienes cuentan con un mayor número de leyes dirigidas a proteger sus derechos. Sin embargo, otro tema es la eficiencia y eficacia de dicha normativa con respecto a sus objetivos.

Estas leyes, en muchos casos carecen de instrumentos que obliguen al resto de los sectores involucrados en determinadas problemáticas a cumplir con los estándares, criterios y normativas que garantizan dichas legislaciones. Por ejemplo, la Ley sobre Discapacidad (42-00) y la Ley sobre Protección de la Persona Envejeciente (352-98) no establecen penalidades ni disposiciones judiciales que garanticen su respectiva aplicación. El uso de esas leyes depende de la buena voluntad de los diferentes sectores que tengan la disposición para apoyar a estos grupos. Otras leyes como el Código para el Sistema de Protección y los Derechos Fundamentales de los Niños, Niñas y Adolescentes (136-03), la Ley sobre Violencia Intrafamiliar (24-97) y el Código de Trabajo (16-92) sí tienen garantías judiciales para su aplicación.

La falta de “judicialización” contra el incumplimiento de las normas legales en el ámbito social conduce a que el Estado abandone a una parte de la ciudadanía, privándola de derechos y obligándola a buscar soluciones individuales por sus propios medios (muchas veces escasos). En el mejor de los casos son las mujeres<sup>60</sup> quienes tienen que asumir la responsabilidad de las personas envejecientes o con discapacidad, por lo que incrementan su trabajo en el hogar y sus posibilidades de inclusión en el mercado laboral se ven limitadas, con todas sus consecuencias en materia de autoestima e ingresos.

## **II.4 El largo recorrido en la definición de una estrategia de política social**

El Estado dominicano se ha planteado como propósito impulsar el desarrollo y reducir la pobreza en todos los gobiernos desde el siglo XIX<sup>61</sup> desde que en 1880 Eugenio María de Hostos creó la Escuela Normal, pasando por la creación del Seguro Social con Trujillo, el diseño de los Planes de Desarrollo Socioeconómico (PLANDES) o la creación del Fondo de Promoción a las Iniciativas Comunitarias (PROCOMUNIDAD) en 1993 y el Plan Decenal de Educación. Además, otras iniciativas a favor del desarrollo fueron la creación del Mapa de la Pobreza y las Comisiones Presidenciales para el Desarrollo Barrial y Provincial en 1996, impulsadas por el Partido de la Liberación Dominicana (PLD) en su primer gobierno<sup>62</sup>.

<sup>60</sup> Ziffer y Dotel 2005 y Capítulo X de este informe.

<sup>61</sup> Secretariado Técnico de la Presidencia y Oficina Nacional de Planificación 2004, p. 18-25

<sup>62</sup> Presidencia de la República, Gabinete Social y Oficina Nacional de Planificación 2003, p. 5



**Recuadro II.2** Relación de riesgos, normativa y población

Población	Riesgos	Normativa
A toda la ciudadanía	- Ejercicio de los derechos sociales, económicos y culturales.	Constitución de la República.
A toda la ciudadanía	- Enfermedades físicas y mentales.	- Ley General de Salud, No. 42-01. - Ley sobre Salud Mental, No. 12-06. - Ley que crea el Sistema Nacional de Seguridad Social, No.87-01.
A toda la ciudadanía	- Generación de ingresos. - Protección contra la explotación laboral. - Generación y fortalecimiento de capacidades.	- Código de Trabajo de República Dominicana, No. 16-92. - Ley Orgánica de Educación, No. 66-97.
Mujeres	- Equidad de género. - Violencia física, psicológica y sexual.	- Ley que crea la Secretaría de Estado de la Mujer, No. 86-99. - Ley sobre Violencia Intrafamiliar, No. 24-97. - Ley que declara el 25 de noviembre como Día de la No Violencia contra la Mujer, No. 61-93. - Ley sobre Casas de Acogidas o Refugios, No. 88-03. - Código de Comercio. Modificaciones y disposiciones de la Ley 3-02 del 2002. - Código de Trabajo (1992), Ley 116/92. Sustitución y modificación al Código mediante las leyes 4099 de 1955 y 103/99 de ese año. - Ley Sobre Divorcio (modificación del 2003).
Hombres y mujeres en condición de discapacidad	- Generación y recepción de ingresos. - Generación y fortalecimiento de capacidades. - Acceso a lugares. - Salud física.	- Ley sobre Discapacidad, No. 42-00.
Niños, niñas y adolescentes	- Generación de capacidades. - Documentos de identidad. - Explotación laboral. - Violencia física, sexual y psicológica. - Recreación.	- Código para el Sistema de Protección y los Derechos Fundamentales de los Niños, Niñas y Adolescentes, Ley No. 136-03.
Envejecientes	- Salud. - Recreación. - Generación y fortalecimiento de capacidades.	- Ley sobre Protección de la Persona Envejeciente, No. 352-98.
Hombres y mujeres.	- Discriminación. - Salud física y emocional. - Prevención.	- Ley sobre VIH/SIDA, No. 55-93.
Hombres, mujeres, niños y niñas, envejecientes y personas con discapacidad severa.	- Salud preventiva. - Documentos de Identidad. - Nutrición.	- Decreto que crea el programa Solidaridad dentro de la Red de Protección Social, No. 536-05.

Fuente: ODH/PNUD

Para el período 2000-2004, el Estado dominicano elaboró de manera consensuada el documento “Estrategia de Reducción de la Pobreza”, el cual constituyó un esfuerzo de formulación de políticas sociales y colocó como prioridad la reducción de la pobreza a través de tres tipos de intervenciones<sup>63</sup>:

<sup>63</sup> Cañete y Dotel 2007, p. 34 con base en STP y BID 2004, p. 39

## Un concepto de desarrollo humano diferente

### Recuadro II.3

El concepto de desarrollo humano del GCPS es diferente al utilizado en este informe. Para el GCPS “los programas de desarrollo humano tienen como objetivo asegurar el crecimiento del capital humano de la familia, a través de programas de formalización de la identidad de los individuos, programas de salud, educación, así como aquello que permita el acceso de estos grupos a actividades deportivas, culturales, entretenimiento y convivencia comunitaria, entre otros”.<sup>a</sup>

El enfoque del GCPS se centra en habilitar a las personas para hacer y producir cosas; mientras que el concepto desarrollo humano usado en este informe derivado de Sen trata de la habilidad para llevar el tipo de vida que se considera valiosa e incrementar las posibilidades reales de elección. Los dos enfoques se ocupan del papel de los seres humanos y de las habilidades efectivas que éstos logran y adquieren, pero el ámbito de evaluación centra la atención en logros diferentes. En el capital humano, la persona se valora como cualquier otra forma de capital, según su aporte al producto, mientras que en el desarrollo humano el ámbito de evaluación es la calidad de vida de la persona.

<sup>a</sup> Presidencia de la República y CPS 2006, P.33

- Intervenciones de bienestar social: referidas a acciones (bienes y servicios) cuyos beneficios satisfacen necesidades colectivas de la población, acciones de carácter universal vinculadas con el ejercicio pleno de los derechos constitucionales, principalmente en las áreas de educación y salud.

- Intervenciones de asistencia social: contiene un conjunto de acciones (bienes y servicios) orientados a satisfacer necesidades y urgencias coyunturales de grupos especiales y vulnerables de la población.

- Intervenciones para la reducción de la pobreza: contiene un conjunto de acciones (bienes y servicios) cuyos beneficios satisfacen directamente las necesidades de una familia o persona, ubicados en un lugar geográfico específico, seleccionado conforme a su condición de pobreza.

En el año 2006, se elabora el documento “Nueva Política Social. Una estrategia de salida de la pobreza” el cual norma la actuación del Gabinete de Coordinación de Política Social (GCPS). Este documento plantea la estrategia del gobierno en materia de políticas sociales, la cual se centra en la reducción de la pobreza a través del aumento del capital humano<sup>64</sup> y social de los pobres y su inserción económica<sup>65</sup>.

El enfoque de este documento, aunque hace énfasis en la reducción de la pobreza y no tanto en la política social como garante de los derechos de toda la población, plantea la visión sistémica y multidimensional para conseguir sus objetivos: “La nueva política social dado el carácter multidimensional de la pobreza, requiere la articulación de la política económica y social; de los programas, instituciones ejecutoras y niveles de gobierno; y de los sectores que intervienen en su ejecución: sector público, sociedad civil y beneficiarios”<sup>66</sup>.

Los componentes de la nueva política social son:

- La red de protección social<sup>67</sup>: tiene como objetivo “apoyar a las personas en pobreza extrema y/o elevada vulnerabilidad social, pero sin descuidar a los demás grupos de la población”<sup>68</sup>. Está constituido a su vez por un conjunto de programas agrupados en tres ejes, que son:

<sup>64</sup> Sen critica el uso de este término por el claro énfasis en el uso de las personas como instrumentos de producción y no como fines en sí mismas. Desde el enfoque de Sen el término adecuado sería el de la construcción de capacidades humanas.

<sup>65</sup> Presidencia de la República y Gabinete de Coordinación de las Políticas Sociales 2006, p. 4

<sup>66</sup> Presidencia de la República y Gabinete de Coordinación de las Políticas Sociales 2006, p. 4

<sup>67</sup> La denominación protección social está siendo asumida para nombrar un programa, definido como de desarrollo humano e inclusión económica dirigido fundamentalmente a los pobres, por lo que podríamos afirmar que el término protección social está siendo utilizado para nombrar a un programa dirigido fundamentalmente a personas en situación de pobreza y no como un sistema de protección social universal tal y como otros autores se han referido y se propugna este informe (CEPAL 2006).

<sup>68</sup> Presidencia de la República y Gabinete de Coordinación de las Políticas Sociales 2006, p. 28

- a) Programas de transferencias de recursos (condicionados o no).
- b) Programas de desarrollo humano y social: los primeros tienen como objetivo asegurar el crecimiento del capital humano de la familia, mientras que los segundos buscan aumentar el capital social de los pobres (Recuadro II.3)
- c) Programas de inclusión económica de los pobres como puerta de salida de su situación de pobreza (generación de empleo, formación laboral, apoyo a la micro y pequeña empresa, acceso al crédito, apoyo a la comercialización de bienes, entre otros), “(...) los cuales deben complementarse y apoyarse en las políticas económicas (de nivel macro, meso y microeconómicas descritas anteriormente en este documento), así como en aquellas políticas de orden legal o institucional que permitan incrementar el acceso de los pobres al mercado laboral, de crédito y de bienes y de servicios como una forma de poder insertarse en la vida productiva y generar en forma sostenible un nivel de ingresos que les permita satisfacer sus necesidades básicas, para así salir de la pobreza”<sup>69</sup>.

- Los servicios sociales: coordinación de los programas sociales, especialmente salud y educación. También se señala a modo de reto para el gobierno central dar respuesta al aumento de la demanda generada por las corresponsabilidades de la red de protección social.
- El Sistema Dominicano de Seguridad Social: en lo relativo a la seguridad social, se describe en qué consiste, pero no se plantea cómo se articulará la Red de Protección Social con la seguridad social.

Dicho documento plantea cómo a través de la articulación de estos tres componentes “se pretende establecer una política social que contribuya a la salida de la pobreza de los más pobres, a la vez, que prevenga y mitigue las situaciones de riesgo y vulnerabilidad del resto de la población”<sup>70</sup>.

Es evidente el esfuerzo conceptual realizado por los diferentes gobiernos en su intento por hacer de la política social un instrumento de protección ante los riesgos, a través de la construcción de capacidades; pero es también evidente que todos estos planes han tenido un impacto limitado en la real articulación de las políticas e instancias encargadas y por lo tanto, en su eficiencia en la reducción de la pobreza y en la construcción de capacidades en la población.

## **II.5 La articulación de la política social: el Gabinete de Coordinación de Política Social (GCPS)**

El Gabinete de Coordinación de Política Social (GCPS) es la instancia llamada a coordinar la acción en el ámbito social. Fue creada en 2001 a través del decreto 28-01 y tiene por misión ser la entidad rectora destinada a articular, diseñar, formular y dar seguimiento a las políticas sociales (Anexo II.13). El GCPS agrupa en su seno a la mayoría de las entidades destinadas a realizar acciones de política social.

<sup>69</sup> Presidencia de la República y Gabinete de Coordinación de las Políticas Sociales 2006, p. 34

<sup>70</sup> Presidencia de la República y Gabinete de Coordinación de las Políticas Sociales 2006, p. 27

### Las instituciones miembros del Gabinete de Coordinación de Política Social

#### Recuadro II.4

1. Secretaría Administrativa de la Presidencia
2. Secretaría de Estado de Educación
3. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
4. Secretaría de Estado de Trabajo
5. Secretaría de Estado de Deportes, Educación Física y Recreación
6. Secretaría de Estado de la Mujer
7. Secretaría de Estado de la Juventud
8. Secretaría de Estado de Cultura
9. Secretaría de Estado de Educación Superior, Ciencia y Tecnología
10. Secretariado Técnico de la Presidencia, actualmente Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo

Fuente: Decretos 1082-04 y 1251-04

Sus objetivos estratégicos son<sup>71</sup>:

- Coordinar el proceso de formulación y ejecución de la política social del Gobierno, así como los objetivos y acciones de los programas sociales en las áreas de salud, educación, empleo, etc.
- Promover la articulación de la oferta de servicios sociales públicos con la demanda social a nivel nacional.
- Realizar el seguimiento y evaluación del impacto de los programas sociales.

Según los decretos 1082-04 y 1251-04 del Poder Ejecutivo, el GCPS está conformado por 10 instituciones miembros y 22 instituciones adscritas. (Recuadros II.4 y II.5)

El Consejo Consultivo de la Sociedad Civil, según el decreto 1251-04, es un interlocutor de las demandas de la

sociedad y de control de la gestión pública social. Según el

reglamento interno éste debe estar compuesto por las siguientes instancias: un Consejo Nacional, 9 Consejos Regionales, un Consejo Provincial en cada provincia y un Consejo Municipal en cada municipio del país. Los Consejos Municipales están representados, siempre que los haya, indistintamente

por los siguientes sectores: las iglesias, las organizaciones de base, las universidades, asociaciones empresariales, sindicales, entre otros (Anexo II.14). Esta estructura, la cual aún no ha sido puesta en marcha, responde a la visión sistémica planteada en el Capítulo I, que es necesaria para la intervención en la realidad única y multidimensional del subsistema social.

En el año 2005, a través del decreto 570-05, se le otorgan nuevas facultades al GCPS y se le instruye de manera transitoria a “conducir, administrar y ejecutar los programas correspondientes al Programa de Protección Social (Programa 13 del Presupuesto Nacional), así como programas dependientes de la Presidencia de la República (Programa 14 Coordinación y Asesoramiento Técnico)”<sup>72</sup>. Este gabinete asume por tanto no sólo las funciones de coordinación de la política social sino también funciones de ejecución de programas, lo cual es contrario a la Ley 498-06 de Planificación e Inversión Pública, que establece que “los gabinetes sectoriales no se constituirán en unidades ejecutoras de programas y proyectos”<sup>73</sup>.

### Las instituciones y programas adscritos al GCPS

#### Recuadro II.5

1. Consejo Nacional de la Seguridad Social
2. Dirección General de Desarrollo de la Comunidad
3. Dirección General de Desarrollo Fronterizo
4. Consejo Nacional de Asuntos Urbanos, actualmente Dirección General de Territorio
5. Instituto Nacional de la Vivienda
6. Instituto de Auxilios y Vivienda
7. Instituto de Desarrollo y Crédito Cooperativo
8. Consejo Nacional de Discapacitados
9. Consejo Nacional de Drogas
10. Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia
11. Consejo Presidencial del Sida
12. Dirección General de Migración
13. Instituto de Estabilización de Precios
14. Comedores Económicos
15. Instituto de Formación Técnico Profesional
16. Programa de Apoyo a la Micro, Pequeña y Mediana Empresa
17. Programa de Medicamentos Esenciales
18. Fondo y Promoción de Iniciativas Comunitarias
19. Plan Presidencial de Lucha contra la Pobreza.
20. Comisión Presidencial de Apoyo al Desarrollo Provincial
21. Comisión Presidencial de Apoyo al Desarrollo Barrial
22. Dirección General de Comunidad Digna

Fuente: Decretos 1082-04 y 1251-04

<sup>71</sup> [www.gabsocial.gov.do] revisado el 10 de marzo de 2009

<sup>72</sup> Presidencia de la República, Decreto 570-05, Art. 2

<sup>73</sup> Congreso de la República 2006

Desde su creación, el GCPS ha enfrentado un conjunto de inconvenientes para cumplir con su misión de articulación. Entre esas dificultades están<sup>74</sup>:

- **Una estructura hipertrofiada:**

El GCPS está integrado por 32 entidades, entre Secretarías de Estado, instituciones, programas y consejos. Esta gran estructura ha dificultado su operatividad y en los últimos tres años no se encontraron evidencias de que se haya reunido, por lo que el GCPS no ha funcionado como ente articulador. Por otro lado, todavía hay programas de asistencia social totalmente desvinculados del GCPS, como son los ejecutados a través del Despacho de la Primera Dama.

Con respecto a la asistencia social, en el año 2002 se detectaron 40 entidades públicas que realizaban actividades de asistencia social. En el año 2004 se reordenó el sector de asistencia social, mediante el cual se eliminaron algunas entidades y se transfirieron otras<sup>75</sup>, pero aún permanecen instituciones que se había recomendado<sup>76</sup> eliminar, principalmente las de mayor presupuesto. Se puede apreciar en el Cuadro II.4 que todavía, a pesar de la reorganización del sector, aún participan en la asistencia social instituciones cuya naturaleza y fines no guardan ningún tipo de relación con ese ámbito, tales como el Poder Judicial y el Legislativo, la Secretaría de Estado de Interior y Policía y la Secretaría de Estado de las Fuerzas Armadas, que además no forman parte del GCPS. Por tanto no se puede dar la articulación necesaria, ya que se crea dispersión y duplicidades.

- **Debilidad en su rol de coordinación y articulación**

El Gabinete Social fue creado para diseñar y formular las políticas sociales, no obstante en el año 2002 el decreto 570-02 le confirió la función de ejecutor de programas de asistencia social. Más tarde se le reconfirmó dicha función mediante el Programa de Protección Social, creado a través del decreto 1554-04. Las funciones de ejecución de programas desnaturalizó la función de Gabinete como órgano articulador y coordinador, al entrar en competencia con las entidades que debía coordinar. El mismo Programa Solidaridad, que ejecuta el GCPS, ha tenido problemas para articularse con las entidades que deberían dar seguimiento a sus corresponsabilidades en educación, salud y documentación. En algunos casos las sectoriales no son capaces de ofrecer el servicio y en otras no le dan seguimiento a los avances de las corresponsabilidades, tal y como se analiza en profundidad en el Capítulo VI sobre seguridad y asistencia social.

<b>Cuadro II.4   Gasto devengado en asistencia social por institución, 2007</b>	
<b>Capítulo</b>	<b>Millones de RD\$</b>
Congreso Nacional	333
Presidencia de la República	7,200
<i>Secretaría Administrativa de la Presidencia</i>	1,940
<i>Gabinete Social</i>	5,254
<i>Secretariado Técnico de la Presidencia*</i>	6
Secretaría de Estado de Interior y Policía	127
Secretaría de Estado de Fuerzas Armadas	41
Secretaría de Estado de Educación	2,428
Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social	244
Secretaría de Estado de Obras Públicas y Comunicaciones	0.36
Secretaría de Estado de la Mujer	186
Secretaría de Estado de la Juventud	222
Poder Judicial	30
Administraciones de Obligaciones del Tesoro**	5,465
<b>TOTAL</b>	<b>16,276</b>
* El Secretariado Técnico de la Presidencia pasa a ser Secretaría de Estado de Economía, Planificación y Desarrollo a partir del 2008.	
** La partida de Administración de Obligaciones del Tesoro corresponde al subsidio del Gas Licuado de Petróleo (GLP)	
Fuente: GCPS, con base en SIGEF, consultado el 4 de marzo de 2009	

<sup>74</sup> Cañete y Dotel 2007, p. 36

<sup>75</sup> Presidencia de la República 2004, Decreto 1554-04

<sup>76</sup> BID/STP 2004

El GCPS se ha convertido en un brazo ejecutor y no en un ente de articulación que asegure la acción sistémica del Estado en materia de políticas sociales, las cuales se ejecutan de forma desarticulada intersectorialmente.

## II.6 Consejos que articulan políticas para proteger de ciertos riesgos

La cohesión social se facilita cuando el Estado crea mecanismos eficientes y eficaces que le permitan a los diferentes intereses de la sociedad incidir en la formulación y ejecución de políticas públicas, tomando en consideración que la sociedad no es homogénea, con necesidades diversas y posibilidades desiguales para satisfacer las carencias y aspiraciones, así como para promover diferentes propósitos. En ese orden, es necesaria la creación de espacios institucionales para dirimir y coordinar esas diferencias a través de las políticas y programas.

El Estado dominicano ha creado un conjunto de espacios de coordinación, tanto intersectoriales como intrasectoriales, para garantizar el encuentro de los diferentes intereses y necesidades en materia de políticas sociales (articulación) de forma que las acciones (políticas y programas) se complementen (integralidad).

En la actualidad existen siete consejos destinados a promover la protección de ciertas poblaciones:

- Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS)
- Consejo Nacional de Discapacitados (CONADIS)
- Consejo Nacional de Drogas (CND)
- Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia (CONANI)
- Consejo Presidencial del Sida (COPRESIDA)
- Consejo Nacional de Salud (CNS)
- Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE)

De los siete consejos, sólo el Consejo Nacional de Salud no se encuentra dentro de la estructura del GCPS, se supone que la razón es que su participación se da a través de la SESPAS (Anexo II.15).

A pesar de la existencia del GCPS, los consejos sectoriales no se han articulado entre ellos, debido a la precariedad del Gabinete como órgano articulador, lo que afecta la integralidad de las acciones. Por ejemplo, la falta de articulación puede hacer que al Consejo Nacional de Drogas se le haga mucho más difícil conseguir que las políticas y programas de la SEE o de la SESPAS tomen en cuenta sus propuestas y directrices.

Si bien el espacio de encuentro de los consejos no ha funcionado como tal, los siete consejos son en sí espacios de articulación, ya que agrupan en su interior un grupo importante de Secretarías de Estado, instituciones y programas.

En el Anexo II.15 se presenta una tabla con los integrantes de cada uno de los consejos y su misión. De su análisis se pueden sacar ciertas conclusiones:

- En la mayoría de los consejos resulta evidente la utilización de criterios de selección de las organizaciones integrantes a partir de la afinidad y naturaleza de sus miembros, así como la preeminencia de criterios institucionales. No obstante el Consejo Nacional de Drogas tiene como criterio para la incorporación de sus miembros “la vocación de servicios y solvencia moral”, no indica la forma de evaluar dicha vocación de servicio y la solvencia moral.

- El Consejo Nacional de Drogas no tiene presencia en ninguno de los demás consejos, a pesar de la estrecha vinculación con los Consejos de Salud y COPRESIDA, lo que dificultaría la articulación y complementariedad de las acciones realizadas contra el consumo y tráfico de drogas.
- La participación de un número no manejable de instituciones al interior de los consejos podría limitar la operatividad e impacto de estos. CONADIS es el consejo que más miembros tiene en su interior (20) y es también uno de los consejos de menor impacto en términos reales. Si bien la Ley no ayuda de manera suficiente, ya que no plantea sanciones para quien no la cumpla, habría que preguntarse si la dinámica institucional del propio consejo (estructura, procesos de toma de decisiones, etc.) contribuye o no al logro de sus objetivos.

En resumen, el escenario en el que se encuentran incluidas las instituciones y programas dirigidos a proveer protección social es de gran complejidad, debido sobre todo a la cantidad de instituciones y programas que cohabitan en el sector. Por otro lado, el órgano creado para articular las acciones de las diferentes instituciones se ha convertido en una entidad ejecutora y, por tanto, ha entrado en competencia con las demás instituciones y programas del sector social, debilitando su función de articulación.

## II.7 La acción sistémica del Estado:

### La Ley 498-06 de Planificación e Inversión Pública

Si el objetivo final de las políticas públicas es mejorar las condiciones de vida de la población y si la realidad es una y multidimensional, las políticas de desarrollo deben actuar de forma integral, tanto sectorial como territorialmente, asegurando mecanismos efectivos de coordinación entre las políticas públicas.

Pese a esto, con fines de conocimiento y ejecución de políticas, la realidad se clasifica y divide en el pensamiento para poder entenderla e intervenirla. Toda clasificación significa un cierto nivel de arbitrariedad, reduccionismo, aislamiento de temas, supuestos de comportamiento, etc., pero es el costo a pagar, hasta ahora, por la forma en cómo se han organizado las ciencias y las intervenciones públicas en un escenario complejo.

En el Diagrama II.1 se muestra cómo los diferentes ámbitos de la realidad interactúan para crear la multidimensionalidad. Los ámbitos podrían ser infinitos y forman un continuo. Para este informe se han sugerido los ámbitos político, económico, social, institucional y medioambiental.

La acción pública debe por tanto intervenir de forma sistémica en la realidad como “un todo, en el que sus partes están relacionadas e interactúan entre sí para lograr un objetivo común”<sup>77</sup>. Cada ámbito de intervención deberá actuar como un subsistema en el que se interviene a través de redes, es decir, de “formas de conexión u organización unidimensional o

Diagrama II.1 La realidad es multidimensional



Fuente: ODH/PNUD

<sup>77</sup> Word Reference 2009



## Forma sistémica de intervención a través de las políticas de desarrollo

Diagrama II.2



Fuente: ODH/PNUD

Fuente: ODH/PNUD

multidimensional, que actúan de forma regular y armonizada por medio de estructuras cerradas o abiertas pero comunicadas (...) entre sí”<sup>78</sup> y regímenes que establezcan normas para la acción (Diagrama II.2).

Dada la forma en que están organizadas las intervenciones de política del gobierno central, en cada uno de estos ámbitos o subsistemas de intervención participan múltiples instituciones. Por ejemplo, en el subsistema social, que se analiza en este informe, intervienen las secretarías de Trabajo, Educación, Salud Pública y Asistencia Social, Relaciones Exteriores, Interior y Policía, la Junta Central Electoral, el Consejo Nacional de la Seguridad Social, el Programa Solidaridad y otras muchas instituciones públicas y privadas.

Esta concepción sistémica del manejo de la política pública está implícita en el decreto 1082-04 que crea los Gabinetes de Política Institucional, de Política Económica, de Política Social y de Política Medioambiental y Desarrollo Físico; así como en la

Ley 498-06 de Planificación e Inversión Pública, que en su artículo 10 propone la “creación de gabinetes sectoriales de tipo transitorio para coordinar políticas y planes de naturaleza económico, social, territorial e institucional que involucren a más de una institución del gobierno. Los gabinetes sectoriales no se constituirán en unidades ejecutoras de programas y proyectos”<sup>79</sup>. Es decir, se crean los gabinetes como entes de coordinación de la intervención pública.

En 2009 a través del decreto 117-09 se confirman los gabinetes creados en el 2004 y se establecen dos más: el Gabinete de Comercio y Producción y el Gabinete de Inversión para Proyectos Estratégicos (Diagrama II.3). Además, tanto en el 2004 como en el 2006 se plantea la creación de “consejos consultivos que actuarán como enlaces entre el sistema de planificación e inversión pública y el sector privado. Dichos consejos tendrán funciones asesoras y estarán constituidos por personas que representen a instituciones públicas y a organizaciones de la sociedad civil”<sup>80</sup>.

El espíritu de la creación de estos gabinetes parece responder a la visión sistémica de intervención en la realidad planteada para impulsar políticas de desarrollo humano y fortalecimiento de la cohesión social.

### La coordinación territorial

Tal y como se planteó anteriormente, el desarrollo humano es un hecho concreto de la gente y por tanto se produce en la esfera local, por lo que el territorio es un lugar de intervención de todas

<sup>78</sup> Wikipedia 2009

<sup>79</sup> Congreso de la República 2006

<sup>80</sup> Congreso de la República 2006. Art. 12



las políticas sectoriales. Por esto, además de la coordinación intersectorial, las políticas de desarrollo también deben coordinarse a nivel territorial, con la incorporación de las potencialidades o necesidades de la población en un lugar determinado y con base en la heterogeneidad territorial que resulta del proceso de evolución histórica de cada territorio.

La estrategia de desarrollo debería lograr un acercamiento entre la política nacional y sectorial, que transversalice el territorio (desde arriba hacia abajo), y desde el ámbito de desarrollo local<sup>81</sup> (desde abajo hacia arriba), dado los niveles de descentralización y gobernanza<sup>82</sup>, de empoderamiento de la población y las normas de ordenamiento territorial. De esta forma, como indica el INDH 2008, se profundiza la democratización de la sociedad al acercar más el poder público a la ciudadanía; se puede mejorar la equidad intraterritorial e interterritorial al hacer visible las divergencias territoriales; se facilita la eficiencia económica y generar agilidad, transparencia y fiscalización de la ciudadanía usuaria de los servicios y/o beneficiaria de las políticas.

La Ley de Planificación e Inversión Pública también contempla esta coordinación interterritorial y ordena la creación de los Consejos de Desarrollo Regionales, Provinciales y Municipales como elementos básicos del Sistema de Planificación e Inversión Pública. Según el artículo 11 de esta Ley, dichos consejos son “la instancia de participación de los agentes económicos y sociales a nivel del territorio que tienen como función articular y canalizar demandas de los ciudadanos ante el gobierno central y el gobierno municipal. Participarán en la formulación de los Planes Estratégicos de Desarrollo Territorial según corresponda”<sup>83</sup>.

Como se muestra en el Diagrama II.4, el Sistema de Planificación e Inversión Pública estará conformado además de los consejos de desarrollo territoriales por el Consejo de Gobierno (órgano de decisión) y por la Comisión Técnica Delegada y la Secretaría de Estado de Economía, Planificación y Desarrollo (SEEPyD). Estas dos últimas fungirán como organismos técnicos al servicio de los órganos de decisión. Es importante señalar que los consejos de desarrollo territoriales tendrán tan

Diagrama II.3

Organización institucional para una política sistémica e intersectorial de desarrollo



Fuente: ODH/PNUD en base al Decreto 117-09

Diagrama II.4

Integrantes del Sistema de Planificación e Inversión Públicas



Fuente: ODH/PNUD en base a la Ley de Planificación e Inversión Pública No. 498-06

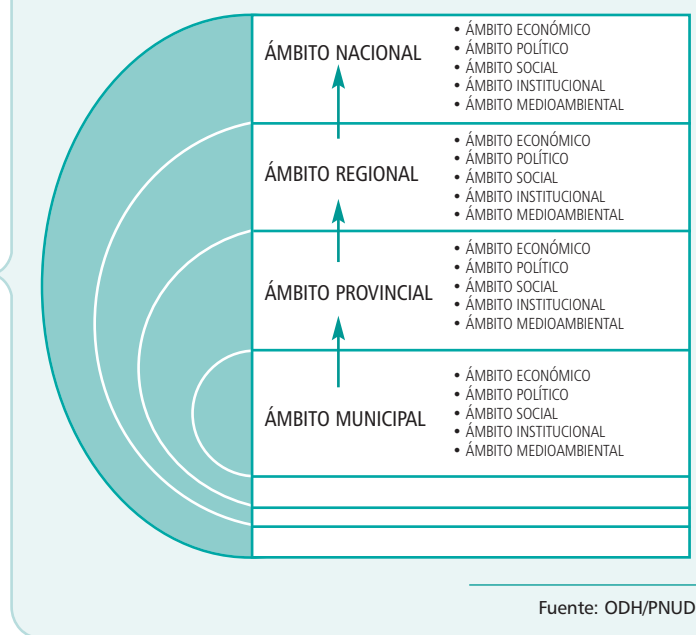
<sup>81</sup> Se refiere a la posibilidad de desarrollo endógeno de un territorio, dado el entorno (política nacional y sectorial).

<sup>82</sup> El conjunto de instituciones y reglas que gobiernan un territorio.

<sup>83</sup> Congreso de la República 2006

## Forma de acción sistémica a nivel intersectorial e interterritorial

Diagrama II.5



solo la capacidad de discutir, promover, proponer y dar seguimiento a las políticas, es decir no tienen la capacidad de decidir, la cual se deja en manos del Consejo de Gobierno y los Ayuntamientos.

Hasta ahora la acción sistémica a través de la legislación existente está pensada y organizada institucionalmente a nivel sectorial y territorial pero es también necesaria la coordinación entre estos dos espacios, tal y como se presenta en el Diagrama II.5. La Ley también prevé esta coordinación y para ello dota a cada consejo de desarrollo territorial de Comisiones Técnicas “a partir de los responsables de las sectoriales representadas en dichos territorios” para “fungir como entidad de apoyo de esos consejos”<sup>84</sup>. La Ley también dota a los consejos de desarrollo territorial con la Comisión Técnica Delegada, que estará conformada por “los subsecretarios de Estado de cada sectorial responsables de las áreas de planificación y desarrollo”<sup>85</sup> (Diagrama II.6).

En definitiva, independientemente de los problemas que pueda tener esta estructura propuesta en la Ley 498-06, existe un régimen que institucionaliza y organiza la acción sistémica necesaria para impulsar el desarrollo humano y fortalecer la cohesión social en el país. El reto es convertir esta ley y sistemas organizativos en realidad.

## II.8 Conclusiones

Del análisis precedente se pueden identificar algunas tendencias de largo plazo en la sociedad dominicana.

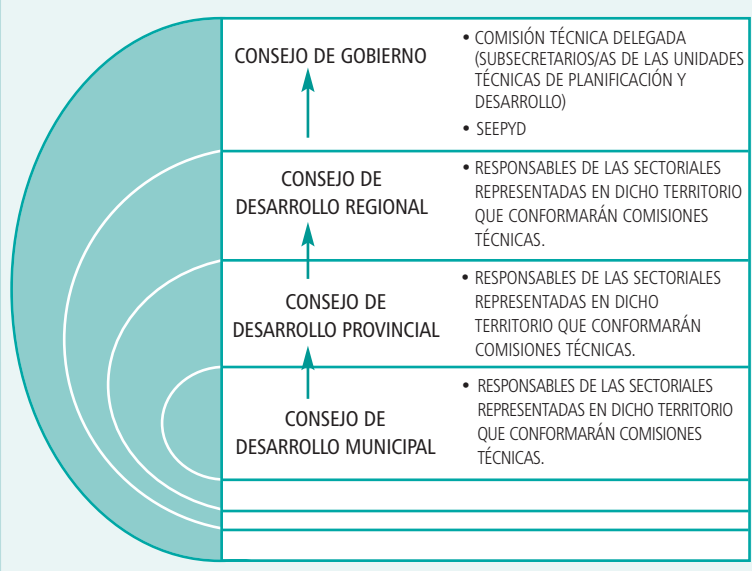
- A lo largo de las últimas décadas ha habido progresos en las condiciones de vida de las personas: los indicadores sociales y de bienestar en general han mejorado, la infraestructura del país también ha mejorado: hay más carreteras, hospitales, comunicaciones. La cobertura educativa es mejor. Sin embargo estos avances registraron una velocidad de progreso menor que los promedios regionales y están por debajo del valor esperado dado los estándares internacionales y la riqueza acumulada por habitante. Además se presentan problemas en la calidad de los servicios y en el mantenimiento de la infraestructura. Este no ha sido un hecho fortuito, es el resultado de la dinámica económica, social e institucional.
- Este retraso relativo en el mejoramiento de las condiciones de vida indica serios problemas de equidad. La situación de inequidad genera una estructura de poder que se reproduce a través de las instituciones y de la cultura política, de manera que aún cuando cambia la dinámica económica se mantiene la dinámica de exclusión social y económica.

<sup>84</sup> Congreso de la República 2006 Art. 14 párrafo III

<sup>85</sup> Congreso de la República 2006 Art. 12

- Se acumulan déficits sociales “tradicionales” y se agregan nuevos déficits sociales, económicos e institucionales con el proceso de globalización, relacionados con nuevas habilidades, un marco legal adecuado, un sólido Estado de derecho, entre otros.
- Los derechos civiles y políticos se han consolidado. No obstante hay un Estado de derecho defectuoso, en donde el acceso a la justicia es débil, muchas instituciones no funcionan adecuadamente y la cultura política se sustenta en el clientelismo que niega el derecho.
- Se agregan nuevos desafíos como resultado del proceso de globalización que demanda una reestructuración del aparato productivo. La globalización significa que la comunicación mundial es en tiempo real, lo que obliga a cambiar la forma de organizar la producción, al mismo tiempo que se ha modificado la fuente de generación eficiente de riqueza. Hoy las fuentes de riqueza sostenible se asocian a la tecnología, al conocimiento y a las habilidades productivas.

**Diagrama II.6** Responsables de la acción sistémica e instituciones técnicas de apoyo



Fuente: ODH/PNUD en base a la Ley de Planificación e Inversión Pública No. 498-06

- En general, en las últimas décadas, con avances y retrocesos, las prácticas en el ámbito social se han caracterizado por una presencia de voluntarismo, falta de articulación, ausencia de planes y programas y ausencia de prioridades, todo ello en desmedro de las políticas de creación de capacidades, generando carencias en las áreas de educación, salud, empleo y seguridad social. No obstante, en los últimos años han habido notables avances, como han sido la Ley de Seguridad Social, la Ley de Salud, los mecanismos de identificación de las personas en condiciones de pobreza y el otorgamiento de subsidios directos, entre otros, que requieren de mejoras y de mayor articulación para convertir el desarrollo humano en una cuestión de derechos y no de poder.

El eje de largo plazo del movimiento económico, social e institucional del país ha sido el crecimiento económico y la exclusión social, al tiempo que el orden institucional y la cultura política reproducen el orden excluyente. Un orden social excluyente en el largo plazo tiende a diluir los lazos de solidaridad, el sentido de pertenencia y la identidad de la población con la Nación. La exclusión social disuelve la cohesión social, es decir, corroe la legitimidad y gobernabilidad del Estado, acentúa las brechas sociales, acelera la individualización y debilita lo público<sup>86</sup>.

**II.8.1 ¿Cuáles son los desafíos?**

- Consolidar el Estado de derecho y convertir el desarrollo humano en una cuestión de derechos y no de poder, como es actualmente.
- Generar cambios en las relaciones de poder que permitan modificar la cultura política e institu-

86 CEPAL 2007

cional, que garanticen participación de la ciudadanía y consoliden el Estado de derecho. Ello implica modificar las relaciones entre la política y la ciudadanía, eliminando el clientelismo como forma dominante de relación.

- Mantener una doble agenda: una para cerrar las brechas tradicionales en materia de empleo, salud, educación, seguridad social, etc. y otra de desarrollo, que implica desarrollar ciudadanía y capacidades para poder beneficiarse del proceso de globalización.
- Rediseñar la política social para crear capacidades y satisfacer las nuevas demandas en una sociedad globalizada: la materialización de los derechos, la protección social y la creación de ciudadanía para apoyar la productividad y la expansión de la base material, acciones afirmativas para los más desfavorecidos, protección contra riesgos y vulnerabilidades en coyunturas difíciles y creación de capacidades para el empoderamiento, la participación y la institucionalidad.
- Fortalecer la cohesión social a través de un Estado solidario.
- Buscar una solución definitiva que organice la presencia haitiana en la República Dominicana, al tiempo que respete los derechos humanos.
- Racionalizar el gasto público y enfrentar las restricciones que impone el servicio de la deuda pública que resultó de las crisis financieras nacional e internacional.

Este informe explora las posibilidades de provocar estos cambios en la sociedad dominicana a través del análisis y recomendación de políticas en los ámbitos de la educación, la salud, el empleo, la seguridad y la asistencia social, la justicia, la migración haitiana y la cohesión social. Se analizan fortalezas y debilidades, se proponen políticas, reforzando las fortalezas y generando cambios necesarios para hacer el desarrollo humano una cuestión de derechos.

## Anexo II.1

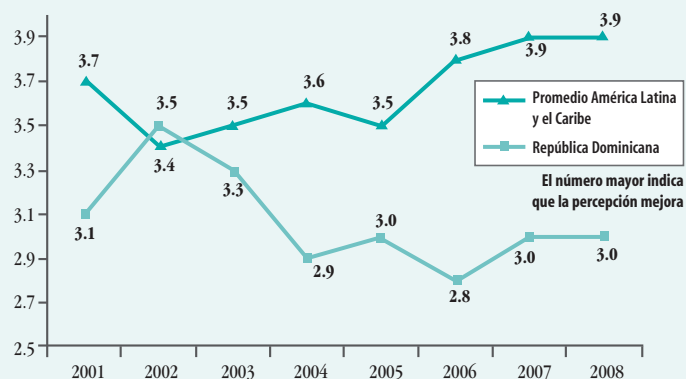
## Índice Global de Competitividad. Pilar de Instituciones, posición de República Dominicana y de los países de Centroamérica entre 134 países, 2008-2009

Indicador	República Dominicana	Guatemala	Honduras	Nicaragua	El Salvador	Costa Rica	Panamá
Instituciones	119	98	82	118	100	50	70
A. Instituciones públicas	119	103	84	118	106	50	78
1.01 Derechos de propiedad	90	87	77	119	82	71	47
1.02 Protección de la propiedad intelectual	73	109	71	113	104	66	48
1.03 Desvío de fondos públicos	127	89	86	111	69	46	77
1.04 Confianza del público en los políticos	121	89	76	126	93	40	100
1.05 Independencia judicial	103	90	91	131	97	31	115
1.06 "Favoritismo" en las decisiones de los funcionarios gubernamentales	132	75	82	123	97	38	93
1.07 Desperdicio en el gasto gubernamental	131	78	92	112	54	41	95
1.08 Peso de la regulación gubernamental	93	32	20	62	51	72	37
1.09 Eficiencia del marco legal	120	99	76	127	95	45	96
1.10 Transparencia en la formulación de políticas gubernamentales	80	61	56	115	72	52	65
1.11 Costo para los negocios del terrorismo	49	101	80	78	116	59	70
1.12 Costo para los negocios de la violencia y el crimen	116	131	117	90	133	108	81
1.13 Crimen organizado	103	132	117	78	134	73	70
1.14 Confiabilidad de los servicios policiales	129	128	104	56	96	84	100
B. Instituciones privadas	121	73	81	107	82	45	56
1. Ética de las corporaciones	119	57	70	110	72	38	59
1.15 Comportamiento ético de las empresas	119	57	70	110	72	38	59
2. Rendición de cuentas	115	90	81	106	79	57	55
1.14 Fortaleza de las prácticas de auditoría y reporte	103	91	81	105	80	64	47
1.15 Eficacia de los consejos de las corporaciones	116	65	86	84	73	41	48
1.16 Protección de los derechos de los accionistas minoritarios	119	108	79	112	90	60	73

Fuente: Foro Económico Mundial

## Anexo II.2

## Percepción de la corrupción en la República Dominicana y América Latina



Fuente: Transparencia Internacional y Participación Ciudadana. Citado por Robert Fannin. Almuerzo de la Cámara Americana de Comercio. 26 noviembre 2008

## Anexo II.3 | Valor esperado para indicadores sociales (salud y educación)

Indicador	Año	Observado	Esperado	Cantidad de países	Posición dominicana **		R <sup>2</sup> *	Ecuación
					PIB PPA Per capita	Variable		
Esperanza de vida, estimación anual (años)	2005	71.5	67	165	85	74	0.594	$y = 6.5361\ln(x) + 10.647$
Probabilidad al nacer de no sobrevivir a los 40 años (% de la cohorte)	2000-2005	10.5	8.4	161	81	68	0.705	$y = 2322x^{-0.645}$
Mortalidad infantil (por cada mil nacidos vivos)	2005	26	22	164	84	86	0.736	$y = 19310x^{-0.778}$
Tasa de mortalidad menores de 5 años (por cada 1,000 nacidos vivos)	2005	31	28	164	84	88	0.740	$y = 44033x^{-0.844}$
Población con saneamiento mejorado (%)	2004	78	71	146	56	66	0.883	$y = 17.977\ln(x) - 85.502$
Población que usa fuentes de agua mejoradas (%)	2004	95	84	150	70	49	0.514	$y = 10.481\ln(x) - 7.5136$
Médicos (por cada 100,000 personas)	2000-2004	84	71	163	84	58	0.623	$y = 0.021x^{0.9331}$
Gasto privado en salud (% del PIB)	2004			164	84	19		No significativa
Gasto público en salud (% del PIB)	2004	2	3.22	164	84	124	0.300	$y = 9E-05x + 2.6726$
Tasa de mortalidad maternal, ajustada (por cada 100,000 nacidos vivos)	2000	150	71.8	153	77	82	0.719	$y = 4E+06x^{-1.254}$
Tasa de mortalidad maternal, reportada (por cada 100,000 nacidos vivos)	1990-2004	180	41	149	76	99	0.460	$y = 4E+07x^{-1.58}$
Muertes maternas ajustada cada 100,000, dado los nacimientos atendidos por personal calificado	2000	150	29	159	35	86	0.616	$y = 6720.1e^{-0.055x}$
Alfabetización (% de población de 15 años y más)	1995-2005	87	89.24	150	79	83	0.534	$y = 11.568\ln(x) - 18.77$
Gasto público en Educación (en % del PIB)	2002-2005	1.8		145	78	141		No significativa
Consumo per cápita de electricidad (kilovatios-hora)	2004	1536	1101	161	84	83	0.773	$y = 0.0219x^{1.2422}$
Petróleo (% del suministro total de energía primaria)		75.1		121	74	9		No aplica

\* Se eligió la curva con mayor coeficiente de correlación para representar la relación.

\*\* La mejor posición la 1.

Nota: Se tomó como indicador de riqueza el PIB de paridad de poder adquisitivo (PPA), calculado por el Banco Mundial para el año 2006 y que aparece en el WDI. No se tomó el dato del PIB PPA del Informe Mundial sobre Desarrollo Humano porque fue objeto de una revisión por parte del Banco Mundial. Los demás datos provienen del Informe Mundial sobre Desarrollo Humano 2007-2008.

Fuente: ODH/PNUD con información del Banco Mundial (WDI) y PNUD 2007-2008

## Anexo II.4 | Tasa bruta de mortalidad, esperanza de vida y tasa de mortalidad infantil

## América Latina y el Caribe

Periodos	Tasa bruta de mortalidad (por mil)	Esperanza de vida al nacer (años)			Tasa de mortalidad infantil (por mil)		
		Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
1960-65	12.4	57.1	55.2	59.2	102.1	111.2	92.5
1965-70	11.0	59.1	57.1	61.2	92.1	100.7	83.2
1970-75	9.8	61.2	58.9	63.6	81.5	90.4	72.1
1975-80	8.7	63.4	60.9	66.0	69.7	78.1	60.9
1980-85	7.8	65.4	62.4	68.6	57.3	63.1	51.3
1985-90	7.1	67.3	64.2	70.6	47.2	52.1	42.1
1990-95	6.6	69.1	65.9	72.5	38.3	42.4	34.0
1995-00	6.2	70.8	67.7	74.0	31.8	35.4	28.1
2000-05	6.1	72.2	69.1	75.4	25.6	28.8	22.2
2005-10	6.0	73.4	70.4	76.6	21.7	24.6	18.7
Cambio en %	-51%	28.5%	27.4%	29.5%	-78.7%	-77.9%	-79.8%
Cambio absoluto	-6.4	+16.3	+15.2	+17.4	-80.4	-86.6	-73.8

## República Dominicana

Periodos	Tasa bruta de mortalidad (por mil)	Esperanza de vida al nacer (años)			Tasa de mortalidad infantil (por mil)		
		Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
1960-65	14.5	53.6	52.1	55.2	123.9	132.1	115.3
1965-70	11.9	57.0	55.4	58.7	109.0	116.9	100.7
1970-75	9.7	59.9	58.1	61.8	95.9	103.3	88.2
1975-80	8.2	62.1	60.3	64.0	86.0	92.7	78.9
1980-85	7.4	64.1	62.1	66.1	75.2	81.6	68.5
1985-90	6.6	66.6	64.3	69.0	62.9	69.1	56.5
1990-95	6.1	69.1	66.5	71.9	47.6	53.0	42.0
1995-00	6.1	70.1	67.3	73.1	41.3	46.5	35.9
2000-05	6.1	71.2	68.1	74.4	34.9	39.7	30.0
2005-10	6.0	72.2	69.2	75.5	29.6	33.7	25.3
Cambio en %	-58%	34.7%	32.7%	36.6%	-76.1%	-74.5%	-78.1%
Cambio absoluto	-8.5	18.6	17.1	20.3	-94.3	-98.4	-90.0

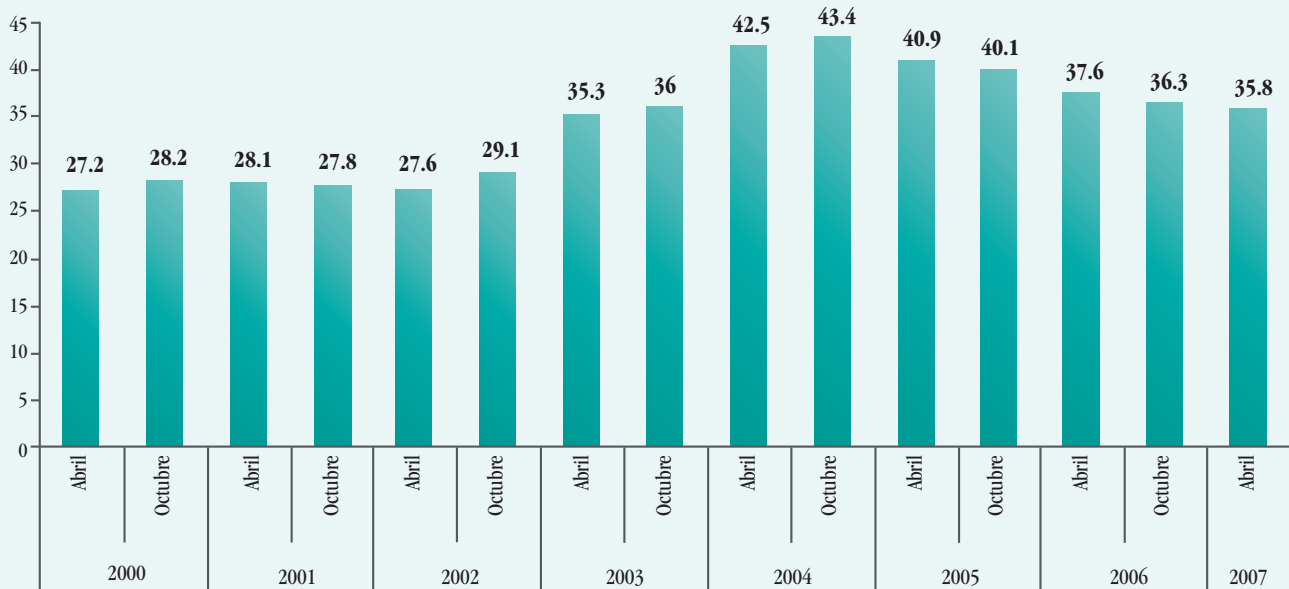
Fuente: CELADE 2007. Observatorio demográfico. Proyección de la población

**Anexo II.5 | Mortalidad infantil, post infantil y en menores de 5 años para un período de 5 años anterior a la realización de la Encuesta ENDESA 2007**

Conceptos	Endesa 2002	Enhogar 2006	Endesa 2007
Mortalidad Infantil (número de muertes X 1,000 nacidos)	31	30	32
Urbana		26	33
Rural		37	31
Post Infantil (número de muertes X 1,000 nacidos que sobreviven hasta los 12 meses)	7	6	5
Urbana		6	4
Rural		5	6
Mortalidad menores de 5 años (número de muertes X 1,000 nacidos)	38	35	36
Urbana		32	37
Rural		42	37

Fuente: ENDESA 2002 y 2007 y ENHOGAR 2006

**Anexo II.6 | Incidencia de la pobreza a nivel nacional, 2000-2007**



Fuente: Banco Mundial y SEEPyD 2008



<b>Anexo II.7   Migración</b>			
<b>Periodos</b>	<b>Migración</b>	<b>Migración anual</b>	<b>Tasa de migración (por mil)</b>
1960-1965	-43,490	-8,698	-2.43
1965-1970	-56,172	-11,234	-2.68
1970-1975	-70,824	-14,165	-2.94
1975-1980	-87,098	-17,420	-3.18
1980-1985	-118,102	-23,620	-3.84
1985-1990	-134,470	-26,894	-3.94
1990-1995	-144,154	-28,831	-3.83
1995-2000	-150,146	-30,029	-3.65
2000-2005	-152,553	-30,511	-3.43
Fuente: ONE 2007			

<b>Anexo II.8   Convenios internacionales en materia de derechos humanos y fecha de ratificación por República Dominicana</b>	
<b>Convenios Internacionales</b>	<b>Fecha de Ratificación por República Dominicana</b>
Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, CDESCR	4 de Enero de 1978
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, CCPR	4 de Enero de 1978
Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, CCPR-OP1	4 de Enero de 1978
Segundo Protocolo Facultativo Destinado a Abolir la Pena de Muerte, CCPR-OP2-OP	No ha firmado
Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, CERD	25 de Mayo de 1983
Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación de la Mujer, CEDAW	2 de Septiembre de 1982
Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, CEDAW (CEDAW-OP)	10 de Agosto del 2001
Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, CAT	4 de Febrero de 1985
Convención sobre los Derechos del Niño, CRC	11 de Junio de 1991
Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del niño, CRC, relativo a la participación en los conflictos armados, CRC-90-AC	9 de mayo del 2002
Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos de los Niños, CRC, relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía, CRC-OP-SC	21 de enero de 2008
Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, MVC	No ha firmado
Fuente: Oficina de la Alta Comisionada de Derechos Humanos 2003	

## Anexo II.9 | Convenios internacionales sobre derechos de las mujeres

- Convención sobre la Nacionalidad de la Mujer (1934)
- Convención Interamericana sobre la Concesión de los Derechos Civiles a la Mujer (1949)
- Convención Interamericana sobre la Concesión de los Derechos Políticos a la Mujer (1949)
- Convención relativa a la lucha contra las Discriminaciones en la Esfera de la Enseñanza (1960)
- Convención sobre el Consentimiento para el Matrimonio, la Edad Mínima para el Matrimonio y el Registro de los Matrimonios (1962)
- Primera Conferencia Internacional de la Mujer "Igualdad, Desarrollo y Paz" (México, 1975)
- Segunda Conferencia Internacional del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer; Igualdad, Desarrollo y Paz de la Mujer (Copenhague, 1980)
- Conferencia Mundial para el Examen y Evaluación de los logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer; Igualdad, Desarrollo y Paz (Nairobi, 1985)
- Convención Interamericana Para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer "Convención de Belén Do Pará" (Brasil, 1994)
- Conferencia Internacional de la Mujer (Beijing, 1995)
- Beijing+5 (2000)
- Beijing+10 (2005)

## Conferencias internacionales sobre desarrollo realizadas en la década de los noventa que abordan aspectos específicos de género

- Conferencia Mundial sobre Educación para Todos (Jomtien 1990-Dakar 2000)
- Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (Río de Janeiro, 1992)
- Conferencia Mundial sobre los Derechos Humanos (Viena, 1993)
- Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994)
- Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995)
- Cumbre del Milenio

Fuente: Elaboración propia con base en Isis Internacional y exploración Web.

## Anexo II.10 | Instrumentos de garantía de la equidad de género y los derechos de las mujeres existentes en el derecho internacional

- Carta de las Naciones Unidas (1945)
- Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)
- Convención sobre Supresión del Tráfico Ilegal de Personas y Explotación de la Prostitución (1949)
- Convención sobre Igual Remuneración por Igual Trabajo (OIT) (1951)
- Convención sobre Derechos Políticos de la Mujer (1952)
- Convención sobre Nacionalidad de las Mujeres Casadas (1957)
- Convención sobre Discriminación con Relación al Empleo y la Ocupación (1958)
- Convención sobre la Discriminación en la Educación (1960)
- Convención sobre la Necesidad de Consentimiento y Edad Mínima para el Matrimonio (1962)
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966)
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)
- Declaración sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (1967)
- Declaración sobre Protección de las Mujeres y Niños en caso de Emergencia y Conflicto Armado (1974)
- La Plataforma de Acción de Beijing (1995)
- Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW, 1979)
- Convención sobre la Igualdad de Oportunidades y de Tratamiento entre Trabajadoras y Trabajadores: Trabajadoras/es con responsabilidades familiares (OIT) (1981)
- Convención contra la Tortura, Castigos o Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes (1985).
- Declaración sobre Violencia contra las Mujeres (1993)
- Declaración de Objetivos de Desarrollo del Milenio (2001)

Fuente: Elaboración propia con base en Isis Internacional y exploración Web.

## Anexo II.11 | Leyes y políticas destinadas a proteger los derechos de las mujeres

### Ámbito Civil

- Ley Sobre Divorcio (modificación del 2003); modifica el artículo 35 de la Ley de 1937 para permitir a la mujer divorciada contraer nupcias de manera inmediata después de pronunciada la sentencia de disolución de su matrimonio.
- Ley No. 1896 sobre el Seguro Social; incluye los riesgos por maternidad. El artículo 50 detalla, respecto a la maternidad, cada beneficio a los que tienen derecho las aseguradas en el embarazo, parto y puerperio.
- Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social; establece el concepto de universalidad en el tratamiento igualitario a toda la ciudadanía y se señala la participación de ambos géneros en los consejos y comités operativos, así como la inclusión como beneficiarias del régimen subsidiado de pensiones a las madres solteras, desempleadas y con hijos menores de edad que carecen de recursos.
- Ley General de Salud del 2001; toma en consideración como grupos prioritarios a las mujeres, principalmente las embarazadas. Además enfatiza todo lo relacionado a la educación para la salud, al derecho a la información, priorización de la atención materna infantil y la prevención de la morbi-mortalidad. Esto es apoyado en el Código de Trabajo y en el de Salud donde existen disposiciones sobre la atención materno-infantil.
- Ley 8-95 sobre lactancia materna
- Código de Trabajo (1992), Ley 116/92. Sustitución y modificación al Código con las leyes No. 4099 de 1955 y 103/99 de ese año. Regulación oficial de la protección de la maternidad. En estos se detallan los tiempos reglamentarios pre y post natal, indemnización por despido, cuidado del empleador en el período de gestación y los beneficios correspondientes a la lactancia y al cuidado del niño en su primer año. Contempla la inclusión de toda empleada o trabajadora que quede en estado de embarazo al reposo y la protección pre y post natal, ya sea del Estado, o de sus instituciones u organismos autónomos, del Consejo Administrativo, Ayuntamientos, así como de persona, empresa o entidad particular.
- La Ley 66-97 de Educación que consigna “educar para el conocimiento de la dignidad y la igualdad de derechos entre hombres y mujeres”.
- La Ley 55-97 sobre Reforma Agraria; contempla una justa distribución de parcelas y una idónea selección de agricultoras y agricultores escogidos de acuerdo a las disposiciones de ésta.
- Ley 14-94 que crea el Código para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes.
- Código de Comercio. Modificaciones y disposiciones de Ley 3-02 del 2002. Especifica que la mujer casada que ejerza el comercio puede realizar transacciones de compromiso, hipotecas y ventas de sus inmuebles, excepto cuando son bienes dotales y se ha casado bajo este régimen. El título de la quiebra en lo referente a los derechos de las mujeres, y en el caso de que ésta suceda, contempla el que puedan recobrar sus inmuebles, mobiliarios y pago de deudas del esposo, siempre que aporten las pruebas de identidad.

### Ámbito Penal

- Ley 24-97 sobre violencia intrafamiliar
- Ley 605-95 de ratificación de la Convención celebrada en Belem Do Pará.
- Ley 88-03 sobre Casas de Acogidas o Refugios.
- Ley 136-03. Nuevo Código del Menor. De agosto del 2003.

### Ámbito Político

- Ley Electoral No. 275-97y modificada por las leyes 12-00 y 2-03.
- Ley 13-2000 que modifica la Ley 3455 de 1952 sobre Organizaciones Municipales. La Ley 12-00 del 2000 modifica su artículo 68 y sustituye la proporción del 25.0% a 33.0% cuando se traten de los cargos de diputados como asignación de la mujer a los mismos. Igual proporción se incluirá para los cargos municipales, con excepción del Síndico. La Ley 13-2000 amplía la ley 3455 de Organización Municipal, al introducir el Párrafo II en el artículo 5, donde se especifica que en la boleta electoral municipal de todos los partidos debe incluirse una mujer en los puestos de Síndico o Vicesíndico.

### En Términos de Políticas Públicas y Administrativo

- Ley 86-99 que crea la Secretaría de Estado de la Mujer.

### Ámbito Civil

- La Conferencia de Beijing de 1995 jugó un papel de gran influencia, a través de su mandato de fortalecimiento de todos los mecanismos de la mujer existentes en América Latina, así como otros factores internos, como fueron la voluntad política y compromiso desde la entonces Dirección General de Promoción de la Mujer (DGPM). Y por otro lado, el apoyo y trabajo conjunto del movimiento de mujeres.
- Formulación del Plan Nacional de Equidad de Género (PLANEG) como instrumento nacional de planificación estratégica y gerencia de la Secretaría de Estado de la Mujer.
- Ley 61-93 que declara el 25 de noviembre como Día de la No Violencia contra la Mujer.
- Decretos 68-94 y 66-95 que crean el Comité de Mortalidad Materna y la Comisión de Coordinación y apoyo a la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer.

Fuente: Elaboración propia a partir de recopilación hecha en un documento (inédito) de la Secretaría de Estado de la Mujer (SEM) y con base en exploración en la Web.

## Anexo II.12 | Instrumentos legales que contribuyen a la protección de derechos y disminución de riesgos

Leyes	Decretos
Constitución de República Dominicana	Decreto que crea e integra los Gabinetes de Política Institucional, Política Económica, Política Social y Política Medioambiental y Desarrollo Físico, No. 1082-04
Ley General de Salud, No. 42-01	Decreto que da nuevas funciones al Gabinete de Coordinación de la Política Social, No. 570-05
Ley de Seguridad Social, No. 87-01	Decreto que crea el programa Solidaridad dentro de la Red de Protección Social, No. 536-05
Ley sobre VIH/SIDA, No. 55-93	Decreto que crea la Administradora de Subsidios Sociales, s No. 1560-04
Ley sobre Drogas y Sustancias Controladas de República Dominicana y sus modificaciones.	Decreto que establece el Consejo de la Sociedad Civil, No. 1251-04
Ley sobre Salud Mental, No. 12-06	Decreto que establece el Programa de Protección Social, No. 1554-04.
Ley sobre Violencia Intrafamiliar, No. 24-97	Decreto que crea el Sistema Único de Beneficiarios, No. 1073-04
Ley sobre Discapacidad, No. 42-00	
Ley sobre Discapacidad, No. 42-00	
Código para el Sistema de Protección y los Derechos Fundamentales de los Niños, Niñas y Adolescentes, Ley No. 136-03	
Ley que crea la Secretaría de Estado de Economía, Planificación y Desarrollo, SEEPyD, en tanto crea, regula y da seguimiento a los órganos de participación de la sociedad civil en materia de políticas públicas a nivel central, No. 496-06	
Ley Orgánica de Educación, No. 66-97	
Código de Trabajo de República Dominicana, No. 16-92	
Ley que crea la Secretaría de Estado de la Mujer, No. 86-99	
Ley sobre Protección de la Persona Envejeciente, No. 352-98	
Fuente: Oficina de la Alta Comisionada de Derechos Humanos 2003	

### Anexo II.13 Marco regulatorio del subsistema de la política social (en orden cronológico)

- Decreto No. 28-01 que crea los Gabinetes Operativos para las tres grandes áreas del quehacer del Estado: política económica, social e institucional.
- Decreto No 279-01 que modifica la estructura organizacional del Gabinete de política Social.
- Decreto No. 405-01 que crea la Comisión de Coordinación y Seguimiento de la Política Social del Gobierno.
- Decreto No. 466-01 que establece el Gabinete Social, organización que tiene como propósito básico diseñar y, en segunda instancia, ejecutar la política social del gobierno a través del conjunto de unidades operativas.
- Decreto No. 1073-04 que declara de alto interés nacional el establecimiento del Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN), encargado de identificar a las familias que serán elegidas para recibir los beneficios de los programas sociales y subsidios que se efectúen con recursos públicos. Agosto 31 del 2004.
- Decreto No. 1082-04 que crea e integra los Gabinetes de Política Institucional, de Política Económica, de Política Social y de Política Medioambiental y Desarrollo Físico. Septiembre 3 del 2004.
- Decreto No. 1251-04 que integra miembros a los Gabinetes de Política Social y de Coordinación de la Política Medioambiental y Desarrollo Físico, y establece un Consejo Consultivo de la Sociedad Civil, que tendrá como misión coadyuvar al Gabinete de Política Social en la formulación de sus planes y programas. Septiembre 22 del 2004.
- Decreto No. 1554-04 que establece el Programa de Protección Social, con el propósito de proteger contra riesgos a la población en pobreza extrema y a la población en situación de vulnerabilidad social. Diciembre 13 del 2004.
- Decreto No. 1560-04 que establece la creación de la Administradora de Subsidios Sociales (ADESS). Diciembre 16 del 2004.
- Decreto No. 143-05, dispone que la identificación de los beneficiarios del Régimen Subsidiado en Salud tendrá transitoriamente como base la ficha y los procedimientos técnicos del Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN). Marzo 21 del 2005.
- Resolución GASO N° 2 del Dr. Rafael Alburquerque, Vicepresidente de la República, en función de Coordinador del Gabinete de Política Social, que reglamenta el Gabinete de Políticas Sociales y a aquellas entidades y organismos adscritos, de acuerdo a lo previsto en el artículo 4° del Decreto 1082-04.
- Decreto No. 536-05 que crea el Programa Solidaridad dentro de la Red de Protección Social, y dicta otras disposiciones. Septiembre 26 del 2005.
- Decreto No. 570-05 que otorga nuevas facultades al Gabinete de Coordinación de la Política Social y crea en su ámbito la "Comisión de Racionalización y Reestructuración del Sector Social", Octubre 11 del 2005.
- Decreto No. 426-07 que crea el Sistema Único de Beneficiarios como una entidad del Gabinete de Coordinación de Política Social, adscrita al Poder Ejecutivo. Agosto 18, 2007.

### Anexo II.14 | Miembros de los Consejos Municipales del Consejo Consultivo del Gabinete Social

- Un representante de la Iglesia Católica
- Un representante de las iglesias evangélicas
- Un representante de redes de organizaciones comunitarias de base
- Un representante de redes de organizaciones no gubernamentales
- Un representante de redes de universidades y/o sus centros de investigación
- Un representante de asociaciones empresariales
- Un representante de asociaciones de microempresarios
- Un representante del sector cooperativista organizado
- Un representante del sector sindical
- Un representante de las organizaciones de personas con discapacidad
- Un representante del sector de los productores agrícolas organizados
- Un representante de redes y/o consorcios intersectoriales

Fuente: Reglamento del Consejo Consultivo del Gabinete Social. Año 2001

Anexo II.15 | Espacios de coordinación intersectoriales e intrasectoriales con sus integrantes y misión

Consejos	Integrantes	Misión
<p>Consejo Nacional de Seguridad Social</p>	<p><u>Sector Gubernamental</u>                      SET                      SESPAS                      IDSS                      INAVI                      Banco Central  <u>Sector Gremial</u>                      Colegio Médico Dominicano (CMD)                      Profesionales y técnicos del sector salud                      Sector empleador                      Sector laboral                      Gremios de enfermería                      Profesionales y técnicos                      Discapacitados, indigentes y desempleados                      Trabajadores de la microempresa</p>	<p>Tiene a su cargo la dirección y conducción del SDSS y, como tal, es el responsable de establecer las políticas, regular el funcionamiento del sistema y de sus instituciones, garantizar la extensión de cobertura, defender a los/as beneficiarios/as, así como velar por el desarrollo institucional, la integralidad de sus programas y el equilibrio financiero del SDSS.</p>
<p>Consejo Nacional de Discapacitados. (CONADIS)</p>	<p><u>Sector Gubernamental</u>                      Presidencia de la República.                      SESPAS                      SEE                      INFOTEP                      SET                      IDSS                      SEOPC                      SEDEFIR                      SEA                      Personas con discapacidad                      Instituciones de personas con discapacidad visual                      Instituciones de personas con discapacidad motora                      Instituciones de personas con discapacidad auditiva                      Instituciones de personas con discapacidad mental                      Sector servicios a personas con discapacidad.                      Instituciones de servicios a personas con discapacidad mental                      Instituciones de servicios a personas con discapacidad motora                      Instituciones de servicios a personas con discapacidad auditiva                      Instituciones de servicios a personas con discapacidad visual</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Dictar, evaluar y velar por el cumplimiento de las políticas en las diferentes áreas de intervención de la presente ley.</li> <li>2.- Velar por la aplicación y actualización de la presente ley.</li> <li>3.- La observancia del respeto a los derechos de las personas con discapacidad.</li> <li>4.- Procurar la eliminación de toda forma de discriminación hacia las personas con discapacidad.</li> <li>5.- Planificar y supervisar la ejecución de programas dirigidos a alcanzar la plena integración de las personas con discapacidad a la sociedad.</li> </ol>
<p>Consejo Nacional de Drogas</p>	<p>Junta Directiva de siete miembros con reconocida vocación de servicios y solvencia moral</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Asesorar al Poder Ejecutivo en la problemática de las drogas en República Dominicana.</li> <li>2.- Diseñar, revisar, desarrollar e implementar la estrategia y campaña nacional contra el consumo, distribución y tráfico de drogas en República Dominicana.</li> <li>3.- Proporcionar la coordinación de todos los sectores públicos y privados para detener el tráfico ilícito de drogas a nivel nacional.</li> <li>4.- Velar por el mantenimiento, protección y cuidado de los bienes incautados por violación a Ley No.50-88 y sus modificaciones.</li> </ol>

Continuación Anexo II.15   Espacios de coordinación intersectoriales e intrasectoriales con sus integrantes y misión		
Consejos	Integrantes	Misión
Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia	Presidente/a del CONANI SEE SESPAS SEM SET Procuraduría General de la República Liga Municipal Dominicana Dos representantes de las ONGs del área de infancia Iglesia Católica Iglesia evangélica Sector empresarial Sector sindical	Es el órgano administrativo del Sistema Nacional de Protección de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia. El Sistema Nacional de Protección, se define como el conjunto de instituciones, organismos y entidades, tanto gubernamentales como no gubernamentales, que formulan, coordinan, integran, supervisan, ejecutan y evalúan las políticas públicas, programas y acciones en los niveles nacional, regional y municipal para la protección integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes.
Consejo Presidencial del Sida (COPRESIDA)	SESPAS IDSS STP SEE SEESCyT Cuerpo Médico y Sanidad de las Fuerzas Armadas CONEP Coalición ONG/SIDA Un representante electo de la Red de personas que viven con VIH	Dictar políticas, velar por el cumplimiento de la Ley 55-93, así como de su reglamento. Articular esfuerzos y canalizar recursos de fuentes nacionales e internacionales.
Consejo Nacional de Salud	SEPSPAS Secretaría de Estado de Medio Ambiente y Recursos Naturales CONARE SEESCyT Colegio Médico Dominicano (CMD) Asociación Nacional de Clínicas y Hospitales Privados UASD Instituto Nacional de la Salud, INSALUD SET SEEPyD Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud Liga Municipal Dominicana Secretaría de Estado de las Fuerzas Armadas Instituto Nacional de Aguas Potables y Alcantarillado, INAPA Instituto Dominicano de Seguro Social, IDSS PROFAMILIA SEE	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Proveer asesoría a la SESPAS en la formulación y evaluación de políticas y estrategias y en el desarrollo de planes nacionales de salud de carácter sectorial e institucional.</li> <li>2.- Establecer mecanismos de coordinación, comunicación e información entre las instituciones que conforman el sector.</li> <li>3.- Asesorar al Poder Ejecutivo, vía SESPAS, sobre la necesidad y viabilidad de proponer al Congreso Nacional la ratificación de convenciones o convenios internacionales en materia de salud.</li> <li>4.- Asesorar a la SESPAS en la formulación del Plan Decenal de Salud.</li> <li>5.- Velar por el cumplimiento de los lineamientos normativos del Reglamento de la Ley 42-01.</li> <li>6.- Identificar factores y necesidades que afectan los servicios de salud a nivel nacional y proponer medidas correctivas o de gestión correspondientes a la SESPAS.</li> <li>7.- Promover la uniformidad de la legislación nacional en materia sanitaria, con las políticas, resoluciones y otras disposiciones emanadas de los convenios o acuerdos internacionales, bilaterales o multilaterales, de los cuales la Nación haya sido signataria.</li> <li>8.- Evaluar, cuando lo considere de lugar, las políticas nacionales, regionales y locales de salud, así como los programas y proyectos desarrollados en el proceso de implementación.</li> </ol>

## Continuación Anexo II.15 | Espacios de coordinación intersectoriales e intrasectoriales con sus integrantes y misión

Consejos	Integrantes	Misión
<p>Consejo Nacional de la Persona Envejeciente</p>	<p>SESPAS                      SEE                      Secretaría de Estado de Cultura (SEC)                      IDSS                      SET                      SEOPC                      SEEPyD                      UASD                      Un representante de las ONG que trabaje directamente con la población envejeciente                      Un representante de la Asociación Médica Dominicana                      Un representante de la Iglesia Católica                      Un representante de la población envejeciente                      Un representante del Colegio Dominicano de Periodistas                      Un representante del CONEP</p>	<p>Actúa como organismo oficial en materia de definición y ejecución de políticas nacionales sobre la población envejeciente. Tiene competencia sobre instituciones públicas y privadas de atención a los envejecientes que tengan reconocimiento legal.</p>



seguridad social  
empleo justicias  
asistencias social  
desarrollo humano  
justicias salud educación  
políticas social  
inmigración haitiana  
cohesión social  
asentamientos humanos  
justicias salud empleo  
derechos educación  
asistencias social  
desarrollo humano

Capítulo III

Educación

**inmigración haitiana**  
cohesión social  
asentamientos humanos  
justicias salud empleo  
**derechos educación**  
asistencias social  
**seguridad social**  
empleo justicias  
**asistencias social**  
desarrollo humano  
justicias salud educación  
políticas social  
**desarrollo humano**

### III.1 Introducción

---

La educación es el medio principal de construcción de valores de una sociedad. A través de ella se siembran principios, normas, visiones y se construye el ideal simbólico de una sociedad<sup>1</sup>. La educación tiene un valor intrínseco e instrumental, que incide en todas las dimensiones de la actividad humana. Por sí misma no es suficiente para determinar el grado de bienestar que se puede alcanzar, pero es una condición indispensable. Es un elemento constitutivo del desarrollo humano, porque es una capacidad esencial que abre las puertas a otras capacidades y la desigualdad en el acceso a esta capacidad provoca la desigualdad en el resto de las capacidades. Por lo tanto es un elemento esencial en una estrategia de desarrollo humano para construir cohesión social.

En este capítulo se hace una revisión de todo el sistema educativo, con especial énfasis en su carácter sistémico. Está compuesto por 15 apartados. Se inicia con una breve revisión del marco teórico que destaca la relación entre desarrollo humano y calidad de la educación. Sigue una evaluación de un conjunto de indicadores sobre la calidad de la educación dominicana. Se revisan las principales características del nivel inicial, básico y media. Posteriormente se discute la situación de la escuela privada a partir de una categorización de las escuelas realizada por la Secretaría de Educación Pública (SEE). Se analizan los recursos disponibles en la escuela y el aula, la descentralización del sistema educativo, el financiamiento, el marco legislativo y las políticas del sistema escolar. Se analiza la situación de la educación superior, para concluir en un conjunto de propuestas de políticas.

### III.2 El desarrollo humano y la educación

---

El desarrollo humano establece una clara distinción entre fines y medios. Los fines nos refieren al bienestar de las personas mientras que los medios nos refieren a los recursos, al ingreso, las tecnologías, las instituciones, etc. Los medios son importantes sólo en la medida en que contribuyen a mejorar las condiciones de vida de las personas que son los fines del desarrollo. El desarrollo exige la eliminación de las principales fuentes de privación de libertad que impiden estar bien, tales como<sup>2</sup>: la pobreza y la tiranía, la escasez de oportunidades económicas y las privaciones sociales sistemáticas, el abandono en que pueden encontrarse los servicios públicos, la intolerancia o el exceso de intervención de un Estado represivo y el clientelismo político, entre otros. La educación, en el enfoque de capacidades de Sen, es un fin como elemento constitutivo del bienestar humano (saber leer, estar educado) y es un medio para tener logros en la vida.

Esta diferencia entre medios y fines de la educación tiene un paralelismo con la discusión llevada por Sen<sup>3</sup> sobre la acumulación de ‘capital humano’ y la expansión de la ‘capacidad humana’. El primer concepto se centra en el empoderamiento de las personas para hacer y producir cosas, por medio de sus habilidades, conocimientos y esfuerzos. El segundo se centra en la habilidad para llevar el tipo de vida que se considera valiosa e incrementar las posibilidades reales de elección. Ambas

---

1 “Nada es más crucial para la democracia que la educación. En la educación primaria y secundaria los jóvenes adoptan, en una edad crucial, hábitos mentales que les acompañarán durante el resto de sus vidas. Aprenden a formular preguntas o a no hacerlo; a fiarse de lo que oyen o a investigar más en profundidad; a imaginar la situación de una persona diferente o a ver a dicha persona como una amenaza en potencia para sus propios proyectos; a pensar en sí mismos como miembros de un grupo homogéneo, o como ciudadano de una nación y un mundo conformados por personas y grupos diferentes, todos ellos merecedores de respeto y comprensión”. Martha Nussbaum 2009. India. Democracia y violencia religiosa. Paidós Estado y Sociedad. España. p. 302

2 Sen 2000, p.19

3 Sen 2000, p. 350-354

## Educación de calidad **Recuadro III.1**

No solamente es importante el acceso a la educación, sino que esta debe ser de calidad. Para la UNESCO, una educación de calidad debe ser pertinente, relevante, equitativa, eficaz y eficiente, esto es:

- **Relevancia**, promoviendo aprendizajes que consideren las necesidades del desarrollo de las personas y de las sociedades.
- **Pertinencia**, haciendo que el aprendizaje sea significativo para personas de distintos contextos sociales y culturas.
- **Equidad**, proporcionando a cada quien los recursos y ayudas que necesita para estar en igualdad de condiciones de acceder a la educación, continuar sus estudios y desarrollar al máximo sus capacidades.
- **Eficacia**, alcanzando las metas relacionadas con la relevancia, la pertinencia y la equidad.
- **Eficiencia**, asignando y utilizando los recursos de forma adecuada para lograr los objetivos propuestos”.

Fuente: UNESCO

perspectivas están relacionadas —señala Sen— porque se ocupan del papel de los seres humanos y, en particular, de las habilidades efectivas que éstos logran y adquieren, pero el patrón de medida de la evaluación centra la atención en logros diferentes. En efecto, como capital humano, la persona se valora como cualquier otra forma de capital, según su aporte al producto, mientras que la educación como capacidad humana, el ámbito de evaluación nos refiere a las condiciones y a la calidad de vida de la persona.

Por ejemplo, un programa de educación para envejecientes no tendría sentido desde la perspectiva del capital humano, ya que éste le asigna un valor a la vida de las personas sólo en la medida en que produce utilidades. Sin embargo, desde la perspectiva de desarrollo humano sí tendría sentido en la medida en que puede mejorar la calidad de vida de las personas, independientemente de su aporte productivo. Una persona puede beneficiarse de la educación por la posibilidad de leer, argumentar, comunicar, participar, dialogar, concertar en grupos que desarrollen procesos que permitan un mayor acceso a las oportunidades a lo largo de la vida, elegir entre opciones con mayor información, ser tenida en cuenta más seriamente por otros, y así sucesivamente. De modo que los beneficios de la educación son mayores que su función de capital humano en la producción de bienes. La perspectiva más amplia de capacidad humana puede abarcar —

y valorar— estas funciones adicionales, que no considera el capital humano<sup>4</sup>.

La educación, desde esta perspectiva multidimensional, se entiende como un derecho humano y como bien público irrenunciable e indispensable para el pleno desarrollo del ser humano<sup>5</sup>, el cual a su vez hace posible el ejercicio de otros derechos (políticos, civiles y sociales) y, en consecuencia, de la ciudadanía. Como un derecho, consagrado incluso en la Constitución dominicana, se diferencia de un servicio, por cuanto el Estado tiene la obligación de respetar, asegurar, proteger y promover. Como un servicio, la educación puede ser diferida, pospuesta y hasta negada, mientras que un derecho es exigible y justiciable por las consecuencias que se derivan de su violación o irrespeto<sup>6</sup>. Es por esta razón, entre otras, que este informe sostiene que el desarrollo humano debería ser una cuestión de derechos y no de poder.

En adición a la doble dimensión de la educación como capacidad humana y como derecho, la educación tiene un rol principal en la estrategia de desarrollo humano asentada en la eficiencia, la equidad, y el empoderamiento.

Las fuentes de la eficiencia son el conocimiento, las habilidades y la tecnología; las cuales tienen sus fundamentos en la educación, que es una capacidad portada por las personas. De forma que los determinantes de las condiciones de vida (nutrición, desarrollo cognitivo, salud, etc.) influyen en los logros educativos y viceversa, lo cual induce a un aumento de la eficiencia. De ahí que las condiciones de vida de las personas y la eficiencia productiva, forman parte de un mismo proceso.

<sup>4</sup> Sen 2000, p. 350

<sup>5</sup> UNESCO 2008, p. 14

<sup>6</sup> UNESCO 2008, p. 15

### Recuadro III.2 La inequidad de género

#### Algunos atributos estereotipados de género

Masculino	Femenino
Fuerte	Débil/delicada
Racional	Emotiva
Inteligente	Intuitiva
Objetivo	Subjetiva
Activo	Pasiva
Agresivo / violento	Suave, cariñosa
De la calle	Del hogar
Ámbito público	Ámbito privado
Producción biológica, material y cultural	Reproducción biológica y cultural

Tradicionalmente, se han asignado roles diferenciados a los hombres y mujeres en función de la división sexual del trabajo. Estos roles de género son las características y funciones que se le atribuyen social y culturalmente a hombres y mujeres en un tiempo histórico determinado, los cuales son transmitidos formal e informalmente, se reproducen de generación en generación, indican cómo debe ser la mujer y cómo debe ser el hombre y lo que puede o no puede hacer cada género, y establece las normas y prescripciones sociales que definen lo masculino y lo femenino.

La división sexual del trabajo y los desiguales roles de género se manifiestan en distintos aspectos de la vida social, en la familia y los roles familiares, en la sexualidad de hombres y mujeres,

en el predominio masculino y exclusión femenina de los espacios de poder y decisión, entre otras dimensiones. En la familia, la escuela, las iglesias, el ambiente laboral, los medios de comunicación, el lenguaje, los símbolos, entre otros medios, se transmiten los estereotipos de género, presentando como naturales las desigualdades.

A los hombres se les vincula a roles productivos y al espacio público, mientras a las mujeres a roles reproductivos y al espacio privado. Estas características diferenciadas, asignadas de manera dicotómica a hombres y mujeres, conllevan roles estereotipados de género que al vincularlos a la función sexual biológica, los hacen parecer como algo "natural". Es decir, los roles se transforman en estereotipos de género, que fortalecen y promueven la desigualdad entre hombres y mujeres, reproducen jerarquías entre éstos, a la vez que condicionan y limitan las posibilidades de cambio en los roles de hombres y mujeres.

A partir de la división del trabajo se asigna a la mujer el trabajo reproductivo (no remunerado y de poca valoración social) y al hombre el trabajo productivo (remunerado y valorado social y económicamente). Esto conlleva a que los trabajos domésticos, de cuidado en la familia y comunitario, tradicionalmente vistos como función natural de la mujer, aunque necesarios en la sociedad, no son valorados económicamente. De igual manera, esta división sexual del trabajo lleva a que los espacios de decisión y poder son mayoritariamente ocupados por los hombres, al mismo tiempo que en ámbito productivo, las condiciones de trabajo entre hombres y mujeres sean también desiguales.

Considerando que las relaciones de género y las desigualdades que surgen entre hombres y mujeres son construcciones sociales e históricas, éstas puedan ser revisadas, modificadas y superadas.

Fuente: ODH/PNUD

La equidad es la garantía para que las personas tengan acceso a las oportunidades y capacidades, lo cual está consagrado como derecho. La equidad se logra mediante acciones deliberadas y específicas, que igualan las oportunidades de todas las personas. No se trata de igualdad de resultados sino de oportunidades. La equidad entre generaciones y al interior de estas y particularmente, la equidad de género, ocupan un lugar central en el enfoque de Desarrollo Humano.

La educación tiene un rol determinante en el acceso efectivo a las oportunidades en cuanto habilita para el diálogo, la participación, la movilización en la demanda de la materialización de derechos<sup>7</sup> y como capacidad, se porta individualmente pero se construye socialmente, a través de las políticas públicas que definen el sistema educativo.

El papel del Estado es promover mediante las políticas públicas los procesos y situaciones necesarias para que esas capacidades se alcancen sin discriminaciones; su responsabilidad es garantizar una cobertura y una calidad educativa que facilite a las personas alcanzar lo que valoran en la vida y que al mismo tiempo sirva para crear ciudadanía (Recuadro III.1). La no materialización de estos derechos hace que el sistema educativo, que es una construcción social y deliberada, no contribuya a la cohesión social y reproduzca el orden de inequidad social. En esas circunstancias, frente a un

7 ODH/PNUD 2008

estado de derecho deficiente, es el empoderamiento y la movilización social quienes determinan el acceso efectivo a las oportunidades. De esta forma empoderamiento, equidad y eficiencia forman parte de un solo proceso de desarrollo humano.

Finalmente, la equidad no está completa sin la igualdad de género, pues una gran parte de las mujeres viven en desventajas frente a los hombres por la forma de socialización, la definición de roles estereotipados de género y la división sexual del trabajo establecida por la sociedad, la cultura, la religión y las diversas instituciones políticas y económicas, las cuales necesitan ser transformadas, donde el proceso educativo tiene un rol fundamental.

Las desigualdades de género se reproducen a través del sistema educativo, tanto en la transmisión de roles estereotipados de género y en la discriminación directa e indirecta, las cuales se manifiestan en el currículo explícito (donde se describe el proyecto educativo de un país e incluye la perspectiva pedagógica, los propósitos, los contenidos, las estrategias, actividades de enseñanza, entre otros); en el currículo oculto (los mensajes transmitidos en la escuela sin mediar una pretensión explícita de cuya transmisión pueden no ser conscientes docentes y estudiantes) y en el currículo omitido (los contenidos frecuentemente ausentes de la distribución del espacio y el uso de recursos), (Recuadro III.2).

### **III.2.1 El desarrollo humano y la calidad de la educación**

Se puede afirmar que las naciones con mayor desarrollo humano y tecnológicamente más avanzadas, han contado con un eficiente sistema educativo. Una lección aprendida en estos procesos de desarrollo es que requiere priorizar una escuela de calidad para todas las personas. Hasta ahora, los mayores esfuerzos en las políticas públicas se han concentrado en mejorar la cobertura, ámbito en el cual se han registrado progresos notables en el país e internacionalmente, pero poco se ha avanzado en la calidad. Las comparaciones internacionales se limitan a mirar la cobertura, ya sea por la falta de información o por la dificultad de definir la calidad. No obstante las diferencias de opiniones, existen tres principios ampliamente compartidos para lograr una mayor calidad educativa: necesidad de una mayor pertinencia, mayor equidad en el acceso y los resultados, y mayor respeto de los derechos de las personas (UNESCO. UNICEF, 2005).

Los avances en materia de cobertura se han hecho bajo el predicamento de que los años de escolaridad representan un indicador del nivel promedio de educación, bajo lo cual subyace la idea de que es lo mismo cursar la educación media en Costa de Marfil o en Singapur. Aún más, en los Objetivos del Milenio se ha establecido como un objetivo garantizar que el 100% de la población haya completado los 8 años de primaria, sin establecer diferencias en los resultados de los sistemas educativos.

Diferentes mediciones han establecido una correlación entre calidad de los recursos humano y el desarrollo económico, concluyendo que los años de escolaridad no necesariamente promueven el desarrollo económico, sino que es la calidad del recurso humano el factor decisivo, lo que explícitamente destaca la importancia de la calidad del sistema educativo para el crecimiento económico<sup>8</sup>. Para el Programa de Promoción de la Reforma Educativa en América Latina y el Caribe (PREAL)

---

<sup>8</sup> El trabajo econométrico pionero de Eric Hanushek y Ludger Wobmann, ampliamente difundido en la actualidad, establece que si bien no existe una correlación entre crecimiento económico y los años de escolaridad, sí existe una evidente relación entre crecimiento y la calidad de la escuela. Las conclusiones de estos econométricos han motivado que el BID haya iniciado una línea de investigación sobre la calidad de la educación en la región. Véanse Eric Hanushek y Ludger Wobmann, *The Role of School Improvement in Economic Development*, World Bank Research Working Paper 4122, February 2007 y también a Eric A. Hanushek y Dennis D. Kimko, *Schooling, Labor-Force Quality, and the Growth of Nation*, *American Economic Review*, December 2000.

el asunto es evidente y ha llegado a estimar que alrededor de un 40% del diferencial en las tasas de crecimiento entre los países latinoamericanos y asiáticos, se explica por la calidad de la escuela primaria en estos últimos<sup>9</sup>.

A pesar de la debilidad del indicador de cobertura, en República Dominicana hay evidencias empíricas que muestran que en el ámbito provincial existe una relación entre cobertura educativa, falta de ingreso y pobreza. En efecto, el INDH 2008 mostró que en las provincias donde la pobreza es más acentuada, la tasa de matriculación en educación media es menor. Además evidenció que a mayor privación educativa menor calidad de vida disfrutaban las personas en su edad productiva, ya que en las provincias donde las personas mayores de 14 años tienen menos niveles de escolaridad, también registran ingresos per cápita inferiores<sup>10</sup>.

En el INDH 2008<sup>11</sup> se argumentó que la educación como institución reproduce y multiplica el orden de inequidad de la sociedad dominicana al no poder garantizar a la ciudadanía el mismo acceso a las oportunidades. “Las personas que nacen en pobreza estarán siempre en desventaja, ya que tienen mayor propensión a no desarrollar habilidades cognitivas en los primeros meses de vida, asisten a escuelas de menor calidad, tienen menos acceso a servicios de salud y disfrutan de muy poca protección frente a adversidades naturales o económicas e incluso crisis familiares; por lo cual terminan como personas adultas con muy poca capacidad para salir de la pobreza. A su vez, la educación media es la que permite salir de la pobreza porque tiene mayores retornos, pero es a la que menos acceso tiene la población pobre”<sup>12</sup>.

Frente a esta situación, solo un número limitado de personas pueden tener acceso a una enseñanza de mayor calidad, cada una de acuerdo con sus posibilidades económicas y particulares exigencias. Mientras, la mayoría de la población no dispone de los ingresos requeridos para pagarla y/o no tiene los conocimientos y las capacidades intelectuales para enjuiciar la calidad de la enseñanza de las escuelas a las cuales asisten sus hijos e hijas. Pero además, una situación de mayor importancia es el hecho que las prioridades de los grupos más pobres, normalmente el grupo más numeroso, tienen un carácter primario, y se espera que sean resueltas de inmediato: sus ingresos y la comida de los suyos. Esta realidad lleva a concluir que la escuela no tiene patrocinadores sociales que ejerzan presión efectiva a su favor, frente a las élites que si tienen asegurada una mayor calidad educativa, pagándola.

La relación entre la escuela y el desarrollo económico y social no ha sido completamente entendida; no obstante la experiencia histórica es clara: todas las naciones que han dado un salto cualitativo hacia mejores niveles de desarrollo humano y la superación de la cultura de la pobreza, han tenido un sistema educativo universal de calidad. Aunque la escuela de calidad no es una condición suficiente para impulsar el desarrollo, sí parece ser una condición imprescindible. Como bien ha señalado el Banco Mundial, “las inversiones en educación son cruciales para aumentar la productividad de trabajadores y trabajadoras, agilizar la adaptación e innovación tecnológica, lograr un mejor manejo de los recursos naturales y para garantizar que las personas pobres se beneficien del crecimiento económico”<sup>13</sup>.

---

9 PREAL 1996, p. 10

10 ODH/PNUD 2008, p.171

11 ODH/PNUD 2008, p. 170-171

12 ODH/PNUD 2008, p.171

13 Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo 2006, p. 134. En adición, véase World Bank 2004 y World Bank, 2001.

De manera más específica, una educación de calidad es aquella que permite a niños, niñas y adolescentes, así como a personas adultas desarrollar competencias y habilidades relacionadas con:

- Aprender a aprender durante toda la vida, trabajar cooperativamente en grupo, resolver problemas, y aplicar de manera creativa conocimientos a situaciones nuevas y diversas.
- Desarrollar una comunicación e interacción social efectiva y adecuada en diferentes contextos sociales.
- Facilitar la convivencia pacífica y democrática, respetuosa de la diversidad cultural, el agenciamiento de los derechos y el cumplimiento de los deberes con una visión de bien común para toda la sociedad.
- Conocer, interactuar, respetar y cuidar su medio social, cultural y ambiental.
- Apropiación crítica y uso de las diferentes tecnologías, incluyendo las de la información y la comunicación (TIC), para el desarrollo personal y social.
- Promover los valores de una democracia participativa que incluyen la igualdad y equidad, la solidaridad, la cooperación, el pluralismo, el respeto a la diversidad de todo tipo, la convivencia pacífica y el cuidado y preservación del medio ambiente.
- Aprender a valorar y apropiarse críticamente del saber socialmente válido, incluyendo los contextos de producción de ese conocimiento, los valores, actitudes y procedimientos vinculados al mismo.
- Desenvolverse adecuadamente en diferentes ámbitos, comunicarse y relacionarse adecuadamente con las personas de su entorno y resolver sus problemas por medios pacíficos respetuosos de los derechos humanos y la democracia.
- Desarrollar libremente su creatividad, intereses y habilidades en diferentes áreas.
- Acceder a un trabajo digno que promueva su desarrollo personal y económico y les permita lograr aquello que desean y valoran.
- Ejercer una ciudadanía plena y activa en la comunidad local y nacional.
- Prevenir y enfrentar situaciones límites como desastres naturales, enfermedades, muertes, entre otros.

### **III.3 La calidad de la escuela dominicana**

---

La calidad es un sistema que tiene propósitos específicos, integrado por tres componentes fundamentales: el profesorado, el currículo<sup>14</sup> y las estructuras y procesos de gestión. De forma que se podría afirmar de manera esquemática que la calidad de la enseñanza dependerá de un personal docente capacitado y motivado que maneje un currículo con contenidos, de horarios apropiados para promover las habilidades cognoscitivas del estudiantado en cada una de las etapas compatibles con los actuales patrones internacionales y, todo ello, bajo el control de una gestión con procedimientos y estructuras administrativas eficientes. Evidentemente, en el razonamiento anterior queda implícito que la actividad escolar debe darse en un espacio físico que permita una fluida interacción

---

<sup>14</sup> El currículo incluye los procesos de enseñanza y aprendizaje, es decir, lo que sucede en el aula, la organización de la propuesta de enseñanza (decisiones sobre los procesos pedagógicos a nivel institucional) y los modelos de evaluación y promoción.



entre docente y estudiante, con seguridades y confort mínimos. En este sentido, la calidad es función de que se logren, en los y las estudiantes, los objetivos previstos en el currículo.

En su sentido amplio, la escuela se ha constituido en una institución vertebral de las sociedades modernas, donde la persona normalmente entra al sistema en el nivel inicial, y una vez terminado el nivel medio podría continuar en la universidad y concluir con los estudios de post grado. En tal sentido, la escuela es parte de un sistema integral previamente diseñado por etapas, y supone un proceso progresivo y continuo en que el cumplimiento de cada grado habilita para proseguir con el siguiente. En la definición de estas diferentes etapas ha habido una gran convergencia a nivel mundial, que ha facilitado las evaluaciones internacionales, tales como las realizadas por UNESCO y la OECD, a pesar de las diferencias culturales e idiomáticas.

Con esta noción de calidad y de escuela, se puede argumentar que los mejores centros de enseñanza en Latinoamérica no son muy disímiles: son privados, relativamente caros, asisten a ellos estudiantes procedentes de familias de altos ingresos y pueden cubrir todos los niveles desde el primario hasta la instrucción media, incluyendo las instituciones bilingües y las que se adhieren a currículos extranjeros. Según el Laboratorio Latinoamericano de Evaluación de la Calidad de la Educación (LLECE),<sup>15</sup> para la región latinoamericana en el 2008, las características de las escuelas explican entre un 40% y 49% (sin descontar el ambiente social de los alumnos) de la variación en los resultados del aprendizaje. Entre las características de las escuelas están: el carácter rural o urbana, privada o pública, el grado académico y años de experiencia del personal directivo, disponibilidad de computadores por estudiantes, número de libros en la biblioteca escolar, la infraestructura, servicios, nivel socioeconómico y el nivel cultural. La evidencia recogida por el LLECE muestra que el desempeño promedio bruto de las escuelas urbanas privadas es mayor que el de escuelas urbanas públicas y de las rurales<sup>16</sup>.

Junto con la escuela privada coexisten los centros de enseñanza públicos, normalmente de calidad inferior, a los cuales asisten los estudiantes de bajos ingresos. Consecuentemente, el perfil de inequidad de la distribución de los ingresos se replica en la distribución de la calidad de la escuela, lo que configura unas estructuras sociales que obstaculizan las posibilidades del desarrollo humano.

Según LLECE 2008, después del “clima escolar”, el nivel socioeconómico y cultural es la segunda variable más importante para explicar el rendimiento en los países de América Latina y el Caribe, y se ha demostrado que la segregación de estudiantes con características sociales similares en las escuelas produce desigualdades en el aprendizaje, aunque los datos disponibles para las escuelas muestran que son bastante homogéneas por cada grupo socioeconómico. Por otra parte, el aumento de una unidad en la escala del índice socioeconómico y cultural del estudiante en América Latina lleva a que el rendimiento aumente entre 6 y 8 puntos, según del área que se trate, ya sea lectura, matemática o ciencias.

El Segundo Estudio Regional Comparativo y Explicativo de los aprendizajes de los estudiantes en América Latina y el Caribe (SERCE 2008) mide la asociación entre el rendimiento escolar en distintas áreas y el estatus socio económico y cultural en los países de América Latina, este último medido a través del ISEC (índice de estatus socioeconómico y cultural). Se entiende por “estatus socioe-

---

<sup>15</sup> UNESCO 2008, p.153

<sup>16</sup> UNESCO LLECE 2008, p.154

Cuadro III.1

**Estatus socioeconómico y cultural en los niveles de rendimiento correspondientes a las áreas y grados evaluadas en el SERCE, 2007**

Áreas evaluadas		Dominicana	Posición de 16	Promedio
Matemática 3er grado	Nivel	393.6	16	495.9
	Pendiente	9.8	9	9.3
	R <sup>2</sup>	0.026	13	0.113
Lectura 3er grado	Nivel	393.5	16	499.5
	Pendiente	12.7	5	5.9
	R <sup>2</sup>	0.041	13	0.14
Matemática 6to grado	Nivel	415.7	16	494.4
	Pendiente	9.3	9	8.9
	R <sup>2</sup>	0.006	15	0.093
Lectura 6to grado	Nivel	418.3	16	507.9
	Pendiente	11.2	10	7.0
	R <sup>2</sup>	0.022	14	0.093

Nota: El gradiente socioeconómico y cultural tiene tres componentes, a saber: su nivel, su pendiente y la fuerza de la relación entre el rendimiento académico del estudiante en el área de que se trate y la medida de su Índice de Estatus Socioeconómico y Cultural (IESC).

El nivel del gradiente (Nivel): es un indicador del desempeño promedio del estudiante en el área evaluada, después de tomar en cuenta el ISEC.

Pendiente: indica el grado de desigualdad en el rendimiento de los alumnos relacionada con el ISEC, es decir, a mayor pendiente, mayor desigualdad en la distribución del rendimiento de los estudiantes relacionada con las diferencias en el estatus socioeconómico y cultural.

La fuerza del gradiente (R<sup>2</sup>): es la proporción de la varianza en el puntaje explicado por el ISEC y comúnmente se expresa a través de R<sup>2</sup>.

Fuente: SERCE 2008. Cuadro A.7.9-13, p. 201

conómico y cultural” la posición relativa de una familia o individuo en una estructura social jerárquica, basada en su acceso a, o en su control sobre la riqueza, el prestigio y el poder<sup>17</sup>.

El Cuadro III.1 muestra los resultados del cálculo realizado por SERCE 2008 para República Dominicana, sobre el impacto del nivel socioeconómico cultural en el rendimiento académico en matemáticas y lectura. Entre un total de 16 países de América Latina y el Caribe para los cuales se hizo el ejercicio, el país está en una posición por encima del promedio regional en el grado de desigualdad en el rendimiento de los alumnos relacionado con el ISEC<sup>18</sup>. Ocupa las posiciones 9, 5, 9, y 10 en matemática de tercer grado, lectura de tercer grado, matemática de sexto grado, y lectura de sexto grado, respectivamente. Por otro lado, la proporción de la varianza en el puntaje explicado por el IESC está muy por debajo del promedio regional, lo cual significa que en República Dominicana se registra el nivel más bajo de influencia del estatus socioeconómico sobre el desempeño promedio del estudiante. En otras palabras, hay un elevado nivel de segregación social (diferencias en el desempeño de estudiantes con niveles socioeconómicos y culturales distintos), pero el nivel socioeconómico y

cultural por sí solo influye poco en el puntaje de los estudiantes, por lo que la explicación de las diferencias en los puntajes debe buscarse en otros factores correlacionados con el mismo, como por ejemplo la calidad de la escuela.

En general puede decirse que hay segregaciones sociales entre escuelas que se reflejan en la dotación de recursos y las oportunidades que ofrecen, influenciadas también, por la transmisión intergeneracional de oportunidades (ambiente intelectual, la formación de los padres, etc.). Más aún, en la familia pobre se ha observado que a mayor nivel de instrucción de la madre, mejores son los resultados académicos de los hijos<sup>19</sup>, lo que sugiere el carácter evolutivo del desarrollo de la educación.

En República Dominicana, sin embargo, el esfuerzo de padres y madres con bajo nivel de escolaridad para educar a sus hijos es más intenso que el promedio de América Latina y el Caribe. El 40% del estudiantado de tercer grado de la muestra del LLECE<sup>20</sup> provenían de familias donde los progenitores tenían una escolaridad menor a la primaria, mientras que en América Latina el promedio era del orden de 30%. Para el estudiantado del sexto curso, estos porcentajes estaban en 30% para las

<sup>17</sup> UNESCO LLECE 2008, p.162

<sup>18</sup> De forma que a mayor pendiente, mayor desigualdad en la distribución del rendimiento de los estudiantes relacionada con el estatus socioeconómico y cultural.

<sup>19</sup> Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) 2002, p.125

<sup>20</sup> UNESCO LLECE 2008, p.190 y 191

madres y 34% para los padres; los promedios de América Latina eran 30% y 28% respectivamente. Esto es consistente con los resultados del SERCE en tanto parece apuntar a que la transmisión intergeneracional de las deficiencias educativas no está tan estrechamente ligada a la formación de los padres, sino a la calidad de la educación a la que sus hijos logran acceder.

En resumen, estas evaluaciones apuntan a establecer la existencia de un modelo educativo de calidad dual, donde la mejor es para los grupos más ricos y la peor para los grupos más pobres, lo que se ha constituido en una especie de cultura que para muchos pareciera ser parte del orden natural de las cosas.

### Algunas mediciones de calidad

Para poder establecer comparaciones de la calidad de la escuela dominicana se utilizarán varias mediciones diferentes:

- El balance que resulta del Segundo Estudio Regional, Comparativo y Explicativo de los aprendizajes de los estudiantes en América Latina y el Caribe;
- Las mediciones que aportan las pruebas nacionales;
- La calidad del personal docente;
- El tiempo de docencia;
- Los problemas de infraestructura y hacinamiento;
- Las apreciaciones que hace el Foro Económico Mundial sobre los problemas de competitividad referidos a la educación.

Resultados del Segundo Estudio Regional, Comparativo y Explicativo de los aprendizajes de los estudiantes en América Latina y el Caribe<sup>21</sup>:

El SERCE 2008 es una evaluación de desempeño del estudiantado de tercer y sexto grado de la educación primaria en las áreas de matemática, lectura, escritura y ciencias, el cual presentó pruebas especialmente diseñadas con cuatro niveles de evaluación en función de los contenidos. Las pruebas se aplicaron en 16 países latinoamericanos, en 3 mil escuelas y cubrieron 4.6 mil aulas de tercer grado y 4.2 mil de sexto grado, para un universo de 100.7 mil y 95,2 estudiantes, respectivamente. En República Dominicana se aplicó a 175 escuelas y abarcó 208 y 172 aulas de tercer y sexto grado, alcanzando a 4.5 mil estudiantes de tercero y 4.6 mil de sexto. Los resultados de las pruebas se presentan en cuatro categorías (I la más baja y IV la más alta) según los dominios que deben tener los estudiantes en cada una de las materias.

Los resultados para República Dominicana se pueden resumir en los siguientes aspectos:

- En matemáticas de tercer grado, el 90.5% del alumnado está en el nivel más bajo o por debajo. El país que le sigue a República Dominicana es Guatemala con 67.4%, es decir, 23 puntos porcentuales menos. Lo que marca la diferencia es la cantidad de estudiantes por debajo del peor nivel, ya que el promedio en América Latina en ese nivel es 12% de estudiantes mientras que República Dominicana es 3.4 veces (Anexo III.1).
- En lectura de tercer grado el 78.1% del estudiantado estaba en el peor nivel o por debajo, seguido por Guatemala, con 20 puntos porcentuales menos. Al igual que en el caso anterior la diferencia la marca la cantidad de los que están por debajo del peor nivel, ya que el 31.4% de escolares dominicanos está en ese nivel, lo cual es 3.7 veces superior al promedio Latinoamericano (Anexo III.2).

---

21 UNESCO LLECE 2008

- En las matemáticas de 6to grado, el estudiantado dominicano registra un 47.58% en el peor nivel o inferior a este. Lo cual es 2.48 veces superior al promedio de América Latina (Anexo III.3).
- En lectura de 6to. Grado, el 51.92% está en el peor nivel o por debajo, lo que es 2.33 veces al promedio de América Latina (Anexo III.4).
- Todas las calificaciones promedio están entre un 15% a un 20% por debajo del valor esperado dado el nivel de riqueza y el estándar latinoamericano, lo que denota un elevado nivel desaprovechamiento. (Anexo III.5).

En conclusión, el nivel del estudiantado dominicano de tercer y sexto grados, en las asignaturas de matemática y lenguaje están muy por debajo del promedio de América Latina y el Caribe.

### Las pruebas nacionales

Según el INDH 2008<sup>22</sup>, las pruebas nacionales son un método para evaluar el desempeño del estudiantado al final de cada nivel. Estas pruebas tienen un doble objetivo. Por un lado, nivelar los conocimientos transmitidos al estudiantado de escuelas públicas y privadas en todas las provincias del país. Por el otro, determinar si el estudiantado aprueba el nivel educativo y puede iniciar el siguiente. Por el diseño de las pruebas, no es posible comparar los resultados entre los distintos años, pero sí tener una aproximación del desempeño de los estudiantes en las diferentes provincias, según hayan estudiado en escuelas públicas o privadas, o si viven en áreas rurales o urbanas.

Cada año se toman tres tipos de pruebas nacionales: una para básica y dos para media, para la educación formal y la técnica-profesional. La calificación de estas pruebas complementan la calificación obtenida durante el último año de cada nivel, en una relación 30/70 para definir la calificación final que obtiene el estudiantado. Al final, se debe obtener un 70% entre los dos componentes, para poder cursar el nivel de estudio siguiente. Las pruebas se componen de cuatro exámenes (en las áreas de español, matemática, ciencias sociales y ciencias de la naturaleza) para cada nivel de estudio, para los cuales se hacen tres convocatorias. En la primera convocatoria se puede presentar el estudiantado que aprobó todas las asignaturas del ciclo lectivo que finaliza. En la segunda y tercera convocatoria, se pueden presentar quienes hayan completado con éxito el ciclo lectivo vigente y no se hayan presentado en la primera, o si se presentaron que hayan desaprobado el examen, y también los que hayan cursado y aprobado el último grado del nivel correspondiente en un ciclo lectivo anterior.

Las puntuaciones finales obtenidas son en general bajas, tanto para la educación media como para la básica, ya que el promedio de los últimos 10 años está en la vecindad de 60 puntos o por debajo (Cuadro III.2).

A nivel provincial, los resultados de las pruebas nacionales, en básica y media, son bajos y homogéneos. En general, las diferencias interprovinciales de calidad son menores que las diferencias interprovinciales de cobertura (Cuadro III.3).

En el tiempo, las calificaciones han desmejorado tanto en el nivel básico (Gráfico III.1) como en el nivel medio. Los resultados de la educación formal y no formal de adultos muestran

Cuadro III.2 Resultados de las pruebas nacionales: nivel básico y medio, promedio 1998-2007		
Áreas	Nivel	
	Básico	Media
Lengua Española	64.1	62.0
Matemática	57.2	54.7
Ciencias		
Sociales	56.3	57.8
Ciencias de la Naturaleza	56.4	53.3
Fuente: SEE		

22 ODH/PNUD 2008, p.183

**Cuadro III.3 | Resumen de valores provinciales de indicadores de calidad y cobertura en educación**

Indicadores	Nacional	Promedio simple	Mediana	Mínimo	Máximo	Diferencia interprovincial*
Tasa neta de matriculación en primaria (2002)	85.6	85.2	85.8	77.3	92.0	4%
Tasa neta de matriculación en secundaria (2002)	34.5	31.7	32.0	17.0	43.8	22%
Desigualdad de género en matriculación en básica (2005-2006)	1.43	2.18	2.37	0.10	4.65	47%
Desigualdad de género en matriculación en media (2005-2006)	5.23	5.09	5.26	1.70	11.49	33%
Índice de cobertura	0.641	0.571	0.616	0.281	0.798	25%
% de estudiantes que no son repitentes (2005-2006)	94.7	93.3	93.5	89.0	97.6	2%
% de docentes con licenciatura o superior (2005-2006)	56.9	55.2	56.1	33.4	79.2	19%
Calificación promedio en pruebas nacionales, básica (2002-2006)	57.6	57.3	57.3	51.5	64.3	5%
Calificación promedio en las pruebas nacionales, media (2002-2006)	55.5	55.2	54.9	48.1	61.1	5%
Estudiantes por salón de clase (2005-2006)	26.7	25.6	25.9	18.1	33.4	16%
Índice de calidad	0.529	0.496	0.507	0.202	0.634	18%
Índice de empoderamiento en educación	0.585	0.533	0.556	0.305	0.686	17%

Fuente: Elaborado a partir del ODH/PNUD INDH 2008, p. 405, Anexo III.6

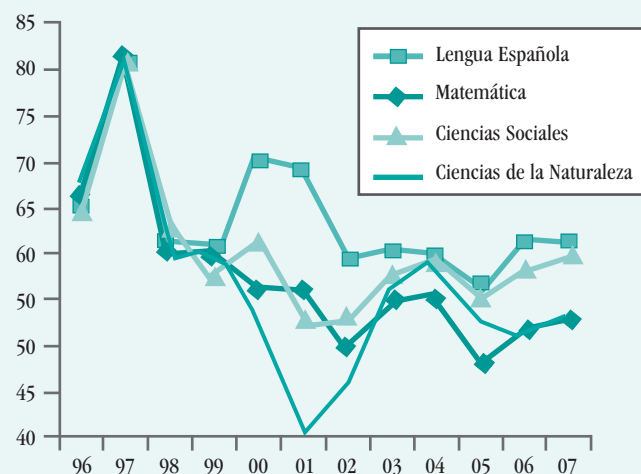
Nota: La diferencia interprovincial se calcula como el cociente entre la varianza y la media.

la misma tendencia. La ausencia de pruebas diagnósticas al finalizar el primer ciclo del nivel básico y medio impiden conocer esta situación con anterioridad y tomar las medidas adecuadas para resolverlas.

### La calidad del personal docente

No disponemos de información directa de la calidad del personal docente, pero una forma de medir indirectamente la calidad es a partir de su titulación y el resultado de las pruebas nacionales. En ese sentido, el 56.9% del profesorado tenía un título de licenciado o más en el año 2005-2006. La provincia con más profesores y profesoras tituladas era Monseñor Nouel (79.2%), seguido por la provincia Duarte (74.5%) y en tercer lugar Valverde (73.0%). Las tres provincias con menos personal docente titulado son Pedernales (33.4%), Elías Piña (39.5%) e Independencia (39.5%). La mitad de las provincias (mediana) tienen por lo menos un 56% del personal docente titulado. En teoría, a mayor porcentaje de maestros y maestras tituladas se debería tener mejor resultado en las pruebas nacionales. Sin embargo, la evidencia empírica de República Dominicana indica todo lo contrario. Hay una relación negativa entre el porcentaje de personal docente titulado en cada provincia y el resultado en las pruebas nacionales (Gráfico III.2).

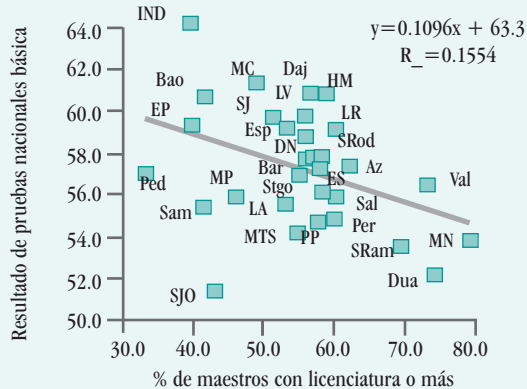
**Gráfico III.1 Promedios nacionales en pruebas nacionales de 8º grado, 1996-2007**



Fuente: ODH/PNUD con base en SEE

**Relación entre personal docente titulado en cada provincia (2005-2006) y los resultados de las pruebas nacionales en básica (2002-2006)**

**Gráfico III.2**



Fuente: ODH/PNUD con base en SEE

Esta evidencia podría indicar debilidades importantes en la formación de profesores y profesoras a nivel de licenciatura o más y es uno de los principales desafíos para mejorar la calidad de la enseñanza, debido al rol estratégico que tiene el personal docente en ese proceso. A este respecto, un reciente estudio realizado por la Unión Europea sobre el sistema educativo dominicano, indicaba la urgencia de tomar las disposiciones necesarias para resolver el problema de formación de los docentes, que viene de muchos años, ya que a medida que pasa el tiempo se complica más la situación, si se considera la formación deficiente del personal docente vigente, las nuevas contrataciones a realizar para satisfacer la demanda de cobertura adicional y porque actualmente cerca de 50 mil personas estudian magisterio en diferentes escuelas de educación y corren el riesgo de también terminar con una preparación deficiente.

**Los horarios efectivos** **Recuadro III.3**

En el ámbito del sistema público, la tanda matutina es la más larga, con 4 horas de duración, iniciando a las 8 am hasta las 12 pm. La tanda vespertina inicia a las 2 pm y finaliza a las 5:30 pm, con una duración de 3 horas y 30 minutos. La tanda nocturna inicia a las 6 pm y finaliza cerca de las 10 pm. Las dos horas disponibles entre la tanda matutina y la vespertina son utilizadas para preparar la escuela para la siguiente tanda, para que el personal docente se traslade al centro educativo en el que labora por la tarde y, también, para que las maestras puedan ir a su casa a cocinar para su familia antes de concurrir a la tanda vespertina.

Fuente: ODH/PNUD

**El tiempo de docencia**

Si a la calidad del personal docente se agrega el tiempo efectivo de docencia, la calidad del sistema se ve afectada aún más. (Recuadro III.3). En teoría, como se muestra en el Anexo III.7, el estudiantado de básica debería tener diariamente 5 horas de docencia durante 40 semanas para un total de 1,000 horas al año escolar, mientras que la educación media debería recibir 6 horas diarias durante 40 semanas para un total de 1,200 horas. La realidad es que el tiempo de docencia es mucho menor.

Según la estimación de la Encuesta Gallup-Educa de 2005, el tiempo de docencia efectiva era de 2 horas 36 minutos, equivalente al 52% de las 5 horas programadas. Una medición más reciente indicaba que en el año escolar 2007-2008 en las escuelas de básica en el sector oficial, sólo se dedicaron 2 horas y 59 minutos a la docencia en la tanda matutina, mientras que en las escuelas vespertinas apenas se impartieron 2 horas y 20 minutos<sup>23</sup>.

El personal docente que labora una tanda (5 horas) no se le paga como un trabajo de tiempo completo, de manera que el tiempo de preparación de clases y correcciones de exámenes no se contabiliza. Así, para que el personal docente tenga un salario completo debería trabajar dos tandas, que en teoría serían 10 horas diarias más el tiempo de preparación de docencia, lo cual es prácticamente imposible. De esta forma, el sistema está diseñado para que el personal docente trabaje más de una tanda y menos de 5 horas por tanda. Los datos disponibles a septiembre del 2007 indicaban que el total de 59,356 docentes del sector público tenían 89,839 tarjetas (tandas), lo que significa que, en promedio, cada maestro o maestra tenía 1.52 tandas, por lo que la mitad del personal docente labora más de 1.56 tandas (mediana), (Cuadro III.4).

23 Periódico Hoy 2008



### El nivel de hacinamiento

El nivel de hacinamiento es elevado, pero con grandes diferencias interprovinciales.

El aumento de cobertura frente al proceso de migración interna y la falta de inversión pública en nuevas aulas y planteles, condujo al aumento de escuelas por planteles, de manera que en un plantel se pueden realizar hasta tres tandas (matutina, vespertina y nocturna). En promedio, un plantel escolar tiene hasta 2.07 escuelas, donde en Santo Domingo este promedio sube a más de 2.40.

Según el Informe Nacional sobre Desarrollo Humano 2008, "...Estos promedios tan elevados reflejan lo habitual que resulta que en la misma planta física operen dos o tres escuelas separadas en horas distintas, con dirección y administración diferentes, con mobiliarios y equipos inadecuados para la diversidad de población que alberga (niños y niñas de básica, jóvenes de media y en la noche por personas adultas). Esta multiplicidad de escuelas en un mismo espacio físico también exige que el plantel sea desalojado rápidamente al término de cada tanda para dar espacio a la población del siguiente centro educativo, lo cual es incongruente con una educación apropiada. Los mayores problemas de concentración de escuelas diferentes en un mismo plantel tienen lugar en las provincias de mayor población urbana o en aquellas que reciben mayor inmigración. También se registran niveles críticos de escasez de planteles en otras provincias como Sánchez Ramírez, Bahoruco, Azua, Independencia y Elías Piña"<sup>24</sup>.

### Apreciaciones del Foro Económico Mundial sobre los problemas de competitividad referidos a la educación

El Foro Económico Mundial produce cada año un índice de competitividad global para 134 países, el cual es discutido más ampliamente en el Capítulo V sobre empleo. En el informe del período 2008-2009, se aprecia que en el índice compuesto de educación primaria, el país ocupa la posición 124 de 134 en el mundo. Solamente habría nueve países de los 134 evaluados (Uganda, Libia, Costa de Marfil, Timor Oriental, Mali, Camerún, Nigeria, Burkina Faso y Chad) que están en peor posición que República Dominicana. La desagregación del índice indica que en calidad de la educación primaria, aparece en la posición 134, como la peor de todos los países, mientras en la matriculación en primaria está en la posición 113 y en gasto en educación en la posición 117 en el mundo. A nivel de la región Centroamericana y Panamá, ocupa la posición 7 de 7, a excepción del gasto de educación en donde está en el puesto 6 de 7 (Cuadro III.5). Estas cifras ponen en evidencia la debilidad y precariedad del sistema educativo a nivel primario del país desde la perspectiva de la competitividad.

### En resumen

La calidad del sistema educativo, ya sea medida por los resultados de las pruebas nacionales o por las comparaciones internacionales relativas al rendimiento o a la competitividad, indican que

Cuadro III.4   Cantidad de tarjetas y docentes, septiembre 2007				
	Tarjetas	Tarjetas / docentes	Tarjetas / docentes	Acumulado
1 tarjeta	512	512	1.00	1%
1 a 1.2999	852	818	1.04	1%
1.3 a 1.399	15,001	10,913	1.37	18%
1.4 a 1.499	19,686	13,446	1.46	23%
1.5 a 1.599	29,630	19,142	1.55	32%
1.6 a 1.699	17,278	10,577	1.63	18%
1.7 a más	6,880	3,948	1.74	7%
Total docente	89,950	59,356	1.52	100%
Administrativo	30,279	30,222	1.00	
Total personal	120,229	89,578	1.34	
Media			1.52	
Mediana			1.56	

Fuente: Secretaría de Estado de Educación

24 ODH/PNUD 2008. p 180

Indicadores	Posición de los países de DR-CAFTA más Panamá a nivel mundial de 134 países						
	RD	Guatemala	Honduras	Nicaragua	El Salvador	Costa Rica	Panamá
B. Educación primaria	124/7	108/5	78/3	114/6	94/4	36/1	69/2
4.09 Calidad de la educación primaria	134/7	118/5	101/3	128/6	98/2	46/1	109/4
4.1 Matriculación en primaria*	113/7	57/4	41/3	88/6	62/5	11/1	15/2
4.11 Gasto en educación*	117/6	122/7	88/3	98/4	102/5	72/2	57/1
* Datos duros Fuente: Fuente: World Economic Forum [ <a href="http://www.weforum.org/">http://www.weforum.org/</a> ]							

República Dominicana está en desventaja. Situación estimulada por el déficit en la calidad del personal docente, a pesar de que más de la mitad tiene un título a nivel de licenciatura o más, por la duración de la jornada escolar que no alcanza el 60% de la jordaniana prevista, el hacinamiento escolar y la cantidad de escuelas por plantel.

### III.3.1 La educación como sistema: no hay atajos

Los primeros años del sistema de educación formal son decisivos para el futuro desempeño del estudiantado. Cualquier retraso en esa etapa de formación pudiera tener efectos irreversibles, ya que el daño es mayor en la medida que pasa el tiempo sin subsanar los déficits acumulados.

La calidad de la escuela es un sistema irreductible, que como fue señalado antes, está integrado por el personal docente, el currículo y las estructuras y proceso de gestión; y no se puede prescindir de ninguno de sus componentes, ya que se afectan mutuamente y se necesitan unos a los otros. Por ejemplo, no se puede pretender mejorar un currículo sin que exista un aparato administrativo que lo ponga en ejecución y un personal docente con la capacidad de asumirlo en el aula. Para expresarlo en una forma más gráfica, “se debe empujar parejo, de lo contrario habrá resistencia al avance”, se precisa trabajar en todos los componentes de la calidad educativa al mismo tiempo.

Pero el asunto no se queda ahí. El currículo moderno supone que en los primeros grados el niño o la niña aprenda a leer para luego transitar a la etapa de aprender leyendo. Si esta persona no logra desarrollar la capacidad de la lectura comprensiva no podrá responder a las exigencias de los grados superiores. Peor aún, si el niño o la niña en tránsito por la escuela básica se queda muy atrás en sus habilidades cognitivas, difícilmente podrá desarrollar las capacidades intelectuales con las que nació. Por tanto, a ese niño o niña nunca le habrá de llegar la calidad. La conclusión a esta realidad es que un sistema de calidad requiere un estudiantado formado desde su inicio en la calidad.

La ausencia de un enfoque sistémico en la educación dominicana ha llevado a situaciones extremas. Por ejemplo, se dan casos que con el propósito de ampliar la cobertura, se promueven automáticamente a estudiantes o se dan cursos acelerados, independientemente de sus resultados académicos, a fin de evitar embotellamientos y mantener la fluidez del sistema. Esto permite que una elevada proporción, pase al siguiente grado sin tener las capacidades y conocimientos para asimilar un currículo más avanzado.

Esta situación podría explicar por qué los resultados de un proyecto, ejecutado con recursos internacionales para construir modernas instalaciones escolares públicas de nivel medio, dotadas de los equipos y el personal docente requerido para una instrucción eficiente, de acuerdo con los patrones internacionales, no tendría el impacto esperado, debido a que le estaría llegando tarde a una



buena parte del estudiantado que proviene de escuelas públicas deficientes, que arrastra importantes baches cognoscitivos. Evidentemente, ante esta hipotética situación se podría y deberían implementarse programas de actualización que recuperen, en lo posible, las deficiencias en la formación del estudiantado, aunque es muy difícil que el proceso de recuperación llegue a alcanzar los resultados de las instituciones que siempre han disfrutado de los recursos para desarrollar una educación de calidad.

Las deficiencias de la escuela básica dominicana repercuten en forma más dramática en el nivel universitario, donde se consolida la gran desigualdad en las capacidades intelectuales entre las personas profesionales formadas en la escuela pública y en las pocas escuelas privadas de mayor calidad. En sentido general, es precisamente el estudiantado universitario formado en una estructura de baja calidad que regresa como docente al aula para perpetuar la deficiente enseñanza, lo que retroalimenta un círculo vicioso que tiende a deteriorar el nivel académico de todo el sistema, con sus obvias y funestas consecuencias en todos los ámbitos de la sociedad. No se debe perder de vista que la universidad puede hacer muy poco por un estudiantado que ingresa a ella con deficiencias significativas en su preparación.

Estas reflexiones nos llevan a una conclusión de relevantes implicaciones: todos los niveles del sistema educativos son importantes. Del nivel universitario provienen los profesionales que pudieran transformar todo el sistema educativo al regresar al aula de clase, incluyendo a la universitaria. De esta manera, se podría romper el proceso circular que generan profesores de bajas calificaciones que refuerzan las ineficiencias de todo el sistema y se daría inicio a un ciclo inverso hacia la calidad. En tal sentido se precisa hacer esfuerzos importantes en la educación inicial, donde se desarrollan capacidades cognitivas y valores que se amplían y fortalecen en el nivel básico y luego en el nivel medio. En la educación media se prepara para la universidad o para el trabajo. Por lo tanto, queda claro que en la educación no hay atajos y que, de instalarse una escuela de calidad ésta debe abarcar los primeros años de instrucción.

La influencia de la escuela sobre la sociedad es lenta, y por lo tanto poco evidente, es un proceso evolutivo, dialéctico, complejo y de constante retroalimentación, en el cual la escuela es causa y efecto a la vez, pero es una influencia poderosa y decisiva, pues de la educación depende la posibilidad de crear una sociedad empoderada, con posibilidades de creciente desarrollo humano, que sustente una democracia moderna, próspera y equitativa.

### **III.4 El nivel educativo de la sociedad dominicana**

---

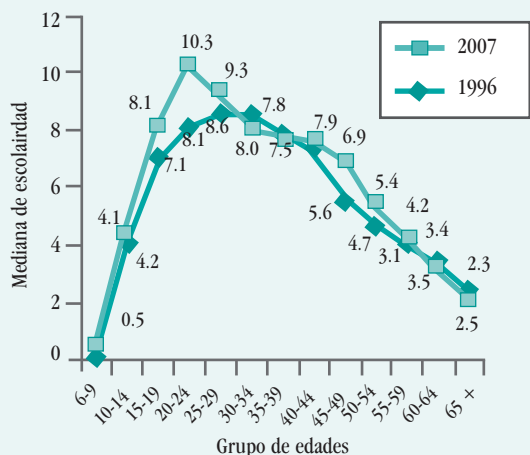
Aunque el nivel de escolaridad (la mediana y el promedio) de una sociedad no es un indicador de la calidad educativa, si hay suficientes evidencias empíricas que muestran que en los países con mayor nivel de desarrollo humano, sus poblaciones han alcanzado un mayor grado de escolaridad.

#### **La escolaridad en la sociedad dominicana**

Según ENDESA 2007, la mediana de escolaridad en República Dominicana ha avanzado en los últimos diez años. En 2007 era de 5.9 años, mientras que al 2002 era de 5.4 y en 1996 de 5.2 años. La diferencia más significativa se registra entre los grupos etarios de 15 a 29 años. La ENDESA también señala que la escolaridad mediana de la población más joven duplica a las personas de más edad (Gráfico III.3). Sin embargo, hay significativas diferencias entre las provincias, por zona de residencia y por estrato socioeconómico.

Mediana de años completos, en la población de 6 años o más, 1996 y 2007

Gráfico III.3



Fuente: ENDESA 2008

Según la Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo (ENFT), entre el 2000 y 2007 se ha registrado un aumento paulatino en el nivel de escolaridad promedio en la población de 15 años y más, y una disminución del analfabetismo.

La escolaridad de las personas con 15 años o más aumentó de 7.3 a 8.1 años entre el 2000 y el 2007 (Anexo III.8 y III.9). Al discutir el nivel educativo de la fuerza laboral<sup>25</sup>, es útil distinguir entre el nivel educativo alcanzado y el nivel educativo completado<sup>26</sup> por una persona. Sobre la base de un promedio del período 2000 al 2007, de todas las personas ocupadas (alrededor de 3.2 millones), el nivel educativo completado por la fuerza de trabajo es relativamente bajo, ya que si bien el 92% había cursado por lo menos un año de primaria, el 26% había completado solamente la primaria, el 20% había completado la secundaria y el 11% había alcanzado por lo menos 4 años de universidad. Las cifras anteriores indican que el 44% de la población ocupada no había completado el nivel de educación primaria o no tenía ninguna escolaridad (8%), lo que evidencia un elevado nivel de privación educativa (Cuadro III.6).

ocupada no había completado el nivel de educación primaria o no tenía ninguna escolaridad (8%), lo que evidencia un elevado nivel de privación educativa (Cuadro III.6).

Nivel alcanzado	Nivel completado				Distribución nivel alcanzado	
	Ninguno	Primario (Completó 8 años)	Secundario (Completó 4 años)	Universitario (Completó 4 años)		Total
Ninguno	267,056				267,056	8%
Primario (por lo menos 1 año)	1,133,757	356,745			1,490,503	46%
Secundario (por lo menos un año)		471,809	413,717		885,526	28%
Universitario (por lo menos 1 año)			224,105	347,363	571,467	18%
Total	1,400,813	828,554	637,822	347,363	3,214,551	100%
Distribución completado	44%	26%	20%	11%	100%	

Fuente: ODH con información de ENFT

Por otro lado, la mayor parte de las personas ocupadas que ha empezado un nivel educativo no lo ha completado y manifiesta problemas de deserción escolar. Por ejemplo, el 46% de las personas ocupadas tenía por lo menos un año de estudios primarios, pero únicamente el 26% la había completado; el 18% tenía por lo menos un año de universidad y el 11% había cursado por lo menos 4 años.

<sup>25</sup> En el capítulo V se analiza la situación del empleo.

<sup>26</sup> Específicamente, para los fines de este reporte, se determinó el más alto nivel que una persona ha completado según las siguientes condiciones:

- a) Primaria: Aprobó el 8vo año de primaria o por lo menos un año de escuela secundaria o vocacional.
  - b) Secundaria: Aprobó el 4to año de secundaria o de una escuela vocacional o por lo menos un año de estudios universitarios.
  - c) Universitario: Aprobó 4 años de estudios universitarios o por lo menos 1 año de estudios post-universitarios.
- Finalmente, se consideró que la población que no completó primaria no ha completado ningún nivel.

## Alfabetización

El acceso a la cultura escrita se vincula al cumplimiento del derecho a la educación. Saber leer y escribir es una capacidad básica para la ampliación de las libertades, ya sea a través del acceso a un empleo y porque también es una condición que fortalece la participación y el empoderamiento.

De acuerdo con los datos del censo nacional del 2002, en algunas provincias el porcentaje de analfabetismo supera el 30%, mientras otras presentan tasas inferiores al promedio nacional (13%). La Encuesta de Fuerza de Trabajo del Banco Central muestra que el porcentaje de personas analfabetas en la población de 15 años y más ha venido disminuyendo. En el año 2000 estaba cercano al 13% mientras que a abril de 2008 había descendido a 10.2%. Igual evolución se observa en la PEA ocupada, desocupada y con las personas inactivas. (Anexo III.8 y III.9).

Según diferentes documentos de la SEE, el progreso en la alfabetización en los últimos tres años se vincula al impacto del trabajo de la Red Nacional de Alfabetización, que es una estrategia dirigida a promover la construcción y el fortalecimiento de un espacio amplio y plural de coordinación y cooperación entre los diferentes sectores de la sociedad dominicana, que asumen como un compromiso ciudadano la tarea de reducir el actual índice de analfabetismo<sup>27</sup>.

## El nivel de escolaridad en las personas jóvenes

El nivel de escolaridad de las personas jóvenes ha aumentado. Según la Encuesta de Fuerza de Trabajo, una persona de 18 años tenía una escolaridad promedio de 8.4 años en el 2000, nivel que aumenta a 9.4 años en el 2007. A la vez, la distancia entre la escolaridad de la juventud rural y urbana se reduce. Una persona joven que residía en la zona rural tenía una escolaridad 28% menor a la escolaridad urbana al inicio de la década, pero al 2007 era apenas un 10% menor (Anexo III.10).

Sin embargo, se registran diferencias notables en los niveles educativos de las personas jóvenes según estratos socioeconómicos. Se ha calculado una diferencia de casi 10 años entre el promedio de años de educación del grupo Pobre I y del grupo No Pobre II. Se destaca que, para el año 2007 las personas jóvenes entre 20 y 24 años del primer grupo acceden en promedio a solo 3.85 años de estudios (Anexo III.11).

Los hallazgos de investigaciones cualitativas realizadas en comunidades rurales y en sectores urbano marginales señalan la importancia que tiene la educación en la visión de progreso social y económico para padres, madres y estudiantes, quienes señalan su satisfacción con la escuela a la que asisten y valoran la oportunidad de tener una educación<sup>28</sup>. La educación es vista como una manera de acceder a un trabajo estable con menor nivel de precariedad, que asegura un mayor bienestar a la familia. En el caso de las zonas rurales, la educación es vista como una manera de salir del campo y de no depender de actividades agrícolas para la subsistencia. Se destaca la preferencia, en la percepción de la población rural, por las carreras tradicionales (derecho, medicina, etc.) y no por disciplinas vinculadas a las tareas agrícolas. Por otro lado, los estudios antes citados dan cuenta de grupos de personas jóvenes y adultas comprometidas con sus comunidades y dispuestas a trabajar para el desarrollo de las mismas.

Hay evidencias<sup>29</sup> que muestran escasa presencia y vinculación de los contenidos y las competencias relacionadas a la formación para la vida, y la formación para el trabajo. Si bien la formación

27 [http://www.educando.edu.do/sitios/red/LaRed.htm]. Consultado en marzo 2009

28 Pepén Peguero y Ziffer 2005; Ziffer, Escala et al 2006; Ziffer 2008; Santelises, Dotel y Ziffer, 2005

29 Valera et al 2001; Pepén Peguero y Ziffer 2005; Ziffer et al 2007; Ziffer 2008

laboral implica una capacitación en ciertas habilidades específicas y que son responsabilidad de las instituciones educativas que tienen ese objetivo, también existe un conjunto de competencias generales que son fundamentales para una adecuada inserción en el mercado laboral actual. Estas competencias permiten al estudiantado desenvolverse adecuadamente en los diferentes ámbitos laborales, trabajar cooperativamente en grupo, tener buenas relaciones humanas, tomar decisiones, solucionar problemas utilizar creativamente los conocimientos, plantear objetivos y planificar acciones para lograrlos, adaptarse a contextos cambiantes, evaluar sus necesidades de información y formación, y buscar las estrategias para dar respuesta a esas necesidades. Son las competencias que se vinculan con aprender a aprender, para lograr una educación continua a lo largo de toda la vida y aprender a convivir juntos, que involucra las relaciones sociales en todos los ámbitos.

En cuanto a la formación en valores y actitudes, las investigaciones citadas revelan el énfasis en los valores tradicionales y en formas de aprendizaje que no fomentan la reflexión crítica, el cumplimiento responsable de los deberes y el empoderamiento de los derechos. La asignatura de Educación Moral y Cívica, aunque forma parte del currículo oficial, no tiene en la práctica un horario determinado por lo que muchas veces se omite, formando parte del currículo omitido, junto con otros temas como la educación sexual, la salud preventiva, la prevención y manejo de los desastres naturales, los derechos humanos, los derechos de los niños, niñas, y temas del contexto y la situación actual a nivel nacional y mundial. Estos temas son también fundamentales para que el estudiantado logre las competencias vinculadas a la convivencia y aprender a vivir juntos, que favorecerían la construcción de cohesión social, el desarrollo humano y la democracia.

Los datos<sup>30</sup> indicarían que las dificultades antes expuestas se vinculan a las debilidades que presenta el sistema educativo, a la debilidad en el manejo de los contenidos del personal docente, al enfoque didáctico, a los recursos disponibles para la enseñanza y el uso que hacen de ellos, a la sobrepoblación de las aulas, a los cortos períodos de clase y a la falta de estrategias alternativas e innovadoras de aprendizaje.

### III.4.1 Matrícula: inicial, básica y media

La matriculación ha aumentado aceleradamente en los últimos 35 años. La tasa de crecimiento acumulativa anual de la matriculación total casi duplicó el crecimiento acumulativo de la población entre 6 y 13 años, entre 1970 y 2006, mientras que la matriculación en el nivel medio triplicó la tasa de crecimiento de la población entre 14 y 17 años (Cuadro III.7).

Desde principios de los años ochenta, la matriculación bruta en el nivel básico sobrepasaba el 100% de la población entre 6 y 13 años. La matriculación total que había aumentado hasta 65% a mediados de los ochenta, cayó en los años siguientes y vuelve a recuperar a ese nivel una década

después. Es a partir del 2000 cuando la matriculación se vuelve a colocar por encima de 100% de cobertura bruta, hasta la crisis del 2003, cuando vuelve a caer. Dos elementos destacan de esta dinámica: la presencia de sobreedad y un dinamismo más intenso en la matriculación de la educación media y en la educación inicial que en la básica. (Gráfico III.4 y Anexo III.14)

<b>Cuadro III.7   Tasa de crecimiento acumulativa anual de la matriculación. 1971-2006</b>			
<b>Concepto</b>	<b>Básica</b>	<b>Media</b>	<b>Total</b>
Población (1)	1.0%	1.8%	1.1%
Matriculación	1.8%	5.4%	2.6%
(1) La población por edad es de 6 a 13 en la básica y de 14 a 17 en la media.			

<sup>30</sup> Valera et al 2001; Pepén Peguero y Ziffer 2005; Ziffer et al 2007; Ziffer 2008

Es importante notar que también la volatilidad promedio en el crecimiento de la matriculación media es el triple de la básica y el doble del promedio nacional (Anexo III.15), y el impacto de la actividad económica es más intenso en la educación media y en la inicial que en la básica<sup>31</sup>.

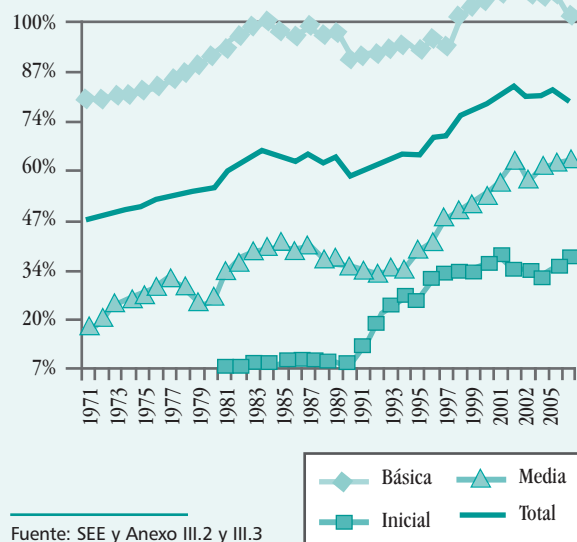
Aunque la cobertura ha aumentado, al igual que la permanencia de la población en la escuela, el nivel de escolaridad alcanzado es todavía bajo. Según el Proyecto de Asistencia Técnica Institucional (ATI) de la Unión Europea, al llegar a los 18 años de edad una persona joven dominicana ha estado inscrito en un centro educativo un promedio de 11.8 años, cifra superada en América Latina solamente por Argentina y Chile, con 12.1 años de escolarización. Sin embargo, la cantidad de grados que completan es mucho menor (8.3 años). Es decir, una persona joven dominicana permanece un 42% más de tiempo para completar la escolaridad que efectivamente alcanza<sup>32</sup>.

En el año escolar 2007-2008 se estimaba en 2.5 millones la matriculación hasta nivel medio, de los cuales el 69% estaba en la educación básica, el 23% en media y el 9% en inicial. Tanto a nivel inicial como básico, existe un ligero predominio de hombres matriculados, mientras a nivel medio existe una mayor participación de mujeres (55%) (Cuadro III.8).

Esta población estudiantil es atendida en 12.8 mil centros educativos y 51.7 mil aulas (Cuadro III.9). El 86% de los centros educativos y el 60% de las aulas son públicos. El tamaño promedio de los centros educativos es de 4 aulas por escuela a nivel nacional, 2.8 en el sector público, 12.4 a nivel privado.

A pesar de la amplia cantidad de centros educativos, la distribución por zona muestra deficiencias. Una sobrepoblación en zonas urbanas y la subpoblación en zonas rurales aisladas. Los 11,091 centros edu-

**Gráfico III.4** Matriculación bruta de básica, media y total



Fuente: SEE y Anexo III.2 y III.3

**Cuadro III.8** Matrícula hasta nivel medio por sexo, nivel y modalidad, 2007-2008

Nivel	Modalidad	Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
INICIAL	Regular	112,538	108,429	220,967
	Especial	618	656	1,274
	Total	113,156	109,085	222,241
BASICO	Regular	854,268	798,382	1,652,650
	Especial	2,675	2,125	4,800
	Adultos	52,493	54,119	106,612
	Total	909,436	854,626	1,764,062
MEDIA	Especial	203	429	632
	Adultos/prepara	5,733	9,033	14,766
	General	236,995	284,033	521,028
	Técnico-profesional	16,243	25,071	41,314
	Arte	5	7	12
	Total	259,179	318,573	577,752
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>1,281,771</b>	<b>1,282,284</b>	<b>2,564,055</b>

Fuente: Secretaría de Estado de Educación

**Cuadro III.9** Cantidad de centros educativos y aulas según sector, 2005-2006

	Total	Público	Privado	Semioficial
Centros Educativos	12,800	11,091	1,439	270
Aulas	51,768	31,261	17,875	2,610

Fuente: Secretaría de Estado de Educación

31 La elasticidad PIB real y PIB real per cápita sobre la matriculación media entre 1971 y 2006 es 0.64 y 1.07 respectivamente, mientras que en la básica no se registra un resultado con significación estadística, calculado mediante una ecuación doble logarítmica. La elasticidad PIB real y PIB real per cápita sobre la matriculación en la educación inicial durante el período 1981-2006 es de 2.28 y 3.27 respectivamente.

32 SEE y Proyecto de Asistencia Técnica Institucional (ATI) de la Unión Europea, p.65

cativos del sector público se ubican en 5,417 planteles. El 69% de estos planteles (1,066) presentan centros educativos sobrepoblados que funcionan en tres tandas y con más de 500 estudiantes por plantel<sup>33</sup>.

### Nivel inicial

En el año 2006-2007 la tasa de escolaridad bruta para todo el nivel inicial fue de 36% (Cuadro III.10). Aunque alcanza el 78% en el último grado del nivel inicial, que se cursa a los 5 años de edad (Cuadro III.11). La diferencia entre la cobertura bruta de todo el nivel y la del último grado está vinculada al mayor énfasis de las políticas públicas en este último, debido a que la Ley General de Educación establece como obligatorio el último grado del nivel inicial y su universalización debía concretarse, en el presente año escolar 2007-2008<sup>34</sup>. Tal era el objetivo

propuesto por la SEE y, de acuerdo con datos preliminares, la cobertura bruta para el último grado de este nivel en el año escolar 2007-2008 ascendería 93.5%<sup>35</sup>. Esta cifra implica un nivel importante de cumplimiento del objetivo, especialmente tomando en consideración la cobertura lograda hasta el año 2006.

Comparado con los países de América Latina, el estudiantado dominicano ha tenido un mayor grado de escolarización previo a la primaria (Cuadro III.12). De acuerdo con el Diagnóstico del Plan Decenal 2008-2018, que cita el estudio sobre Oferta y Demanda del Nivel Inicial realizado por la SEE, la PUCMM y el CESDEM, los factores que han impedido la cobertura total en este nivel se vinculan principalmente con la existencia de un grupo muy grande de centros educativos públicos del nivel básico que no ofrecen la educación inicial y la falta de aulas para atender la demanda de educación pre-escolar en los grandes centros urbanos.

Cuadro III.10		Tasa bruta de escolaridad nivel inicial 1996-2007
Año	Tasa de escolaridad bruta	
1996-1997	33.0%	
1997-1998	33.2%	
1998-1999	33.3%	
1999-2000	35.6%	
2000-2001	37.8%	
2001-2002	33.7%	
2002-2003	33.5%	
2003-2004	32.0%	
2004-2005	34.5%	
2005-2006	37.2%	
2006-2007	35.7%	

Fuente: Plan Decenal de Educación 2008-2019. Quinta Versión. SEE

Cuadro III.11		Tasa bruta de escolaridad en el último grado de nivel inicial (último año), 2004-2008
Año	Tasa bruta del último año del nivel inicial*	
2004-2005	75.5	
2005-2006	76.2	
2006-2007	76.1	
2007-2008	77.8	

\* Se cursa a los 5 años.  
Fuente: Secretaría de Estado de Educación

Cuadro III.12		Distribución de los estudiantes de tercero y sexto grado de primaria en RD y ALC por años de escolarización previa a la primaria, 2007					
	Ninguno	1	2	3	4 o más	Total	
RD 3ero	33.24	32.67	11.45	18.41	4.23	100	
AL 3ero	26.97	29.36	16.46	14.79	12.42	100	
RD 6to	31.75	30.34	12.29	20.53	5.09	100	
AL 6to	28.17	29.78	15.23	15.38	11.44	100	

Fuente: UNESCO LLECE 2008, p.189

### Nivel Básico

El nivel básico ha logrado una importante expansión de su matrícula en la década de los noventa. Tal como se señaló, la tasa bruta de escolaridad de este nivel era del 70% en el año 1990, previo al inicio del Plan Decenal 1992-2002. La concentración de recursos y esfuerzos en este nivel durante el desarrollo del Plan tuvo como logro que 15 años más tarde la cobertura neta para el nivel fuera del 91%. Los datos de los últimos años señalan una cierta estabilidad en la cobertura neta de este nivel y no se observan diferencias entre

<sup>33</sup> SEE 2008

<sup>34</sup> Artículo 220, Ley General de Educación 66-97.

<sup>35</sup> Subsecretaría de Planificación 2007-2008



las tasas de niños y niñas (Cuadro III.13).

La tasa bruta de escolaridad se encontraba en el año escolar 2005-2007 en 107% y ha aumentado levemente en los últimos tres años, lo cual indicaría una mejora en la eficiencia. La sobreedad total en la educación básica, es decir, niños y niñas que cursan primaria por encima de la edad correspondiente, ha oscilado entre 224 mil y 255 mil para el período 2000-2006, para un promedio de

237 mil, equivalente al 16% de la población total matriculada en la educación básica. El análisis de los datos según sexo indica una mayor presencia de varones que de mujeres en situación de sobreedad.

La ENDESA 2007 también registra avances en la tasa bruta de matriculación, al calcular una tasa neta total de 89.1%, comparado con 85.6% registrado en ENDESA 2002, mientras que la tasa bruta de matriculación son de 110% y 115% para los mismos años respectivamente, es decir disminuye la bruta y aumenta la neta, con cambios más intensos en la neta de las mujeres y en la bruta de los hombres. A nivel socioeconómico, ENDESA 2007 establece que la tasa neta aumenta por quintiles y es más intensa entre hombres que entre mujeres, mientras que la tasa bruta disminuye y registra igual nivel de intensidad por sexo. La tasa bruta registra un comportamiento de U invertida cuyo pico es el quintil intermedio.

La diferencia interprovincial de la tasa de asistencia escolar para 2007 es relativamente baja (menos de 5%), aunque es mayor en la neta que en la bruta, y en el tiempo tiende a aumentar, denotando una divergencia interprovincial. La provincia Duarte registra la mayor tasa de asistencia neta (94.9%) en 2007, seguida de Santiago Rodríguez (94.4%) y Hermanas Mirabal (93.8%), mientras que las más bajas tasas se registran en El Seybo (83.1%), La Romana (81%) y San Pedro de Macorís (72.7%). La mayor tasa bruta es de 122% en Santiago Rodríguez, seguido de Bahoruco (118%) y Independencia (117.9%) (Anexo III.16).

### Nivel medio

Durante el período 2005-2006 la matriculación total en la educación básica era de 469 mil estudiantes, de la cual el 75% estaba en planteles públicos, proporción que se ha mantenido relativamente constante desde el 2000. Con una presencia mayoritariamente femenina del orden del 55%, y una brecha más marcada en la escuela pública (56%) que en la privada (55%), mientras en la educación básica se presenta la situación contraria, un sesgo hacia el sexo masculino, donde la participación de la mujer es de 48% en el sector público y 49% en el privado.

La mitad del estudiantado del nivel medio asiste a la tanda matutina, el 28% concurre a la vespertina y el 21.6% a la nocturna. Este último grupo, además de los problemas de calidad que han sido discutidos previamente y al incumplimiento de los horarios por parte de docentes, enfrenta los problemas derivado de la falta de electricidad. Esta situación es peor en la escuela pública, ya que el 26.2% de los estudiantes asiste en horario nocturno mientras que en la privada es apenas el 6.1% (Cuadro III.14). Dentro de la educación pública y semioficial la situación es más dramática en algunas regiona-

Año	Tasa Bruta de matriculación			Tasa Neta de Matriculación		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
2000-2001	107%	108%	106%	91%	91%	92%
2001-2002	108%	109%	108%	92%	91%	92%
2002-2003	110%	112%	108%	93%	93%	93%
2003-2004	107%	109%	104%	92%	93%	91%
2004-2005	106%	109%	104%	91%	92%	91%
2005-2006	107%	110%	104%	91%	92%	91%
2006-2007	118%	121%	116%	95%	95%	96%

Fuente: Secretaría de Estado de Educación.

Cuadro III.14

### Participación de los estudiantes de media por tanda (matutina, vespertina y nocturna) (2005-2006)

Tanda	Pública	Privada	Total
Matutina	43.0%	76.9%	51.0%
Vespertina	30.8%	17.0%	27.6%
Nocturna	26.2%	6.1%	21.5%

Fuente: SEE

Cuadro III.15

### Matriculación bruta y neta en educación media en el Sector Público (en porcentaje)

Años	Tasa Bruta	Tasa neta
2004-2005	61.80	36.50
2005-2006	65.24	38.23
2006-2007	75.30	47.40
2007-2008	78.12	49.47

Fuente: SEE. Síntesis de las Estadísticas e Indicadores 2007-2008

Cuadro III.16

### Niveles de convergencia interprovincial: Tasa neta y de asistencia escolar a la básica y a la media

Concepto		Básica	Media	Media/Básica	
2002	Tasa neta de asistencia	Hombres	5.2%	29.5%	5.7
		Mujeres	3.6%	19.7%	5.4
		<b>Total</b>	<b>4.0%</b>	<b>22.5%</b>	<b>5.6</b>
	Tasa bruta de asistencia	Hombres	3.7%	25.5%	6.8
		Mujeres	3.4%	15.6%	4.6
		<b>Total</b>	<b>2.5%</b>	<b>18.9%</b>	<b>7.6</b>
2007	Tasa neta de asistencia	Hombres	5.4%	23.0%	4.2
		Mujeres	4.7%	16.7%	3.5
		<b>Total</b>	<b>4.8%</b>	<b>18.5%</b>	<b>3.9</b>
	Tasa bruta de asistencia	Hombres	4.3%	16.0%	3.8
		Mujeres	3.8%	14.4%	3.7
		<b>Total</b>	<b>3.6%</b>	<b>13.0%</b>	<b>3.6</b>

Fuente: ODH/PNUD con información de ENDESA 2002 y 2007- Anexo III.17

Nota: La convergencia interprovincial se da cuando los coeficientes disminuyen en el tiempo.

les, donde más de una tercera parte del estudiantado asiste en horarios nocturnos, como son los casos de las regionales 15 y 10 de Santo Domingo (43% y 40% respectivamente), la 04 de San Cristóbal (39%) y en Santiago (36%) (Anexo III.18).

La tasa bruta de matriculación para el nivel medio alcanzó su nivel máximo de 78.12%, durante el año escolar 2007-2008, mientras que la tasa neta de escolaridad es de 49.47%, lo que significa más de 212 mil jóvenes en sobreedad (Cuadro III.15). Los cálculos derivados de la ENDESA 2007 confirman el orden de estos datos, aunque comparado con las cifras registradas en el 2002, indican un notable progreso<sup>36</sup>. Las diferencias interprovinciales son mayores en el nivel de la educación media que en la básica, aunque en la primera las diferencias interprovinciales se reducen en el tiempo mientras que en el nivel básico tienden a aumentar ligeramente. De manera que se observa una tendencia a la convergencia interprovincial en la educación media pero no en la básica, entre 2002 y 2007 (Cuadro III.16).

Se observan diferencias entre zonas urbanas y rurales, principalmente en el nivel medio e inicial, y ello se vincula a las limitaciones en la oferta educativa. En el año 2004, el 44% de las escuelas rurales ofrecían solo el primer ciclo<sup>37</sup>. De acuerdo con datos del Plan Decenal de Educación 2008-2018, existen en la actualidad 1,600 centros educativos que solo ofrecen hasta 4° grado.

Finalmente, la incidencia de las diferencias socioeconómicas en la tasa de asistencia neta y bruta muestran mejoría a medida que aumenta el nivel de riqueza, al extremo que la diferencia entre el primer y último quintil en la asistencia neta es de 49 puntos porcentuales y en la bruta de 59 puntos porcentuales para el 2007 (Anexo III.19).

#### III.4.2 Sobreedad

La sobreedad en el nivel básico ha descendido en los últimos cinco años escolares en 4.3 puntos porcentuales y en el nivel medio ha disminuido 21.3 puntos porcentuales. Esto significa una reducción promedio de la sobreedad de aproximadamente 17 mil estudiantes en el nivel básico y 34 mil en el medio, entre el año académico 2002/03 y 2006/07 (Gráfico III.5).

La sobreedad se presenta con más intensidad en República Dominicana que en el resto de América

Latina. En efecto, según el estudio de UNESCO LLECE 2008, si se toma la distribución de estudiantes de tercer y sexto grado de primaria por grupo de edad, se observa que el 56.9% del estudiantado

<sup>36</sup> Según ENDESA 2002 y 2007, la tasa bruta de matriculación pasó de 56.1% en 2002 a 72.6% en 2007 y la neta de 34.5% a 45.1%.

<sup>37</sup> BID/BM 2006



do de tercero tienen 9 años o menos en República Dominicana, mientras que en América Latina es el 72.5%. En el caso del grupo de estudiantes de sexto grado, en el país el 59% tiene menos de 12 años, mientras que en América Latina es el 73% (Cuadro III.17).

La sobreedad se vincula a la alta tasa de repitencia. En el año 2004, una persona joven de 18 años de edad permanecía en promedio 11.5 años en el sistema educativo y lograba solo 8.41 años de escolaridad. Al año 2006 este valor mejoró a 9.14 años de escolaridad promedio<sup>38</sup>.

La sobreedad también afecta el rendimiento escolar, pero principalmente en la escuela privada. Los resultados del estudio del Consorcio de Evaluación e Investigación Educativa (CEIE)<sup>39</sup> indican que en matemáticas hay diferencias en la escuela privada que favorecen a los niños y niñas que no tienen sobreedad frente a quienes si tienen, a la vez que no hay diferencias en el desempeño por sobreedad en las escuelas públicas.

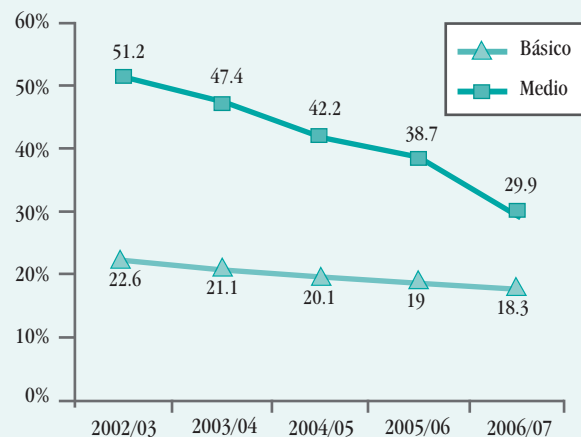
En comprensión de lectura se presentan más diferencias. La población estudiantil que no tiene sobreedad presenta mejores desempeños que aquellos que la tienen, tanto en el caso de las escuelas públicas rurales y privadas, como en las escuelas públicas urbanas. Los niveles de logro del grupo de estudiantes con sobreedad son parecidos en los tres tipos de escuelas.

Es importante señalar, que hay un mayor nivel de sobreedad en las escuelas públicas rurales que en las escuelas públicas urbanas, que a su vez, superan a los centros educativos privados, según el CEIE. Estos datos también muestran que la sobreedad se asociaría a niveles más bajos de rendimiento, no solo como un factor individual, sino también como un factor contextual, lo cual plantea una posible relación entre la sobreedad y el rendimiento académico de todos los y las estudiantes. Parecería haber indicios de que los niños y niñas tienen en promedio logros más bajos si se encuentran en grupos con niveles significativos de sobreedad. Asimismo, cuando ésta es un factor contextual, las escuelas públicas logran mejores desempeños que las escuelas privadas.

### III.4.3 Promoción

Las tasas de promoción para el nivel básico y medio han mejorado en el tiempo desde principios de los años setenta y muestran cierta estabilidad desde el año 2000. Este aumento denota una mayor eficiencia del sistema educativo (Gráfico III.6 y Anexos III.20 y III.21).

**Gráfico III.5** Sector público. Tasa de sobreedad de los niveles: básico y medio, 2002-2007



Fuente: SEE. Síntesis de las Estadísticas e indicadores 2006-2007

**Cuadro III.17** Distribución de estudiantes de tercer y sexto grado de primaria por edad

Cursos	7 o menos	8	9	10	11
RD 3ero	3.31	25.39	28.24	19.99	23.07
AL 3ero	1.25	30.7	40.53	14.67	12.85
Cursos	10 o menos	11	12	13	14 o más
RD 6to	5.47	26.03	27.57	18.49	22.44
AL 6to	1.6	30.97	40.53	15.01	11.89

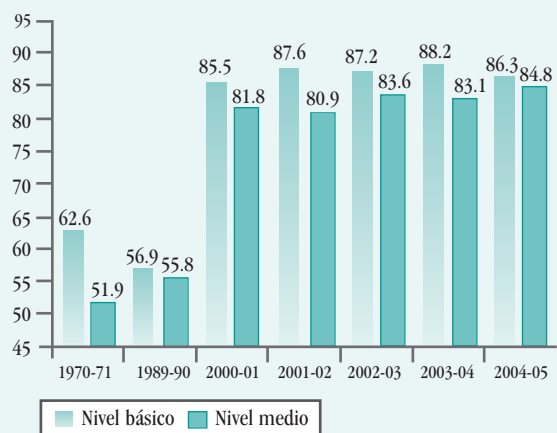
Fuente: UNESCO y LLECE 2008, p. 188

<sup>38</sup> Procesamiento especial de la EFT 2006. UAES/SEEPyD. No se contó con la información sobre la cantidad de años en el sistema educativo que demandó obtener este nivel de escolaridad.

<sup>39</sup> Consorcio de Evaluación e Investigación Educativa (CEIE) 2006

Porcentaje de promoción a nivel básico y media, 1970-2005

Gráfico III.6



Fuente: Plan Decenal de Educación 2008-2018. 5ª versión.

El aumento de las tasas de promoción podría estar vinculado a la Ordenanza 1-96 que regula la evaluación y promoción de estudiantes, la cual señala una promoción automática para 1° y 2° grado de básica, que no depende del desempeño de niños y niñas en ambos grados. Esta medida responde al enfoque constructivista que adopta la transformación curricular durante el Plan Decenal de Educación 1992-2002, mediante la cual se pretende brindar al estudiantado de esos grados un marco más flexible y personalizado para lograr los aprendizajes. Sin embargo, tanto el enfoque como las estrategias que involucran no fueron trabajadas adecuadamente en las aulas con el personal docente a cargo, y el resultado ha sido una promoción automática sin lograr los aprendizajes necesarios, situación que se hace visible en 3° y 4° grado. La disminución de la repitencia en los dos primeros grados implica un aumento de la misma en los grados subsiguientes, es decir,

se traslada el problema. Esta situación también implica que no se producen los aprendizajes propuestos para los primeros grados<sup>40</sup>.

Por otro lado, el hecho de que se registren resultados bajos en las pruebas nacionales y que los mismos se deterioran en el tiempo sugiere que el sistema educativo promueve a estudiantes sin que hayan logrado los aprendizajes esperados, situación que surge al finalizar los respectivos niveles y al realizar las pruebas nacionales. La práctica de la promoción automática en el primer ciclo del nivel básico podría relacionarse con los factores que originan la deficiente calidad del estudiantado.

En efecto, los resultados de las evaluaciones administradas por el Consorcio de Evaluación e Investigación Educativa (CEIE)<sup>41</sup> al estudiantado de 3°, 4° y 5° grado muestran que estos tienen bajos niveles de logros en matemáticas y comprensión de lectura<sup>42</sup>.

En el área de Matemática, no se observan diferencias entre las zonas urbanas y rurales ni entre sexos. Sin embargo, si hay diferencias entre estudiantes de escuelas públicas y de escuelas privadas, aunque en ambos casos los desempeños son bajos en promedio.

En cuanto al área de comprensión de lectura, los resultados son menos uniformes. En primer lugar, se observan mejores resultados para los grados mayores de todas las escuelas y diferencias significativas que favorecen las escuelas privadas. Los resultados obtenidos por estudiantes de colegios

<sup>40</sup> De Lima 2002; De Lima 2003

<sup>41</sup> Consorcio de Evaluación e Investigación Educativa (CEIE) 2006. Estos resultados se observan a partir de evaluaciones que midieron el grado de dominio de los contenidos planteados por el currículo dominicano para 3° grado en estas dos áreas. Para aplicar la evaluación se seleccionó una muestra representativa de escuelas de todo el país que integran escuelas públicas de zonas urbanas, escuelas públicas completas de zonas rurales y escuelas privadas acreditadas por la Secretaría de Estado de Educación.

<sup>42</sup> Las pruebas que evaluaron la comprensión registraron que la mayoría del estudiantado solo pudo contestar 7.37 preguntas de un total de 21; los de 5° grado solo pudieron contestar en promedio menos de la mitad de las preguntas del currículo de 1° a 3° grado. En matemática, se evaluaron 35 preguntas en total, también basadas en el currículo de 1° a 3° grado. La mayor parte de los estudiantes contestaron en promedio el 33% de las preguntas, donde, el grupo de 5° grado solo pudo contestar 12 de las 35 preguntas. Aunque en ninguno de los grados, el estudiantado pudo completar la evaluación adecuadamente, si se observa un mejoramiento en los resultados a medida que avanzan de 3° a 5° grado.

privados de 3° grado se igualan con aquellos de los alumnos de 5° grado de las escuelas públicas. Asimismo, a partir de 4° grado los resultados de las escuelas públicas urbanas superan a aquellos de las escuelas públicas rurales. Se destaca que a diferencia de matemáticas donde no se observan diferencias por género, en el caso de la comprensión de lectura, las niñas tienen mejores resultados que los niños.

En ambas áreas, los resultados presentan una mayor variabilidad en los colegios privados, lo cual indica que la calidad de la educación privada es muy variable.

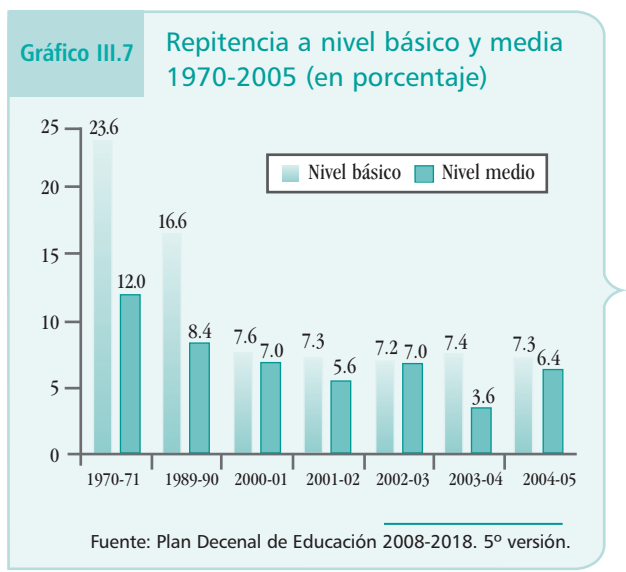
Investigaciones cualitativas<sup>43</sup> realizadas sobre prácticas pedagógicas en las escuelas nos brindan datos que corroboran esta situación. De acuerdo con diferentes estudios, aún predomina en las escuelas una visión enciclopedista del conocimiento que prioriza los contenidos conceptuales y favorece la memorización como estrategia de aprendizaje por parte del estudiantado. Esta estrategia facilita su progreso en el sistema pero no promueve el aprendizaje significativo, lo cual podría explicar los resultados de las evaluaciones planteadas. Asimismo, se observa a partir de estas investigaciones que el manejo del conocimiento en el aula es muy superficial y no se profundiza en los temas abordados. Por ejemplo, uno de los estudios<sup>44</sup> muestra como los y las estudiantes presentan en la clase de literatura las obras de escritores y escritoras sin haber leído sus obras literarias, aunque este es un requerimiento para la preparación de estas presentaciones. Estos resultados son una muestra de cómo el estudiantado no logra los propósitos de aprendizajes para cada grado planteados por el currículo dominicano.

Este Informe entiende, tal como fue indicado, que entre las múltiples causas de la falta de dominio de los contenidos está la Ordenanza 1-96 de la promoción automática entre 1° y 3° grado, ya que un efecto no deseado de la no repitencia parece haber sido un proceso de devaluación de los estándares de aprendizaje<sup>45</sup>. Las condiciones de aprendizaje en las aulas, los recursos disponibles, la cantidad de estudiantes por aulas, sus contextos socioeconómicos y familiares, y las debilidades en la formación y manejo de los contenidos de los docentes también pueden haber colaborado a esta devaluación.

### III.4.4 Repitencia

En coherencia con el mejoramiento de las tasas de promoción, se observa un descenso en la tasa de repitencia desde el año 1970, tanto para el nivel básico como para el nivel medio. Para el nivel básico, la tasa de repitencia desciende de un 23.6% en el año escolar 1970-1971 a un 7.3% en el año escolar 2004-2005 con una reducción de 16 puntos porcentuales en 35 años. Para el nivel medio, los niveles de repitencia se reducen a la mitad, ya que en el año 1970 la tasa de repitencia era del 12% y en el 2004, de 5.6%. (Gráfico III.7).

Tanto para los niveles de promoción como los de repitencia, se observa que el mejoramiento de los indicadores se hace más leve en los últimos años.



<sup>43</sup> Valera et al 2001; Pepén Peguero y Ziffer 2005; Ziffer et al 2007; Ziffer 2008

<sup>44</sup> Ziffer 2008

<sup>45</sup> De Lima 2002; De Lima 2003

Según la ENDESA 2002 y 2007, en la educación básica se pueden distinguir varias tendencias (Anexo III.22):

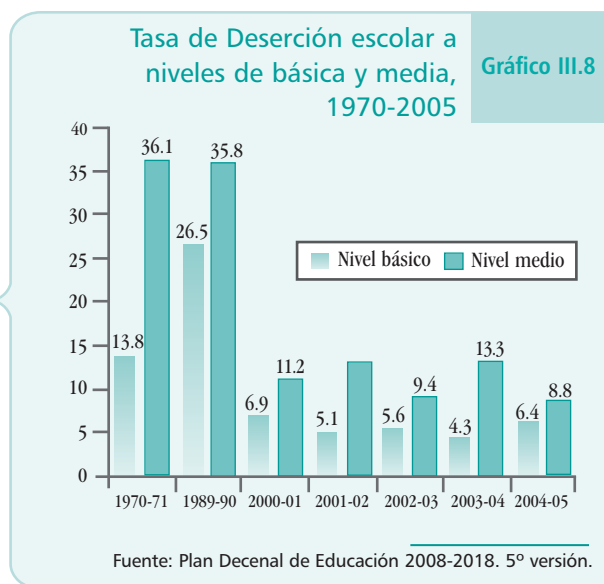
- La tasa de repitencia total disminuye a medida que aumenta el grado escolar y en el tiempo.
- La tasa de repitencia es mayor en hombres que en mujeres. Esa diferencia aumenta en el tiempo aunque disminuye a medida que aumenta el grado escolar.
- La tasa de repitencia es mayor en las zonas rurales que en las urbanas, pero esta diferencia disminuye a medida que aumenta el grado escolar y ha cambiado muy poco en el tiempo.
- Las diferencias interprovinciales son elevadas y no hay convergencia interprovincial.
- Por estrato socioeconómico, la repitencia disminuye a medida que aumenta el estrato (Anexo III.23).

Finalmente, además de los problemas de eficiencia que conlleva la alta tasa de repitencia, ésta última plantea el peligro de la deserción. Según el Informe de Pobreza 2006 del BID y del Banco Mundial<sup>46</sup>, a partir de las estimaciones con datos estadísticos de la ENCOVI 2004, se determinó que el grupo de estudiantes repitentes tienen más posibilidades de abandonar la escuela. Un estudio empírico realizado en la zona suroeste de la República Dominicana plantea hallazgos en este mismo sentido. En éste se señala que los y las estudiantes repitentes tienden a cambiar de tanda a la que asisten y que este cambio de tanda es el primer paso a la deserción escolar<sup>47</sup>.

### III.4.5 Deserción

La deserción escolar ha mejorado en el largo plazo. En el nivel básico, la deserción calculada a mediados de la década del 2000 era la cuarta parte de la dimensión registrada en tres lustros atrás. Cambios similares se registraron en la educación media (Gráfico III.8).

Se evidencian algunas tendencias en cuanto al comportamiento de este indicador (Anexo III.24):



- La deserción escolar tiende a ser más alta en el nivel medio que en el nivel básico.
- Con base en la ENDESA 2007 y 2002, se observa que la deserción aumenta entre los años de nivel básico, lo cual es consistente con la información de la SEE que registra un aumento a partir de 2002-2003.
- La deserción aumenta con el grado escolar en la educación básica.
- Al 2002 no se registran marcadas diferencias por sexo en la deserción escolar a nivel de educación básica, sin embargo, en el 2007 la deserción en hombres es ligeramente superior que en mujeres. Según el Informe de Pobreza del BID y del Banco Mundial, los datos de deserción y repitencia según sexo, indica que son más bajos para las mujeres que para los varones<sup>48</sup>. Ser

<sup>46</sup> BID BM 2006

<sup>47</sup> Doñé y Faña 2003

<sup>48</sup> BID BM 2006

varón, inmigrante o joven jefe de hogar son factores que inciden negativamente en las probabilidades de transitar y egresar a tiempo del sistema educativo<sup>49</sup>.

- La deserción escolar en la zona rural a nivel de básica es mayor que en la zona urbana, aunque esta diferencia se reduce significativamente entre 2002 y 2007.
- Las diferencias interprovinciales de la deserción escolar en el nivel básico disminuye con los grados escolares, pero aumenta en el tiempo, lo que muestra una falta de convergencia.
- Por estrato socioeconómico, la deserción escolar en el nivel básico disminuye a medida que aumenta el estrato (Anexo III.25).
- El porcentaje de estudiantes de tercer y sexto grado de primaria que trabaja fuera de su casa en la República Dominicana está entre los más altos de la región. En el tercer grado es el más alto y en sexto está en segundo lugar. En ambos casos, la incidencia es del orden de 1.5 veces el promedio de América Latina (Cuadro III.18).

En la inasistencia de niños, niñas y adolescentes (NNA) al sistema educativo concurren diversas razones y situaciones, tanto desde el ámbito de la oferta como por la demanda de los servicios educativos. Las causas varían en función de la edad, el sexo y zona de residencia (urbana y rural), aunque este grupo tiene en común que proviene de los estratos más pobres y vulnerables de la sociedad.

A partir de los datos de ENHOGAR 2006, Cáceres y Morillo (2008) evidencian que para la población de 5 años, entre las principales causas para la inasistencia están: la edad, no le gusta estudiar, la espera del nuevo año escolar y lejanía de las escuelas. La alta proporción de inasistencia por razones de edad y a la espera de un nuevo año escolar para este grupo etario expresa en parte el grado de desconocimiento de la población sobre la obligatoriedad legal de la educación preescolar para los niños y niñas a partir de esa edad.

Para el tramo de edad de 6 a 13 años, la ENHOGAR 2006 revela que entre las razones principales de inasistencia están: razones de salud, no hay dinero, no le gusta estudiar, problemas de documentos, la edad y la distancia de la escuela. Por último, para las personas adolescentes, las razones de inasistencia varían según el sexo. Para los varones de 14 y 17 años, la principal causa es que no le gusta estudiar, seguida porque tenía que trabajar y por la falta de dinero, evidenciado el gran peso que tienen para esta población las razones económicas. En tanto, para las adolescentes mujeres, la principal causa de inasistencia a la escuela es el embarazo o haberse casado, seguido porque no le gusta estudiar, la escuela está lejos, no había dinero en su familia y tenía que trabajar, entre otras causas.

Otras investigaciones realizadas en el país también han evidenciado que el comportamiento de los indicadores de deserción escolar están íntimamente asociados a los roles de género. En efecto, hallazgos de investigaciones cualitativas sobre prácticas educativas y género<sup>50</sup> señalan que de acuerdo a los patrones culturales vigentes los hombres son considerados como los proveedores de la

Cuadro III.18   Porcentaje de estudiantes de tercer y sexto grado de primaria que trabaja fuera de casa en países de la región		
Países	3er Grado	6to Grado
Rep. Dominicana	14.52	13.91
Guatemala	13.43	17.55
México	11.90	12.05
El Salvador	11.37	13.97
Chile	10.91	6.90
Ecuador	10.68	10.26
Colombia	9.96	9.93
Nicaragua	9.80	12.90
Perú	9.47	11.54
Costa Rica	9.16	4.26
Panamá	9.08	5.80
Uruguay	8.14	4.92
Brasil	7.46	11.82
Argentina	7.16	5.92
Paraguay	5.47	10.37
Cuba	0.41	0.17
Promedio países	9.31	9.52

Fuente: UNESCO LLECE 2008, p.189

<sup>49</sup> BID BM 2006

<sup>50</sup> Ayala, Quiroga et al 2006. Otras investigaciones sobre prácticas educativas que no asumen el enfoque de género pero que plantean datos similares son Valera et al 2001; Pepén Peguero y Ziffer 2005.

familia y las mujeres deben encargarse del cuidado del hogar y la familia. Estos roles tradicionales podrían promover que los niños y jóvenes dejen la escuela para trabajar. Asimismo, el Informe de Seguimiento de Educación Para Todos/as de la UNESCO<sup>51</sup> incluye a la República Dominicana como uno de los países que corre el riesgo de no alcanzar el objetivo de paridad entre los sexos en el 2015, debido al bajo acceso de los varones al nivel medio.

En el caso de las mujeres, el matrimonio temprano o el embarazo, se vincula a las causas de la deserción. El matrimonio temprano incide negativamente en los logros educativos, la capacidad de encontrar empleo y por tanto de generar ingresos, lo cual inicia un círculo vicioso que conduce a mayor pobreza. En República Dominicana el matrimonio temprano ha permanecido constante, en la vecindad de 19 años, con un año de diferencia entre zona rural y urbana. El porcentaje de mujeres que hoy tienen entre 25 y 49 años, y que han tenido hijos o hijas antes de los 15 y 18 años, ha permanecido constante (Anexo III.26).

El embarazo adolescente es un fenómeno de alta incidencia, aunque disminuye ligeramente en los últimos años<sup>52</sup>. Si bien la ley plantea que las adolescentes no pueden ser sacadas de la escuela por esta razón, las informaciones del Departamento de Educación en Género y Desarrollo sugieren que esto continúa en las escuelas que no cuentan con las herramientas adecuadas para prevenir y dar respuesta eficaz a esta situación, presionadas también por la comunidad que teme el “contagio” de este fenómeno. El desconocimiento de la ley y la débil concepción de la educación como un derecho en todos los actores escolares tampoco favorecen la continuidad de los estudios de estas jóvenes.

#### III.4.6 La educación para personas adultas

En la modalidad de Educación de Adultos, al inicio del año escolar 2005-2006 había un total de 117,538 estudiantes matriculados en los niveles de básica, media, y formación laboral. Hay una presencia mayoritariamente femenina en los ámbitos de la educación básica y laboral, lo cual coincide con las tendencias del sistema educativo en el nivel medio (Cuadro III.19).

Esta población asiste a 630 centros educativos en los que se desempeñan 4,791 docentes. De estos últimos, aunque la gran mayoría tiene título de licenciatura en educación, dichos títulos se orientan a la educación de niños, niñas y adolescentes, y no a la formación de jóvenes y personas adultas que requieren estrategias de enseñanza y aprendizaje diferentes. Esto constituye una debilidad y plantea la necesidad de desarrollar un programa de formación específico para el cuerpo docente de esta modalidad<sup>53</sup>.

Por otra parte, la oferta educativa que se ofrece es insuficiente si se toma en cuenta que según el Censo del 2002, el 33% de la población de 15 a 29 años no había completado la educación básica y el 69% de la población entre 20 y 29 años, no había completado la educación media. Estos porcentajes suman aproximadamente un millón de personas que no lograron alcanzar un nivel educativo que les permita integrarse productivamente

Por otra parte, la oferta educativa que se ofrece es insuficiente si se toma en cuenta que según el Censo del 2002, el 33% de la población de 15 a 29 años no había completado la educación básica y el 69% de la población entre 20 y 29 años, no había completado la educación media. Estos porcentajes suman aproximadamente un millón de personas que no lograron alcanzar un nivel educativo que les permita integrarse productivamente

Cuadro III.19 Matrícula de la modalidad de educación de personas adultas por nivel y sexo, 2005-2006			
Nivel / Sexo	Femenino	Masculino	Total
Básico	18,475	10,927	29,402
Prepara	33,533	40,969	74,502
Laboral	11,735	1,899	13,634
Total	63,743	53,795	117,538

Fuente: Departamento de Estadística SEE

<sup>51</sup> UNESCO 2007

<sup>52</sup> Según ENDESA 2007, el porcentaje de adolescentes (15 a 19 años) que ya han sido madres o que han estado embarazadas por primera vez disminuyó, ya que pasó de 22.6% en 1996 a 23.2% en 2002 y 20.5% en 2007.

<sup>53</sup> Cabello Martínez 2006

**Recuadro III.4** Debilidades, necesidades y prioridades de la educación de personas jóvenes y adultas en República Dominicana

Debilidades	Necesidades	Prioridades
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El 10% de la población analfabeta.</li> <li>• La inexistencia de programas de formación inicial y especialización para maestros/as de educación de personas jóvenes y adultas, aunque se observan algunas iniciativas al respecto.</li> <li>• La falta de correspondencia entre las escuelas de capacitación laboral y las demandas del mercado productivo.</li> <li>• La escasez de ofertas curriculares atractivas y adecuadas a las necesidades e intereses de las personas jóvenes y adultas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El apoyo y seguimiento a las acciones de alfabetización para superar los niveles de analfabetismo.</li> <li>• La reingeniería de las Escuelas Básicas de Jóvenes y Adultos/as.</li> <li>• Programas de formación inicial y especialización para docentes que trabajan con la Educación de Personas Jóvenes y Adultas. (EPJA)</li> <li>• La creación de un sistema de evaluación y seguimiento para los diferentes programas de la EPJA.</li> <li>• Mayor inversión para fortalecer la Educación de Personas Jóvenes y Adultas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir los niveles de analfabetismo de la población mayor de 15 años.</li> <li>• Integrar a los/as beneficiarios/as de los Programas de Alfabetización, de las escuelas de Educación Básica y de Bachillerato en los programas de formación laboral.</li> <li>• Ofrecer formación continua a los/as docentes de EPJA.</li> </ul>

Fuente: ODH/PNUD con base en Cabello Martínez 2006.

a la sociedad<sup>54</sup>. Entre las personas ocupadas, como se discutió más arriba, el 43.3% en promedio no había completado primaria (más de 1.4 millones de personas promedio) entre 2000-2007 y el 14.7% no había completado el nivel medio (471 mil personas). Estas cifras dan cuenta de la falta de oportunidades para 1.9 millones de dominicanos que no han tenido ninguna educación, o que no han podido terminar la básica completa, ni la media completa, lo cual debilita la cohesión social.

En el Recuadro III.4 se sintetizan las debilidades, necesidades y prioridades de la educación de personas jóvenes y adultas. Estas necesidades y prioridades coinciden por lo general con las políticas señaladas en el Plan Decenal, con la única excepción que la reducción del analfabetismo no se incluye como una política prioritaria en el Plan Decenal.

### III.4.7 Las necesidades educativas especiales

Se han realizado importantes avances en relación al establecimiento de escuelas inclusivas para mejorar la calidad de la educación de las personas con necesidades educativas especiales. Los mismos se refieren a la creación del marco legal, a la elaboración de materiales educativos, la atención temprana y la formación laboral. Aún así, existen otros aspectos por mejorar y que son desafíos al sistema educativo para las escuelas más inclusivas.

Una primera cuestión que surge de los documentos oficiales<sup>55</sup> es que las personas que asisten a las escuelas de educación especial no corresponden con la población que debería asistir a las mismas. Por lo general, son estudiantes que presentan problemas de disciplina, se muestran desinteresados o son repitentes. La derivación de estudiantes con estos problemas a las escuelas especiales es el resultado de la falta de herramientas adecuadas para tratar apropiadamente a este tipo de estudiantes.

<sup>54</sup> Diagnóstico Plan Decenal 2008-2018

<sup>55</sup> Plan Decenal de Educación 2008-2018; SEEC 2000



Cuadro III.20

### Estudiantes y docentes de educación especial en las escuelas 2005-2006

Concepto	Sector público	Sector privado	Sector semi oficial	Total
Estudiantes	3,289	1,186	419	4,894
Docentes	605	377	111	1,093

Fuente: Departamento de Estadística SEE

La población infantil y joven con discapacidad<sup>56</sup> muy a menudo no asiste a la escuela y esto aumenta sus niveles de privaciones. Esta situación debilita el desarrollo humano y la cohesión social, tanto por la falta de acceso de las personas con discapacidad a una educación inclusiva y de calidad, como por la falta de institucionalidad que genera el incumplimiento de los acuerdos internacionales y las leyes. En efecto, se incumple la propia Ley General sobre la Discapacidad (42-00) y los compromisos de la Convención de las Naciones Unidas sobre los

Derechos de las Personas con Discapacidad, de la cual la República Dominicana es signataria.

Por otra parte, la ausencia de estadísticas actualizadas sobre la situación de niños, niñas y jóvenes con necesidades educativas especiales representa también una dificultad para el establecimiento de las políticas de inclusión.

Actualmente hay casi 5 mil estudiantes en educación especial y alrededor de mil docentes, observándose una relación de estudiantes por docente de 5.4 en el sector público y de 3.1 en el sector privado (Cuadro III.20). En las escuelas públicas, se encuentra el 67% del estudiantado, pero no se sabe la distribución por sexo.

Los Centros de Recursos para Atención a la Diversidad aparecen como una estrategia adecuada para la inclusión educativa<sup>57</sup>. Entre las fortalezas de este programa se incluyen la disposición del personal (el profesorado itinerante) para realizar el trabajo; la vinculación permanente de las familias y las escuelas; las alianzas estratégicas intra-sistema educativo y con organizaciones no gubernamentales; el apoyo efectivo que reciben los niños y niñas sujetos de inclusión, tanto del centro regular, como especiales; el reconocimiento de los derechos del estudiantado con discapacidad visual, y la valoración y monitoreo de esta práctica desde la Secretaría de Estado de Educación.

Por otra parte, las debilidades del Programa a superar incluyen:

- Dificultades en la promoción inter-niveles del sistema educativo, para estudiantes con discapacidad visual, en el caso de adaptación de pruebas estandarizadas (Pruebas Nacionales).
- Escasez de personal docente itinerante, ante nuevas demandas en todo el país.
- Competencias limitadas del personal técnico de las direcciones regionales y distritales del país, al no hallarse adscritos a la Dirección de Educación Especial, con las consiguientes dificultades de enfoque que esto supone.
- Vacíos conceptuales en la formación docente, tanto en educación especial, como en inclusión educativa, lo cual hace más ardua la labor del profesorado itinerante.

Un aspecto que se destaca de investigaciones cualitativas<sup>58</sup> sobre prácticas educativas, es la sensibilidad e interés que demuestra el personal docente en dar respuesta a las necesidades educativas especiales del estudiantado. Este interés representa una base importante para promover la inclusión y las comunidades de aprendizaje. Aún así, y como ya se ha mencionado, el profesorado maneja escasas herramientas y recursos que les permitan que estas respuestas sean eficientes. La escasez de

<sup>56</sup> El tema de discapacidad es transversal en el informe.

<sup>57</sup> Un ejemplo es el Centro Nacional de Recursos Educativos para la Discapacidad Visual Olga Estrella que promueve la inclusión de los niños y niñas con discapacidad visual a los centros educativos regulares.

<sup>58</sup> Pepén Peguero y Ziffer 2005



recursos económicos, la dificultad para la apropiación de nuevos paradigmas y la escasa formación adecuada son también dificultades a superar.

La Ley General sobre la Discapacidad, No. 42-00, especifica que las intervenciones en materia educativa deben asegurar una formación orientada al desarrollo integral de la persona en la sociedad, así como una participación efectiva en la misma. No obstante, en el caso de personas con discapacidad severa que imposibilite su incorporación a las escuelas comunes, el Estado debe crear los centros de educación especial para su capacitación hasta el máximo nivel posible y apoyarlos en aspectos técnicos y financieros. En este contexto, el Consejo Nacional para la Discapacidad (CONADIS) es la instancia responsable de vigilar, apoyar y supervisar el funcionamiento óptimo de estos centros, según los criterios de calidad de enseñanza, establecidos en el reglamento correspondiente.

En el ámbito de la educación superior, el CONADIS debe procurar ante el Consejo Nacional de Educación Superior (CONES) y la Secretaría de Estado de Educación y Cultura (SEEC), que las universidades y centros dedicados a la formación del personal docente en cualquier área, apliquen en sus programas formativos asignaturas dirigidas a atender de manera efectiva a las personas con necesidades educativas especiales. A nivel de educación inicial, el Estado tiene la responsabilidad de crear los medios y las facilidades necesarias para que las guarderías infantiles estén dotadas de los programas de intervención temprana dirigidos a niños y niñas, desde recién nacidos hasta seis años de edad.

#### **III.4.8 En resumen**

En los últimos 17 años, el sistema educativo ha logrado un aumento en la cobertura. El nivel de alfabetización ha mejorado aunque en forma desigual en el territorio nacional. La escolaridad de las personas jóvenes también ha aumentado, mientras que la distancia entre la escolaridad de la juventud rural y urbana se reduce aunque se mantienen diferencias notables entre los jóvenes de diferentes estratos socioeconómico. En general la educación se caracteriza por la formación en los valores tradicionales y en formas de aprendizajes que no fomentan la reflexión crítica, el cumplimiento responsable de los deberes y el empoderamiento de los derechos.

La matriculación en el nivel básico ha aumentado aceleradamente en los últimos años con una diferencia interprovincial baja. En el nivel inicial se ha mantenido estable, aunque es el doble del promedio para los que cursan el último grado de inicial con 5 años de edad, mientras que en la media aumenta la cobertura pero todavía con un gran déficit y una mayor matriculación femenina.

La sobreedad ha descendido aunque está por encima del promedio de América Latina. La tasa de promoción para el nivel básico y medio han mejorado en el tiempo, sin embargo ello no refleja mejoría en el manejo de los contenidos. En coherencia con la promoción ha disminuido la tasa de repitencia y deserción escolar, con diferencias por zonas de residencia y estrato socioeconómico.

La oferta de educación para las personas adultas no es suficiente, ya que más de 1.4 millones de personas ocupadas no han terminado la primaria o no tienen ninguna educación. La oferta de educación especial también es deficiente y presenta problemas de calidad, recursos y cobertura, principalmente.

### **III.5 La educación privada**

---

Para el año escolar 2005-2006, la educación privada en la República Dominicana atendía al 21% de la matrícula estudiantil no universitaria. En la educación inicial cubría al 44% de la matrícula, en la educación especial al 24%, en el nivel medio al 24% y en la básica el 18% (Cuadro III.21).

En ese mismo año escolar existían en el país 1,926 centros educativos privados acreditados, de los cuales el 58% se encontraban en Santo Domingo<sup>59</sup>. Si bien los sectores medios y altos se educan casi exclusivamente en instituciones educativas privadas, el colegio privado es utilizado cuatro veces por los sectores pobres respecto a los ricos<sup>60</sup>. La mayor presencia de la educación privada en estos niveles pobres podría estar vinculada a la menor expansión de la cobertura del sistema público en los mismos.

De acuerdo a Murray<sup>61</sup>, la explosión de los colegios privados en la República Dominicana se produjo en los años 60 a partir del fin de la dictadura de Trujillo. Durante esta época, la educación pública dominicana sufrió un importante deterioro y la educación privada católica tradicional se contrajo. Esto promueve la demanda de sectores de clase media y alta hacia una educación privada. A partir de la década del 70 surge la demanda de sectores profesionales hacia una educación no confesional y que no estuviese regida por los tradicionales códigos disciplinarios de los colegios religiosos. Esta demanda tuvo una recepción fértil en profesionales de la educación laicos que se vieron así motivados a instalar sus propios centros educativos y buscar la independencia económica.

La década de mayor auge de la educación privada fue la del ochenta, cuando superó el aumento promedio anual de la educación pública. En la década de los noventa, el empuje principal provino de la educación pública, mientras que en la década del 2000, aproximadamente una tercera parte provenía del sector privado (Cuadro III.22).

En el Informe Nacional sobre Desarrollo Humano 2008, se discuten las razones por las cuales las familias de ingresos bajos utilizan las escuelas privadas en República Dominicana, lo que constata que la escuela privada está prácticamente en cualquier estrato social. Entre las razones identificadas se destacan la insuficiencia de aulas y el deterioro de la calidad en la educación pública. Se observa que en las provincias más pobres la oferta de educación privada es casi nula<sup>62</sup>, lo cual sugiere que la educación privada ha prosperado como una consecuencia de las carencias y limitaciones del sistema educativo público y no por constituirse en una alternativa.

La Ley General de Educación 66-97 establece que la SEE tiene la función de regular la actividad privada, para lo cual dispone de la creación de la Dirección General de Instituciones Educativas Privadas y del Reglamento de las Instituciones Educativas Privadas, aprobado por el Consejo Nacional de Educación en junio del año 2000, mediante la cual se regulan todos los aspectos del funcionamiento de estos centros, con excepción de las tarifas. De acuerdo con este reglamento, las

**Cuadro III.21** | **Distribución de matrícula según nivel y sector, 2005-2006**

Nivel	Sector	Total matrícula	%
Inicial	Privado	93,617	44
	Público	112,438	53
	Semi-oficial	5,458	3
	<b>Total</b>	<b>211,513</b>	<b>100</b>
Básico	Privado	274,232	18
	Público	1,246,363	81
	Semi-oficial	26,756	2
	<b>Total</b>	<b>1,547,351</b>	<b>100</b>
Medio	Privado	115,409	24
	Público	353,753	74
	Semi-oficial	11,937	2
	<b>Total</b>	<b>481,099</b>	<b>100</b>
Especial	Privado	1,186	24
	Público	3,289	67
	Semi-oficial	419	9
	<b>Total</b>	<b>4,894</b>	<b>100</b>
Adultos	Privado	5,294	5
	Público	108,854	93
	Semi-oficial	3,390	3
	<b>Total</b>	<b>117,538</b>	<b>100</b>
Total país	Privado	489,738	21
	Público	1,824,697	77
	Semi-oficial	47,960	2
	<b>Total</b>	<b>2,362,395</b>	<b>100</b>

Fuente: Departamento de Estadística. SEE.

<sup>59</sup> Murray 2005, p. 307

<sup>60</sup> Murray 2005, p. 27

<sup>61</sup> Murray 2005

<sup>62</sup> ODH/PNUD 2008, p.178, Gráfico IV5

instituciones educativas privadas se clasifican en reconocidas y acreditadas. Según la normativa, el primer paso para poner en funcionamiento una institución educativa privada es solicitar autorización a la SEE, seguido de una verificación del cumplimiento de las condiciones necesarias. Una vez la institución educativa funciona, la Dirección General de Instituciones Educativas Privadas realiza una nueva evaluación del centro educativo, la cual cubre: el personal docente, la planta física, la organización de los estudiantes en las aulas, la biblioteca, laboratorio de informática y de ciencias, las áreas de recreación, los recursos didácticos, entre otros. Una vez superada se adquiere la categoría de institución reconocida por la SEE. De acuerdo con información obtenida en la Dirección General, a menudo los colegios privados no cumplen el primer paso y la SEE los visita al conocer que han iniciado sus labores, situación que denota tanto una falta de apego a los reglamentos por parte de las instituciones educativas privadas y debilidades de la SEE para hacer cumplir la normativa, fruto de la débil institucionalidad en los diferentes ámbitos del sector educativo y de la sociedad en general.

La acreditación a los colegios privados es otorgada por la SEE como resultado del ejercicio educativo del centro. Avala que el colegio responde al 100% de los requerimientos establecidos en el Reglamento de las Instituciones Educativas Privadas. Además se reglamenta que las instituciones de educación media dispongan de cinco becas de estudios para que la SEE las otorgue según un reglamento establecido para esos fines.

El Reglamento de las Instituciones Educativas Privadas determina la formación de una Comisión Consultiva de la Dirección General de Instituciones Educativas Privadas, la cual está compuesta por personal técnico de la misma, representantes de los colegios privados católicos, de los confesionales no católicos, de los no confesionales, y de las Asociaciones de Padres, Madres, Tutores y Amigos de la Escuela (APMAE). Esta comisión es elegida anualmente en forma rotativa. Finalmente, es oportuno resaltar que solo se registran las instituciones acreditadas, aún cuando existen muchos centros educativos que no tienen este status.

### III.5.1 La categorización de las escuelas privadas<sup>63</sup>

La Ley 86-00 autorizó a la Secretaría de Estado de Educación a regularizar las tarifas de los colegios privados para lo cual se ordenó la creación de una evaluación de los mismos, categorizándolos en función de cinco elementos (Recuadro III.5), a los cuales se les asignó una ponderación para obtener una calificación final. Los elementos evaluados fueron: la profesionalización del personal docente (con una ponderación de un 30%), la planta física (ponderación de 25%), el sistema de administración (20%), el equipamiento del plantel (20%) y la seguridad social para personal docentes y estudiantes (5%), sobre una base total de 1,000 puntos (Cuadro III.23). Cada elemento de la

**Cuadro III.22 Participación en el incremento de la matrícula a nivel básico y media y aumento promedio anual**

Básica	Distribución incremento			Incremento promedio anual		
	Total	Público	Privado	Total	Público	Privado
71-80	100%	79%	21%	34,114	26,829	7,284
81-90	100%	-39%	139%	8,517	-3,348	11,865
91-00	100%	99%	1%	36,699	36,343	357
01-07	100%	67%	33%	27,278	18,315	8,963
Media	Total	Público	Privado	Total	Público	Privado
71-80	100%	79%	21%	8,168	6,424	1,744
81-90	100%	44%	56%	6,834	3,037	3,798
91-00	100%	90%	10%	14,761	13,315	1,446
01-07	100%	69%	31%	25,833	17,905	7,929

Fuente: SEE.

<sup>63</sup> Este apartado se escribió con la documentación y asesoría de Aziz Mahfoud Miguel. La responsabilidad del texto es exclusiva de la Oficina de Desarrollo Humano.

categorización se descompone en un conjunto de indicadores debidamente ponderados basada en la Escala de Liker<sup>64</sup>.

Se recogió información de 2,276 escuelas y colegios privados registrados en la SEE para el año escolar de 2002-2003. Lamentablemente, esta categorización para la escuela privada no es comparable con la escuela pública, además de que no se ha vuelto a aplicar este instrumento para ningún otro año, violándose de esta forma la Ley 86-00.

Los resultados de las evaluaciones realizadas indican que el promedio de las calificaciones era de 406 puntos, donde el 53% de los colegios tenía una puntuación inferior de 381 puntos (Cuadro III.23). El 27.7% de estos centros estaba por encima del 60% de los puntos, y solamente 7 colegios lograron la calificación 1-A, Excelente (entre 1000 y 901 puntos) y 40 alcanzaron calificación 1-B Excelente (entre 900 y 801 puntos). La mayor diferencia entre la puntuación obtenida por los colegios se produce en el área de profesionalización (un coeficiente de variación de 94%), seguido del equipamiento y la administración. Del mismo modo se destaca que la dispersión entre los colegios crece a medida que se deteriora la categoría (Anexo III.27).

El 75% de los colegios no alcanza la mitad de la calificación promedio en la profesionalización y solamente el 39% de la calificación máxima en el equipamiento. Mientras que en planta física y administración el 75% de los colegios alcanza una calificación que ronda la vecindad del 60% en cada una de esas categorías. Esto significa, que los principales problemas están en la calidad de los profesores y en el equipamiento.

La distribución geográfica de los colegios privados indica que el 46% está concentrado en el área metropolitana de Santo Domingo y el 11% en el municipio de Santiago. De los 47 que tienen califi-

**Cuadro III.23 | Valores de la categorización para los colegios privados, por rango 2002-2003**

Categorías	Frecuencia			Elementos de la categorización 2002-2003					Calificación promedio
	Rango	Cantidad	%	Profesionalización (300 puntos)	Planta Física (250 puntos)	Administ. (200 puntos)	Equipamiento (200 puntos)	Seguridad social (50 puntos)	
1 1-A - Excelente	1000-901	7	0.3%	262.7	229.9	194.4	187.6	47.1	921.7
2 1-B - Excelente	900-801	40	1.8%	235.0	215.0	176.1	161.2	49.1	836.5
3 2-A - Muy Bueno	800-701	100	4.4%	194.1	199.0	161.1	141.3	48.4	743.9
4 2-B - Muy Bueno	700-601	172	7.6%	168.9	173.4	145.5	110.5	47.8	646.0
5 3-A - Bueno	600-501	309	13.6%	140.7	151.1	125.2	80.1	47.9	545.0
6 3-B - Bueno	500-401	441	19.4%	105.0	131.6	101.7	59.4	47.7	445.3
7 4-A - Regular	400-301	533	23.4%	47.9	118.5	82.4	49.3	47.9	346.1
8 4-B - Regular	300-201	468	20.6%	14.1	102.3	54.4	36.3	46.2	253.3
9 5-A - Mejorable	200-101	193	8.5%	3.7	72.5	21.8	21.0	42.5	161.5
10 5-B - Mejorable	100-0	13	0.6%	0.0	40.6	5.6	2.3	31.5	80.1
Total - media		2,276	100.0%	80	128	91	61.1	47.0	406.6
Cuartiles 1				0	100	58	36	50	281
Cuartiles 2 (mediana)				65	125	91	51	50	381
Cuartiles 3				145	151	123	77	50	513
Cuartiles 4				300	245	200	197	50	953
Coefic. Variación <sup>1</sup>				94%	31%	50%	63%	18%	42%

Fuente: Secretaría de Estado de Educación

### Recuadro III.5 Criterios de categorización de la educación privada<sup>a</sup>

#### Criterios de profesionalización para docentes y personal directivo

En lo referente a la profesionalización del personal docente y directivo se evaluaron aspectos como la titulación profesional del personal directivo, en los cargos de la dirección, subdirección, secretaría docente y del profesorado acorde con el nivel educativo que enseña, así como los cursos de perfeccionamiento en las áreas de su desempeño. A este renglón se otorgó un total 300 puntos.

#### La planta física

La SEE se enfocó en la dimensión y ubicación, la solidez, dimensiones, interdependencia, iluminación, ventilación e higiene de las dependencias e instalaciones. Se tomó en consideración que la planta física se haya edificado especialmente para uso educativo, así como las prácticas para la conservación y mantenimiento de las mismas acorde con las normas y especificaciones nacionales e internacionales para edificios escolares, los requerimientos de áreas, zonas geográficas y crecimiento de la matrícula. Asimismo, se evaluó la disponibilidad de los servicios básicos necesarios para su funcionamiento, como son el agua, luz, teléfono, gas, etc.

Adicionalmente se valoró la disponibilidad, características y recursos de la dirección, aulas, biblioteca, laboratorios, áreas deportivas y de recreo, cafetería, enfermería, orientación y psicología, entre otras. En lo referente a las instalaciones de planta física, se hace énfasis en las instalaciones eléctricas, de agua, gas, teléfonos, redes de informática entre otros.

Con un elevado nivel de detalle, la calificación de la planta física se compone de tres elementos; en primer lugar la estructura gene-

ral, que abarca la solidez de la planta, la ubicación, la verja, higiene, ventilación e iluminación; El segundo componente son las dependencias que considera: el área administrativa, aulas, pasillos, biblioteca, laboratorio de informática, área de recreo, salón multiuso, enfermería y cafetería. Finalmente, las instalaciones, sanitarias, eléctricas, deportivas y de agua.

#### El equipamiento del plantel

Con una ponderación de 200 puntos, se evalúa la biblioteca, laboratorios, canchas y espacios de recreación, instalaciones sanitarias, material didáctico apropiado a los niveles y grados que posean los colegios privados. Se enfocan los equipos y materiales didácticos que deben tener todas las dependencias del centro; los mobiliarios, equipos y materiales, tales como los de laboratorios de informática y ciencias, libros de biblioteca, sillas, escritorios, mesas, asientos del área administrativa y docente, entre otros.

#### Sistema administrativo

El sistema administrativo del centro se le asignó una puntuación de 200 puntos, considerando aspectos tales como: proyecto de desarrollo, cumplimiento de legislación, autorización de operar, expedientes de personal, instrumentos de control docente, calidad docente y administrativa, expedientes académicos, funcionamiento, desarrollo institucional, estructura organizacional, mecanismos de participación y sistema de relación laboral.

#### Seguridad social para personal docente y estudiantes

Con una ponderación de 50 puntos, se consideran aspectos como seguro personal de salud, pensión, acceso a licencias, vacaciones, regalía y seguridad del estudiantado.

<sup>a</sup> Esta parte se basa en el documento "Categorización de los Centros Privados (Ley 86-00). Sinopsis de los elementos, e indicadores de categorización. Enumeración y descripción". Documento sin fecha de la SEE.

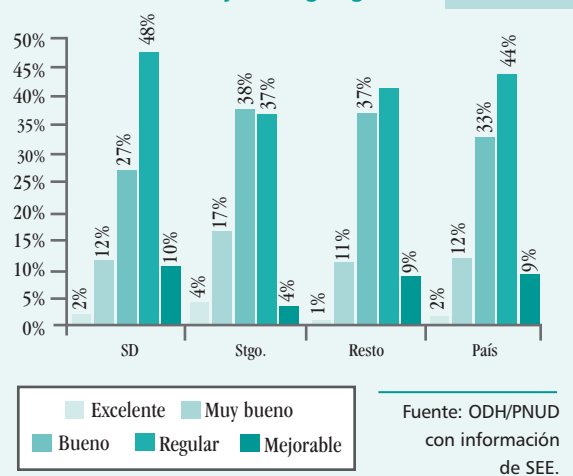
cación de excelente, el 74.4% está en Santo Domingo y Santiago. Según la calificación, el distrito escolar de Salcedo es el que logra mejor nivel promedio, seguido de Sánchez y Constanza, aunque en estos la cantidad de centros escolares es muy reducida. Los cinco distritos en peores puestos son El Mamey, Altamira, Guayubín, Esperanza y Bayaguana, aunque cada uno tiene entre uno y dos colegios, con excepción de los últimos, con 6 y 5 respectivamente (Anexo III.28).

La distribución por calificación y zonas de los centros privados muestra que en Santo Domingo predominan los calificados de regular y mejorable, en una proporción superior que en Santiago y el resto y el promedio del país (Gráfico III.9).

En resumen, el desarrollo de las escuelas privadas está asociado a: los procesos migratorios que han generado desbalances entre la oferta y demanda educativa y el deterioro de la educación pública. El proceso de supervisión, vigilancia y fiscalización de las escuelas privadas, si bien ha avanzado, todavía le falta mucho para lograr niveles aceptables de funcionamiento, por lo que requiere ser reforzado. Finalmente, la categorización efectuada a las escuelas privadas indica una baja calificación promedio, al considerar los criterios de profesionalización del personal docente y directivo, condiciones de la planta física, sistema administrativo y equipamiento. Se destaca una excesiva concentración de los centros privados en Santo Domingo y Santiago.

Distribución en porcentaje de colegios privados según calificación y área geográfica

Gráfico III.9



### III.6 Recursos disponibles en las escuelas y aulas

Los recursos disponibles en las escuelas varían según sean públicas, rurales y urbanas, y escuelas privadas. Se muestra que los recursos más abundantes en todas las aulas son la tiza y el pizarrón. Aunque en este informe se asume una visión no artefactual<sup>65</sup>, en el contexto actual la universalidad de la tiza y la pizarra no son suficientes para dar respuesta a las necesidades de aprendizaje de los estudiantes. La disponibilidad de mapas se observa en aproximadamente el 80% de las escuelas públicas rurales y urbanas y en un 96% de las escuelas privadas acreditadas. Estos mismos órdenes de magnitud reflejan la presencia de libros de texto en los centros educativos privados. Cabe señalar, que a diferencia de las escuelas públicas, en los colegios privados los libros de texto son generalmente adquiridos por las familias (Anexo III.32).

Las bibliotecas, las computadoras o las calculadoras son menos comunes en las escuelas públicas y privadas, ya que apenas se encuentran en aproximadamente la mitad de las escuelas privadas acreditadas. Las escuelas públicas urbanas cuentan con mayor cantidad de bibliotecas, aulas y computadoras que sus iguales de zonas rurales, mientras que las calculadoras se encuentran en porcentajes iguales en ambos tipos de establecimientos públicos. Se destaca que estos recursos se encuentran siempre con mayor frecuencia en los centros educativos privados. Es notoria también la baja frecuencia de las computadoras en todos los centros educativos, incluyendo los privados acreditados (Anexo III.33).

Los libros de texto adicionales se encuentran presentes en todos los centros educativos privados y en prácticamente todas las escuelas públicas del país. De igual manera, en los centros privados se encuentran disponibles los textos y guías para docentes (96.7%) y otro tipo de lecturas como novelas y revistas (94.50%) en los colegios privados acreditados. Sin embargo, estos recursos se encuentran menos disponibles en los centros educativos públicos (Anexo III.34).

Las comparaciones con América Latina muestran que la República Dominicana está por encima del promedio de otros países del área, en relación al porcentaje de escuelas con suficientes baños y al número de computadoras promedio por escuela. En tanto que se encuentra por debajo del promedio de América Latina en cuatro indicadores de infraestructura: porcentaje de escuelas con agua potable, escuelas con biblioteca, libros promedios en bibliotecas escolares y porcentaje de escuelas con sala de computación (Cuadro III.24).

#### III.6.1 Personal docente, directivo y técnico

En el año escolar 2005-2006 había 99,679 docentes, de los cuales 72,818 pertenecían al sector público (Cuadro III.25). Una organización con tal cantidad de personal debería tener una política de captación y manejo de personal, clara y eficiente, y con programas de formación continuas para

<sup>65</sup> Según Edith Litwin este enfoque del uso de los recursos y tecnología para la enseñanza implica que ningún recurso o tecnología es bueno o malo en sí misma sino de acuerdo al uso que le da cada docente para la enseñanza.

**Cuadro III.24 | Indicadores de infraestructura educativa comparada con América Latina**

Servicios	República Dominicana		Promedio países de AL
	Valor	Posición de 16	
% Escuelas con agua potable	61.3	13	75.8
% Escuela con baños suficientes	73.6	6	65.7
% Escuela con biblioteca	39.0	11	51.1
Libros promedios en bibliotecas escolares	578.2	10	851.1
% Escuelas con sala de computación	15.7	13	37.1
Número de computadoras promedio por escuela	17.3	7	15.8

Fuente: UNESCO LLECE 2008, p. 186

docentes. Aunque se ha avanzado en esta línea, todavía está presente el clientelismo político en la selección del personal de la institución.

En general, el personal docente presenta las siguientes características:

- Una feminización de la profesión, pues del total de 99,679 docentes existentes al 2006, el 71% (70,869) eran mujeres. En comparación con América Latina, el nivel de feminización del trabajo docente es elevado; está entre los primeros lugares y por encima del promedio de la región. En efecto, según UNESCO LLECE 2008<sup>66</sup>, en República Dominicana el 82.6% del personal docente del tercer grado de primaria son mujeres, lo que la coloca en la posición 6 de 16 y en el sexto curso las docentes representan el 82%, por lo que el país ocupa la tercera posición. Este predominio de mujeres docentes se produce más en los niveles inicial y básico, mientras que en el nivel medio y en la educación de adultos, las diferencias de género entre docentes son mucho menos pronunciadas; éste es un fenómeno común en otros países de la región<sup>67</sup>.

La presencia femenina se vincula a la percepción tradicional de los roles de género, que asigna a las mujeres la responsabilidad de la educación de los niños y niñas, bajo el argumento de que son “cariñosas”, “maternales”, o porque pueden ocuparse mejor del aseo e higiene por su rol de madres. Por otro lado, la alta presencia de maestras implica que además de desempeñar su rol

**Cuadro III.25 | Cantidad de personal docente por sector y sexo según nivel educativo, año escolar 2005-2006**

Nivel	Total	Sector								
		Privado			Público			Semioficial		
		Fem	Masc	Total	Fem	Masc	Total	Fem	Masc	Total
Total	99,679	18,920	5,728	24,648	50,301	22,517	72,818	1,648	565	2,213
Inicial	8,188	4,150	189	4,339	3,329	252	3,581	254	14	268
Básico	67,670	11,503	2,800	14,303	37,345	14,818	52,163	944	260	1,204
Media	17,937	2,714	2,391	5,105	6,579	5,813	12,392	221	219	440
Especial	1,093	243	134	377	379	226	605	90	21	111
Adultos	4,791	310	214	524	2,669	1,408	4,077	139	51	190

Fuente: Departamento de Estadística. SEE.

<sup>66</sup> UNESCO LLECE 2008, p.187

<sup>67</sup> Vaillant et al 2006



de docente, deben asumir las actividades domésticas y el cuidado y atención de la familia, aumentando la carga de trabajo o en otros casos limitando su disponibilidad de tiempo para dedicarse a la planificación y preparación de clases, corrección y estudio, entre otras tareas de su profesión docente.

- La presencia masculina a nivel medio es proporcionalmente mayor que en el inicial o básico. En general ser maestro de media se ve como un trabajo de más prestigio y por ende mejor valorado en términos salariales (Cuadro III.25). La mayor presencia de maestros en la educación secundaria y técnica es un fenómeno común a otros países de América Latina<sup>68</sup> y en parte se asocia con la necesidad de personal especializado en diferentes áreas de conocimiento.

Cabe destacar que existe una mayor presencia masculina en los puestos directivos y jerárquicos en las escuelas y en la SEE. Pocas subsecretarías han estado dirigidas por mujeres, a la vez que se observa una mayor proporción de hombres en los cargos directivos, especialmente en las direcciones generales<sup>69</sup>.

- El personal docente dominicano se ubica en la etapa de la madurez, con una edad promedio de 39 años<sup>70</sup>. El “Estudio Evaluativo del Proceso e Impacto de la Capacitación de Directores, Profesores/as y Técnicos/as Distritales del Nivel Medio”, realizado con una muestra de docentes del nivel medio, arrojó que el 75% tenía más de 31 años de edad y casi la mitad (47%) superaba los 41 años<sup>71</sup>. Estas tendencias de la edad del personal docente están ligeramente por encima de la media latinoamericana, ya que la edad promedio para docentes del tercer grado, según la encuesta de UNESCO LLECE 2008, es de 40 años para República Dominicana, mientras que en Latinoamérica es 39 años. A nivel del sexto grado de primaria, esta población es más joven, de 37 para el país y de 39 años para la región.
- Los años de servicio del personal docente es una variable importante a la hora de estudiar la calidad de la enseñanza: pocos años de servicio nos indican profesionales con poca experiencia, por un lado, pero con mayores posibilidades de modificar los patrones de enseñanza y adaptar los contenidos de las asignaturas según lo demande una reestructuración del sistema de enseñanza. En el año 2005-2006, el personal docente en el país tenía en promedio 11.9 años de experiencia, considerado como un nivel promedio adecuado. Las diferencias entre sector público y privado son marcadas: en el sector privado (6.8 años de servicio), los docentes tienen la mitad de experiencia del personal del sector público (13.6 años). La mitad del personal docente en el sector privado tiene solamente menos de cuatro años de servicio, mientras que en el sector público la mitad posee menos de 12 años de experiencia. Esta diferencia permite inferir que el personal docente en el sector público posee un nivel de experiencia más adecuado. Sin embargo, en el sector público hay un 25% de docentes que tiene más de 20 años de servicio, lo cual podría ser una limitación para incorporar innovaciones y cambios en los métodos y contenidos de la enseñanza, y reorientar el sistema educativo. En el sector privado habría un grupo de docentes más flexible, dado que el 25% posee más de 10 años de experiencia.
- Se han registrado avances notables del personal docente con título pedagógico (Gráfico III.10), sin embargo este tiene dificultades para traducir el discurso educativo de la reforma en una práctica pedagógica articulada. En general, no se ha logrado una apropiación real por parte del per-

---

<sup>68</sup> Vaillant 2004

<sup>69</sup> SEE 2007. [<http://www.see.gov.do/sitesee/directorio/Archivos/DirectorioTelefonicoSEE.pdf>]

<sup>70</sup> Vaillant 2004

<sup>71</sup> Ziffer et al 2007



sonal docente de su nuevo rol, así como de los nuevos enfoques curriculares. Las primeras investigaciones<sup>72</sup> cualitativas realizadas en escuelas públicas con posterioridad a la reforma educativa indican el reemplazo de términos viejos por los nuevos del reciente enfoque, sin avanzar en el cambio de las prácticas que implican estos conceptos, aunque resultados de estudios posteriores indican progresos parciales con respecto a esta situación<sup>73</sup>.

En lo relativo a las prácticas pedagógicas, se observan dificultades en la planificación y evaluación del proceso de enseñanza y aprendizaje, así como en la implementación de los enfoques, conceptos y estrategias planteados en el currículo a partir de la reforma educativa. Asimismo, se evidencia un aprovechamiento parcial de los materiales didácticos y recursos educativos con los que cuentan las escuelas. A estas dificultades, se le suman las debilidades en el manejo de los contenidos específicos de cada área, resultado de un escaso aprovechamiento de las estrategias implementadas. Frente a esta situación, se recurre a la memorización como una estrategia de aprendizaje.

Un estudio empírico<sup>74</sup> realizado con un grupo de docentes del nivel medio y personal técnico a nivel distrital, en el marco de la evaluación diagnóstica del Programa de Formación de Directores/as, Maestros/as y Técnicos/as del Nivel Medio, mostró que los docentes tenían bajos resultados en el manejo de los dominios en las cuatro áreas básicas evaluadas. Los mejores resultados fueron obtenidos en Lengua Española y Ciencias Sociales, con un 69% de respuestas adecuadas en ambos casos. Le siguen en Ciencias Sociales (63%) y Lengua Española (62%). En Matemáticas y Ciencias de la Naturaleza se presentan los más bajos desempeños con un 47% y un 52% respectivamente. El personal técnico distrital obtuvo un 54% de respuestas adecuadas en Matemática y un 56% en Ciencias de la Naturaleza (Gráfico III.11).

Las principales dificultades encontradas en las evaluaciones efectuadas al personal docente y técnico en las diferentes áreas se resumen en<sup>75</sup>:

- Lengua Española. Dificultades en la comprensión de textos complejos y análisis sintáctico.

<sup>72</sup> Valera et al 2001; De Lima 2001

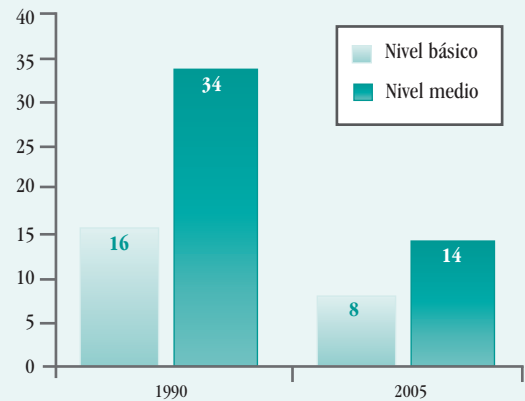
<sup>73</sup> Pepén Peguero y Ziffer 2005; Ziffer et al 2007

<sup>74</sup> Ziffer et al 2007

<sup>75</sup> Ziffer et al 2007

Gráfico III.10

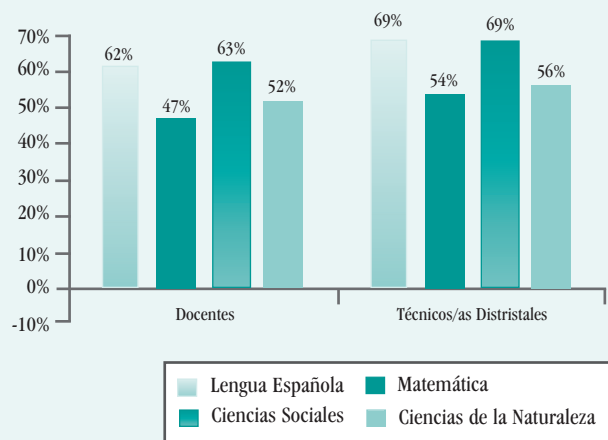
Porcentaje de docentes sin título pedagógico en el nivel básico y media, 1990 y 2005



Fuente: UNESCO LLECE 2008

Gráfico III.11

Desempeño (porcentaje de respuestas correctas) de personal docente del nivel medio y técnico distrital en evaluaciones de áreas curriculares, 2007



Fuente: Ziffer et al 2007

- Matemática. Dificultades en la resolución de problemas y demostración de conceptos matemáticos
- Ciencias Sociales. Debilidades en manejo de conceptos de Sociología y de Geografía.
- Ciencias de la Naturaleza. Problemas en el manejo de contenidos básicos.

Los resultados antes expuestos indican que el personal docente maneja escasas herramientas para dar respuesta a las necesidades de aprendizaje del estudiantado. Tampoco cuenta con los conocimientos y recursos didácticos adecuados para atender a estudiantes con necesidades educativas especiales que tienen el derecho a asistir y ser incluidos en las escuelas regulares.

En el caso del personal directivo de centros educativos, se observa que en sus funciones tiene una carga mayor en las tareas y aspectos administrativos, así como de aplicación de leyes y reglamentos en la gestión, con una tendencia hacia la centralización de las funciones y tareas.

Con relación al personal técnico, son notorias<sup>76</sup> las confusiones con respecto a su rol, especialmente a nivel de técnicos distritales, que en general, no han podido apropiarse de una visión más democrática y reflexiva de la supervisión escolar a partir del cambio curricular en el año 1996. Sin embargo, el programa de formación logró un impacto positivo y promovió una mayor apropiación de su nuevo rol a este personal. En el Cuadro III.26 se resumen los principales problemas detectados en el personal docente, técnico y directivo.

<b>Cuadro III.26   Características de las prácticas del personal directivo, docente y técnico</b>	
<b>Rol</b>	<b>Características de la práctica</b>
Directivo	<p>Fuerte presencia de funciones y aspectos administrativos.</p> <p>Aplicación de reglamentos con tendencia hacia la centralización de las funciones y decisiones.</p> <p>Débil presencia de lo pedagógico y dificultades para dar seguimiento adecuadamente a la práctica pedagógica del personal docente.</p> <p>Debilidades en los procesos de planificación y organización del tiempo.</p> <p>Dificultades para evaluar los procesos de gestión y de enseñanza y aprendizaje.</p> <p>Sus habilidades de gestión institucional y de agenciamiento de recursos son determinantes en el logro de condiciones adecuadas para los procesos de enseñanza y aprendizaje en los centros educativos.</p>
Docente	<p>Débil manejo de los nuevos enfoques y estrategias de enseñanza y de la propuesta curricular.</p> <p>Dificultades en el manejo de los contenidos curriculares a enseñar.</p> <p>Escaso aprovechamiento de las estrategias implementadas.</p> <p>Debilidades en los procesos de planificación y organización del tiempo.</p> <p>Tendencia a la enseñanza de conceptos y procedimientos que promueven aprendizajes memorísticos.</p> <p>Dificultades para evaluar los aprendizajes.</p> <p>Dificultades para utilizar eficazmente los recursos y materiales didácticos elaborados y los del medio, el tiempo, el espacio escolar, etc.</p>
Técnico	<p>Confusión con respecto a su rol como supervisores/as en el marco de una supervisión más democrática, horizontal y reflexiva que promueva el perfeccionamiento de la práctica pedagógica.</p> <p>Transición hacia la adopción de enfoques de acompañamiento menos tradicionales y más horizontales.</p> <p>Visión subyacente de la necesidad de fiscalización para una adecuada práctica pedagógica.</p> <p>Debilidades en los procesos de planificación y organización del tiempo vinculadas a la organización y gestión de distritos y regionales.</p> <p>Dificultades para trasladarse a los centros educativos para realizar el acompañamiento, especialmente en las zonas rurales.</p>

Fuente: Elaboración en base a Valera et al 2001, Pepén Peguero y Ziffer 2005, Ziffer et al 2007.

<sup>76</sup> Ziffer et al 2007

En resumen, las 99.7 mil personas docentes de la escuela pública y privada representan el 2.9% de la PEA ocupada, donde predomina el empleo femenino, especialmente en la básica y en menor medida en la media, que en general es mejor pagada. Se ha observado un notable progreso en la titulación de los maestros, pero tiene poco impacto en la calidad de la enseñanza, pues no se ha logrado una apropiación real del currículo, observándose dificultades y escaso aprovechamiento en las estrategias implementadas, en la evaluación de los aprendizajes y en el uso de los materiales didácticos, entre otros. El personal directivo tiene una fuerte carga de funciones administrativas, con una tendencia a la centralización de las funciones y decisiones, débil presencia en lo pedagógico, debilidad en la planificación y en la evaluación de los procesos de gestión, entre otras limitaciones. Finalmente, a nivel técnico se aprecian confusiones respecto a su rol en una perspectiva más horizontal y menos tradicional.

### El salario

Hacia fines de la década del ochenta y principios de los noventa, las condiciones laborales del personal docente en República Dominicanos se encontraban muy deterioradas, por debajo de las de cualquier persona trabajadora en el sector servicios<sup>77</sup>. Los salarios del personal docente ascendían a un tercio de la canasta básica familiar, en los mejores casos. Esta situación se traducía en un notable ausentismo, pluriempleo y deserción del magisterio, en adición a la carencia de material didáctico, la falta y mal mantenimiento de la infraestructura y del equipamiento escolar<sup>78</sup>.

Cuadro III.27   Salarios por tipo de personal del sector educativo Salario base e incentivos (RD\$ mensual), 2000-2007								
Categoría	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Maestro Básica	4,452	4,702	4,846	5,248	5,721	7,437	7,437	9,906
Director Básica	5,393	5,673	6,465	6,889	7,509	9,762	9,762	9,762
Maestro Media	4,625	4,875	5,227	5,227	5,697	7,174	7,174	11,887
Director Media	7,425	7,775	7,963	8,835	9,630	12,519	12,519	12,519
Maestro Politécnicos	7,470	8,217	11,360	11,030	12,022	15,629	15,629	15,629
Técnico Docente Nacional	11,929	13,355	14,000	14,000	15,260	19,838	19,838	19,838
Técnico Regional	11,357	12,530	13,000	13,000	14,170	18,421	18,421	18,421
Técnico Distrital	10,351	11,480	12,000	12,000	13,080	17,004	17,004	17,004
<b>En RD\$ Constante 1991</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
Maestro Básica	4,080	3,957	3,876	3,294	2,370	2,957	2,749	3,450
Director Básica	4,942	4,774	5,170	4,323	3,111	3,882	3,609	3,400
Maestro Media	4,238	4,103	4,181	3,280	2,361	2,853	2,652	4,140
Director Media	6,804	6,543	6,369	5,544	3,990	4,978	4,628	4,360
Maestro Politécnicos	6,845	6,915	9,086	6,922	4,981	6,215	5,778	5,443
Técnico Docente Nacional	10,931	11,239	11,197	8,786	6,323	7,889	7,334	6,909
Técnico Regional	10,407	10,544	10,398	8,158	5,871	7,325	6,810	6,416
Técnico Distrital	9,485	9,661	9,598	7,531	5,419	6,762	6,286	5,922

Fuente: SEE. [http://www.see.gov.do/sitesee/planificacion/documentos/Salario\_e\_Incentivo\_1996-2008.pdf]

<sup>77</sup> Frente a este panorama, no es sorprendente que la docencia fuese una profesión poco atractiva, lo cual se manifestaba en la matrícula de las escuelas normales que en el año 1990 ascendía a solo 404 estudiantes (Plan Decenal 1992.). Para suplir esta escasez de docentes titulados/as se debieron contratar bachilleres sin formación docente. En ese mismo año, un 16% de los docentes del nivel primario y un 33.9% del nivel medio eran bachilleres en servicio docente.

<sup>78</sup> Plan Decenal 1992

A partir del Plan Decenal de Educación 1992-2002, el salario del personal docente aumentó considerablemente. En 2002, el salario bruto real mensual por una tanda de nivel básico era casi dos veces (1.87 veces) que el existente al 1996 y casi triplicaba el salario del año 1991<sup>79</sup>. En 2008 ese salario es todavía 1.4 veces superior, en términos reales, al de 1996, aunque es el 77% del 2002.

De acuerdo con el Reglamento del Estatuto Docente<sup>80</sup>, el salario se compone de un sueldo base y una serie de incentivos que se aplican sobre ese salario mínimo. El sueldo base se establece con base en los índices del costo de la vida, la tasa de inflación nacional y las especificaciones contenidas en el manual de funciones docentes. En el caso de los incentivos, el monto que se reconoce como compensaciones salariales no debe superar el 80% del total percibido por cada persona e incluyen las siguientes categorías: evaluación desempeño, antigüedad en la docencia y titulación, es decir, grado académico superior al requerido por el cargo y categoría dentro de la carrera docente. El personal docente que trabaja en el nivel medio recibe un incentivo adicional. Cabe señalar que la última evaluación de desempeño fue realizada en el año 1999 y se programa otra en un futuro próximo (Anexo III.35).

En la actualidad, una persona que se desempeña como docente en el sector público percibe alrededor de RD\$10,000 por una tanda de trabajo, cifra que puede ser algo menor o mayor en función de la titulación y la antigüedad (Cuadro III.27). No obstante, el costo de la canasta de consumo nacional en diciembre de 2007 era de RD\$18,706 y en noviembre del 2008 alcanzaba RD\$19,830 (Anexo III.36).

Como ya fue indicado, el personal docente de escuelas públicas trabaja en dos tandas y la mayoría complementa sus ingresos a través de otros trabajos, especialmente aquellas personas que trabajan en la educación media. El 31.7% del personal docente del nivel básico tiene un trabajo adicional al que dedican 19 horas semanales. Sin embargo, 83% del profesorado del nivel medio dedica un promedio de 24 horas semanales a un segundo trabajo, que generalmente se encuentra dentro del campo educativo<sup>81</sup>.

Sin embargo, cuando se comparan las necesidades de ingreso suplementario del personal docente dominicano con el resto de América Latina se observa que el 20.2% del personal de tercer grado tiene otro trabajo, situación que se encuentra entre el promedio de la región (posición 8 de 16 países), pero cuando se toma en consideración a los y las docentes del sexto grado, este porcentaje alcanza al 22% de este personal, muy por debajo del promedio regional el cual es de 27.7% , en cuyo caso el país ocupa la posición 9<sup>82</sup>. Hay que agregar que el personal docente realiza funciones de jefatura de familia, con responsabilidades de manutención de entre 4 y 9 dependientes<sup>83</sup>. Esta situación indica que el salario suplementario, lejos de ser un complemento al ingreso familiar, es, en muchos casos, el ingreso principal.

En cuanto a la situación socioeconómica del magisterio dominicano, se observa<sup>84</sup> que quienes se desempeñan en el sector público provienen, por lo general, de familias pobres con bajos niveles

---

<sup>79</sup> Santana 2003

<sup>80</sup> SEE 2003c

<sup>81</sup> Mejía et al, 2006b

<sup>82</sup> UNESCO LLECE 2008, p. 188

<sup>83</sup> Mejía et al 2006b

<sup>84</sup> Mejía et al 2006b y Dauhajre y Aristy 2002

educativos. Esta es una tendencia que se observa en la región de América Latina, lo cual es causa y consecuencia de la desvalorización de la profesión docente<sup>85</sup>. Cabe señalar también, que existen diferencias sustanciales entre el promedio de educación del profesorado latinoamericano (12 años) y el de sus pares en Estados Unidos, Japón y los países de la OCDE (16 años).<sup>86</sup>

En síntesis, las condiciones laborales del personal docente tienden a mejorar en el largo plazo, y sujeto a los cambios de las condiciones macroeconómicas. El profesorado del nivel medio tiende a ganar más que el de básica, mientras que el personal técnico docente nacional es el que más gana, en promedio, más del doble que el de educación básica. El salario de una tanda para un docente de básica apenas cubre la mitad de la canasta básica de consumo nacional, lo cual obliga a este personal a trabajar más de una tanda u obtener mayores ingresos.

### III.7 La descentralización del sistema educativo

La descentralización y participación dentro del sistema educativo tienen la función de promover procesos de empoderamiento de la población frente a la educación y los centros educativos, además de crear responsabilidad ciudadana por los resultados. En teoría, la Ley General de Educación promueve un proceso de descentralización como derecho democrático y paulatino del sistema educativo, que supere la participación en aspectos logísticos como el mantenimiento de la infraestructura escolar o la preparación del desayuno, para incluir la participación de la comunidad en aspectos curriculares y de programación de las actividades educativas.

En el artículo 105 de la referida ley se crean las Juntas Regionales, Distritales y del Centro Educativo, como órganos descentralizados de gestión educativa, que tendrán como función la aplicación de las políticas educativas emanadas del Consejo Nacional de Educación y de la Secretaría de Estado de Educación en su propio ámbito y competencia (Recuadro III.6). En este aspecto, la normativa “no busca un cambio radical de la estructura del sistema sino darle una funcionalidad al mismo mediante una distribución distinta de las tareas del ministerio. La regional, los distritos escolares y las escuelas, todavía son parte de un sistema centralizado, en donde los diferentes niveles asumen de manera formal funciones que ahora realizan de hecho o de derecho, sin asumir las responsabilidades por el desempeño de las mismas”<sup>87</sup>. Sin embargo en la práctica, el sistema educativo funciona de forma centralizada, donde los centros educativos, los distritos y las regionales tienen limitadas posibilidades de tomar decisiones y ejecutarlas. Esta situación dificulta y hace más lenta la gestión, al tiempo que limita las posibilidades de contextualizar los procesos educativos. De igual modo, dentro del

#### Recuadro III.6 Estructura de la SEE

La Secretaría de Estado de Educación (SEE) tiene una estructura regional compuesta por la Dirección Regional como organismo ejecutivo y su correspondiente Junta Regional como órgano descentralizado de gestión. De la misma manera, existen los Distritos Educativos con su correspondiente Junta Distrital como órganos descentralizados de gestión dependientes de las Direcciones Regionales de Educación.

Las Juntas Regionales, Distritales y de Centros Educativos se conciben como órganos descentralizados de gestión educativa con la función de velar por la aplicación de las políticas educativas del Consejo de Educación y de la SEE.

Las Juntas de Centros Educativos son organismos de participación, representativos, encargados de crear nexos en la comunidad, el centro educativo y sus actores, con el fin de que el centro educativo desarrolle con éxito sus funciones.

Fuente: SEE

<sup>85</sup> Vaillant 2004

<sup>86</sup> Vaillant 2004

<sup>87</sup> Flores 2002, p. 51

modelo de funcionamiento actual, se observan escasas oportunidades para la rendición de cuentas y un sistema de responsabilidades difusas por los resultados en los centros educativos frente a las comunidades.

Las Juntas de Centros Educativos iniciaron su proceso de formación en el nivel medio en el año 2002, en el marco del Programa Multifase del Mejoramiento de la Educación Media que desarrolla la Secretaría de Estado de Educación, con financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). A partir de este proyecto piloto y su evaluación, se generaliza la formación de las juntas en otros 521 centros educativos. En el nivel básico, las Juntas de Centros Educativos se comienzan a formar a partir del Programa Multifase del Mejoramiento de la Educación Básica en el año 2007 y en ese mismo año, se impulsa también la creación de las Juntas Distritales y Regionales<sup>88</sup>.

La evaluación realizada al Proyecto Piloto de las Juntas Descentralizadas del Nivel Medio<sup>89</sup> indica que las mismas funcionaban adecuadamente, con apego a los reglamentos y con transparencia en la ejecución de fondos; sin embargo, se observa un énfasis en los aspectos administrativos, una capacitación deficiente a sus integrantes y un estilo de gestión institucional que limita las posibilidades de acción de las Juntas. Se entiende que la función de estas instancias de participación debería<sup>90</sup> ser el medio para solucionar los problemas educativos de la comunidad como una vía para la descentralización real. No obstante, muchas veces, por la estructura institucional en que se insertan se convierten en espacios de ritualismos y vacíos de significado real<sup>91</sup>.

El funcionamiento de las Juntas de Centros Educativos tiene el potencial de distribuir capacidad de acción en la base del sistema educativo, a fin de que las comunidades actúen en beneficio de la escuela. Para ello se requiere de un amplio e intenso proceso de capacitación para que sus integrantes se apropien de su rol y se empoderen para actuar en los centros educativos a los que pertenecen. Este proceso podría fortalecer la visión de la educación como un derecho, al igual que fortalecería el desarrollo humano, la cohesión social y la democracia. De lo contrario, el proceso se limitaría a una mera redistribución de funciones en la cual la comunidad asume funciones antes desarrolladas por docentes y directivos.

### Asociaciones de padres, madres y amigos/as de las escuelas

La Ley General de Educación plantea diversos organismos de participación para los diferentes actores escolares y comunitarios. De acuerdo con una investigación realizada sobre la participación comunitaria en las escuelas<sup>92</sup>, las asociaciones de padres, madres y amigos/as de la escuela son el órgano de participación de las familias que existe y funciona con mayor regularidad en las escuelas. Estas asociaciones han demostrado ser fundamentales en el proceso de desarrollo de algunos centros educativos, en la medida en que han colaborado con la construcción y equipamiento de los planteles. Sin embargo, y como plantea Villamán, la presencia de los padres y las madres se entiende reducida a espacios que se vinculan con el entorno educativo y no con los procesos educativos en sí mismos<sup>93</sup>. Generalmente, los padres y las madres colaboran con la escuela en aspectos logísticos como la preparación del desayuno escolar y la construcción y mantenimiento de las escuelas. Sin

---

<sup>88</sup> Estos programas se abordarán con detenimiento en el subcapítulo 3 sobre políticas educativas.

<sup>89</sup> Valera Escala y Ziffer 2004

<sup>90</sup> Rosenfeld y Cardarelli 1998

<sup>91</sup> Rosenfeld y Cardarelli 1998

<sup>92</sup> Villamán et al 2006

<sup>93</sup> Villamán et al 2006

subestimar la importancia de estas acciones para el desarrollo de las actividades de la escuela, no involucran a la comunidad en las decisiones educativas del centro educativo para promover un mejoramiento de la calidad de la misma y un mayor nivel de empoderamiento de las personas y comunidades con respecto a sus procesos educativos.

Al mismo tiempo, la participación en los aspectos educativos de la escuela, demandan por parte de los actores, conocimientos y habilidades con los cuales no siempre cuentan, especialmente si se toman en cuenta los bajos niveles educativos de gran parte de la población. Investigaciones<sup>94</sup> desarrolladas en comunidades urbanas y rurales en República Dominicana y Centroamérica indican que pueden desarrollarse experiencias participativas de diagnóstico de necesidades e identificación de estrategias aún en comunidades muy pobres con bajos niveles educativos. Estos procesos pueden impulsar una mejoría de la calidad de la educación, al promover la demanda desde las familias hacia las escuelas. De igual manera podrían colaborar también a mejorar los niveles educativos de la población en general al propiciar un acercamiento a la escuela.

### Consejos de curso y consejos estudiantiles

La Ley General de Educación también plantea la existencia y funcionamiento de consejos de curso y consejos estudiantiles como órganos de participación del estudiantado en los centros educativos. Las personas integrantes de los consejos de curso deben ser electas por votación democrática y todos los que presiden esta instancia forman el Consejo Estudiantil de cada centro educativo. Adicionalmente la ley dispone la formación de comités estudiantiles de trabajo para resolver los diferentes problemas o situaciones que surgen en las aulas.

Los consejos de curso y consejos estudiantiles se enmarcan en la concepción de participación del estudiantado que se planteó con la reforma educativa y curricular. Esta participación se propone tanto como contenido y metodología de trabajo, lo cual implica que el estudiantado debe tener una experiencia educativa participativa.

Los consejos de curso y consejos Estudiantiles funcionan en los centros educativos de todo el país<sup>95</sup>, pero con una gran disparidad tanto en la manera en que se seleccionan sus integrantes, como en las funciones que realmente asumen en relación a las establecidas en la Ley. De acuerdo con las investigaciones citadas, los consejos de curso no siempre son seleccionados libremente por los y las estudiantes. El personal docente tiene una fuerte intervención y de orientación en la selección de las personas con posibilidad de ser candidatas. Muy a menudo, son designadas directamente por el personal educativo de la escuela. La evaluación realizada al Proyecto Piloto de las Juntas Descentralizadas del Nivel Medio<sup>96</sup> arrojó datos similares en liceos, en los cuales, la persona representante del estudiantado era seleccionado por la dirección utilizando el criterio del mérito académico.

En cuanto al desarrollo de sus funciones, los datos sugieren que los consejos de curso asumen las actividades para recaudar fondos para el funcionamiento del curso, velar por la organización e higiene del aula, cuidar la disciplina y monitorear el trabajo del estudiantado. La persona que asume la presidencia del consejo de curso pasa de ser representante del estudiantado a ser asistente del o la profesora<sup>97</sup>. Asimismo, también se registran casos en los que los consejos de curso son reempla-

---

<sup>94</sup> CERCA 2004a

<sup>95</sup> Valera et al, 2001; Scheker, 2002; Pepén Peguero y Ziffer, 2005; Villamán et al 2006; Ziffer, 2008

<sup>96</sup> Valera, Escala, Ziffer et al 2004

<sup>97</sup> Villamán et al, 2006; Ziffer 2008



zados completamente por los comités de trabajo de diferentes áreas incluyendo: disciplina, organización del curso, higiene, decoración del aula, supervisión de la planta física.

En general se observa que la participación estudiantil se ha ritualizado<sup>98</sup>, parecería que subyace el criterio de que los y las estudiantes no se encuentran en capacidad de elegir adecuadamente a sus representantes y por lo tanto necesitan ayuda para hacerlo. Si bien, el acompañamiento es importante en los procesos de aprendizaje, es necesario que este acompañamiento promueva la formación de competencias democráticas entre las cuales figuran la autonomía, la reflexión crítica, el agenciamiento de las necesidades, la demanda de cumplimiento de los derechos y, por supuesto, el cumplimiento de los deberes, de manera que no se sustituya la toma de decisiones del estudiantado por la del personal docente.

### En resumen

La descentralización y participación son procesos contemplados en la Ley General de Educación, pero de poco avance real, ya que persiste la centralización. En los sitios en donde ha habido avances, estos se concentran en temas en apoyos en el área administrativa y en otros casos le limitan a aspectos formales y rituales. Las asociaciones de padres, madres y amigos de las escuelas funcionan con cierta regularidad, pero se orientan fundamentalmente al apoyo material y no implican a la comunidad en las decisiones educativas del centro. Los consejos estudiantiles tienen una gran disparidad en el país y generalmente asumen funciones de recaudar fondos, cuidar la disciplina, entre otras. Descuidan el aspecto formativo de aprender a convivir en una sociedad democrática.

## III.8 Financiamiento de la educación

---

La Ley General de Educación establece que la inversión a este sector debe ser como mínimo de dieciséis por ciento (16%) del gasto público total o un 4% del producto bruto interno (PBI), estimado para el año corriente, escogiéndose el que fuere mayor de los dos. Se prevé que estos valores deberían ser ajustados anualmente en una proporción no menor a la tasa anual de inflación, sin menoscabo de los incrementos progresivos correspondientes en términos de porcentaje del gasto público o del PIB. Esta meta nunca se ha alcanzado y el gasto público en educación continúa bajo.

Los datos relativos al gasto de la Secretaría de Educación Pública y del gasto público en educación registran una notable recuperación durante la década de los noventa, llegando a un pico máximo en 1999 en los gastos de esta Secretaría y en 2002 para el gasto público en este renglón, pero se reducen en los años siguientes. Por ejemplo, en el año 2004 este gasto en educación sufre una brusca caída al 1.5% del PIB y para el año 2008 apenas alcanza el 2.0%. Estos valores son notablemente bajos, entre los más reducidos de América Latina. Al comparar el gasto educativo, medido en términos del PIB para el año 2002-2005, con los países de América Latina y el Caribe, República Dominicana se ubica entre los países de más baja inversión (1.8% del PIB), superando sólo a Ecuador (1% del PIB)<sup>99</sup>. De acuerdo con el cálculo realizado en el Capítulo II de este informe, República Dominicana, ocupa la posición 141 de 145 en el mundo en relación al gasto en educación, es decir el quinto más bajo del mundo.

---

<sup>98</sup> Rosenfeld y Cardarelli 1998

<sup>99</sup> Plan Decenal de Educación 2008-2018

La relación entre el gasto educativo y el nivel de matriculación es alta, pero los resultados logrados en las tasas de escolaridad<sup>100</sup> son bajos, lo que indica ineficiencia del gasto (Anexo III.38, III.39 y III.40).

Si comparamos el esfuerzo de gasto público con la prioridad educativa podemos establecer cuatro cuadrantes, que combinan la participación del gasto público en el PIB (GP/PIB) con el gasto en educación como porcentaje del gasto público (GE/GP) cuyos resultados son:

- Alto esfuerzo fiscal ( $\uparrow$ (GP/PIB)) con alta prioridad educativa ( $\uparrow$ (GE/GP)).
- Bajo esfuerzo fiscal ( $\downarrow$ (GP/PIB)) y alto esfuerzo educativo ( $\uparrow$ (GE/GP)).
- Bajo esfuerzo fiscal ( $\downarrow$ (GP/PIB)) y bajo esfuerzo educativo ( $\downarrow$ (GE/GP)).
- Alto esfuerzo fiscal ( $\uparrow$ (GP/PIB)) y bajo esfuerzo educativo ( $\downarrow$ (GE/GP)).

Los mejores escenarios son el primero y el segundo, porque en ambos aumenta el gasto educativo en presupuesto, mientras que en los dos segundos disminuye este esfuerzo. De estas relaciones se puede concluir que:

- No hay una relación estadística significativa entre el esfuerzo del gasto fiscal y la prioridad del gasto en educación (Anexo III.41).
- De los 38 años considerados, en 21 de esos años se aprecia un aumento de la prioridad del gasto en educación, de los cuales, en 11 de estos se asocia a un aumento en el gasto público, aunque se presentan de forma discontinua, a excepción del período 1996-1999. En 10 años de ese período es más intensa la prioridad del gasto en educación porque coincide con disminuciones del gasto fiscal en porcentaje del PIB, los cuales se presentan también en forma salteada. Es de notar, sin embargo, que entre 1992 y 2000 el peso del gasto en educación como porcentaje del gasto total aumentó sistemáticamente por efecto del Plan Decenal de Educación. Finalmente, en diez de los 38 años la disminución de la prioridad educativa coincide con una expansión proporcional del gasto público mientras que en siete, ambos disminuyen.
- Por administraciones según partidos políticos, se observa que durante la presidencia del PRSC el gasto en educación no fue prioridad con excepción del período 1991-1996, el cual coincide también con una expansión del gasto público. En las administraciones del PRD, solamente durante el período 1979-1982 fue notable el esfuerzo de priorizar el gasto en educación, ya que coincide con una disminución promedio del gasto público como porcentaje del PIB. Finalmente, en las administraciones del PLD, el aumento del gasto público en educación ha sido más significativo, aunque más intenso en el primer período que a partir de 2005, ya que en este último período coincide con una expansión del gasto público como porcentaje del PIB.

Es importante precisar que en República Dominicana el gasto promedio de las familias en educación es el 6.7% del gasto total. Los componentes principales en orden de importancia son el pago mensual, la merienda, el transporte y los uniformes y calzados. Sin embargo, por quintil de ingreso la participación del gasto en educación en el gasto total varía poco<sup>101</sup>, lo que da cuenta de la alta ponderación que le otorgan todos los estratos de ingresos a la educación, aunque sí hay cambios importantes en la estructura (Cuadro III.28).

---

<sup>100</sup> BID BM 2006

<sup>101</sup> Medido como el coeficiente de variación con relación a la media ponderada.

**Cuadro III.28 | Gasto educación como porcentaje del gasto total de las familias, por quintil de ingresos, según ENCOVI, 2004**

Tipo de gasto	Quintil					
	1	2	3	4	5	Total
<b>Educación en el gasto total</b>	<b>6.4%</b>	<b>6.0%</b>	<b>6.5%</b>	<b>7.3%</b>	<b>7.0%</b>	<b>6.7%</b>
<b>Mensualidad</b>	<b>0.7%</b>	<b>1.0%</b>	<b>1.3%</b>	<b>2.0%</b>	<b>3.1%</b>	<b>1.9%</b>
<b>Merienda</b>	<b>2.5%</b>	<b>2.1%</b>	<b>2.0%</b>	<b>1.9%</b>	<b>1.2%</b>	<b>1.8%</b>
<b>Transporte</b>	<b>1.3%</b>	<b>1.1%</b>	<b>1.3%</b>	<b>1.6%</b>	<b>0.9%</b>	<b>1.2%</b>
<b>Uniformes, calzado</b>	<b>0.9%</b>	<b>0.7%</b>	<b>0.6%</b>	<b>0.5%</b>	<b>0.4%</b>	<b>0.6%</b>
<b>Otros</b>	<b>0.4%</b>	<b>0.4%</b>	<b>0.5%</b>	<b>0.6%</b>	<b>0.6%</b>	<b>0.5%</b>
<b>Útiles y materiales</b>	<b>0.6%</b>	<b>0.5%</b>	<b>0.5%</b>	<b>0.6%</b>	<b>0.5%</b>	<b>0.5%</b>
<b>Inscripción o matrícula</b>	<b>0.1%</b>	<b>0.1%</b>	<b>0.2%</b>	<b>0.2%</b>	<b>0.4%</b>	<b>0.2%</b>
<b>Salud</b>	<b>5.8%</b>	<b>7.1%</b>	<b>6.5%</b>	<b>6.7%</b>	<b>8.9%</b>	<b>7.3%</b>
<b>Resto del gasto</b>	<b>87.8%</b>	<b>86.9%</b>	<b>87.0%</b>	<b>86.1%</b>	<b>84.0%</b>	<b>86.0%</b>
Gasto total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
<b>Composición del gasto en educación</b>						
Mensualidad	11.0%	16.4%	20.7%	26.9%	43.7%	27.6%
Merienda	38.6%	35.4%	31.2%	25.9%	17.2%	27.1%
Transporte	20.1%	18.8%	19.8%	21.5%	13.1%	17.9%
Uniformes, calzado	14.0%	11.7%	9.4%	6.9%	5.1%	8.4%
Otros	6.1%	7.3%	7.9%	8.0%	8.4%	7.8%
Útiles y materiales	8.6%	8.5%	8.3%	7.6%	6.6%	7.7%
Inscripción o matrícula	1.6%	2.0%	2.6%	3.2%	5.8%	3.6%
Total educación	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Fuente: ENCOVI 2004						

Por su parte, el gasto en mensualidad y matriculación son los que más variación muestran según estrato de ingresos. En el quintil más pobre, este renglón representa el 13% del gasto en educación, pero en el quintil más alto tal renglón es el 50% del gasto, lo que plantea que la calidad educativa se compra<sup>102</sup>. Para los estratos más pobres, el 59% del gasto en educación se concentra en merienda y transporte, renglón que se mantiene por encima del 50% en los tres primeros quintiles y baja a un 30% en el último. Estos datos significan que mejorar la calidad de la escuela pública, hacer más eficiente el transporte público y ofrecer algún tipo de merienda en las escuelas puede significar ahorros de 4% a 5% del gasto total de las familias.

Según cálculos de la SEE<sup>103</sup> y del Instituto Internacional de Planeamiento de la Educación (IIPE), la sociedad dominicana (gasto público más el de las familias) gastó en promedio entre 1996 y 2005 el 3.7% del PIB en educación, alcanzando niveles máximo entre el 2001 y el 2002, cuando sobrepasó ligeramente el 4% del PIB. Según SEE-IIPE este es un monto relativamente bajo, ya que en muchos países gastan hasta el 6% o 7% del PIB para la educación. Esta baja inversión explica la organización de la enseñanza en turnos, destacando que “el gasto bajo tiene una contrapartida en el número de horas de enseñanza ofertadas a los estudiantes” (SEE-IIPE 2007, p.7), (Cuadro III.29 y Anexo III.43).

La estructura del financiamiento de la educación muestra que el componente más importante es el Estado, cuyo gasto representa alrededor del 51.4% de todo el gasto en educación. Este gasto incluye el gasto de la SEE, el de la SEESCyT y el gasto de otras instituciones del Estado. En segundo

<sup>102</sup> Aunque pagar más no significa mejor calidad, en general la calidad está asociada a un mayor costo.

<sup>103</sup> SEE-IIPE 2007

lugar están las familias, que representan alrededor 39.3%, Otras instituciones con 4.5%, que incluye los aportes al INFOTEP y algunas instituciones técnicas profesional o de enseñanza superior. Finalmente, están las fuentes externas, que representan el 4.8% y se asocian fundamentalmente a donaciones y a préstamos del BID y el Banco Mundial.

Para el año 2005 la SEE y el IPE estimaron que el componente principal del gasto de las familias en educación es la escolaridad en instituciones privadas, que absorbe las dos terceras partes del total, por valor de casi RD\$9.4 millardos, seguido por libros y materiales (Cuadro III.30).

El gasto en educación para los diferentes niveles educativos muestra que no ha habido un cambio sustantivo en la estructura, a excepción de un aumento de la educación superior y una reducción de la administración general. Como era de esperar, la educación básica recibe la mayor proporción del gasto (42.2%), seguido por la educación superior (22.7%) y la media general (11.2%), (Cuadro III.31).

El gasto promedio por estudiantes para el 2005, tomando como base la educación básica en la escuela pública muestra que (Cuadro III.32):

- Se gasta un 32% más en la básica del sector privado.
- En la inicial semi-oficial se gasta menos que en la básica.
- En la escuela media pública se gasta menos que en la básica, pero en la media privada se gasta casi el doble que en la pública.
- En la técnica profesional se gasta en promedio el doble que en la básica pública.
- En la educación superior pública se gasta casi el doble que en la básica, mientras que en la privada se gasta cuatro veces más.

Estas proporciones indican que hay un claro desbalance entre el financiamiento por estudiante de la educación pública y privada, un elevado gasto por estudiante del nivel superior comparado con los otros niveles y una significativa diferencia en el gasto por estudiante del nivel medio entre el sector público y el privado, el cual es mucho mayor en el privado.

La comparación hecha por SEE-IPE de la estructura de gasto entre la educación pública y privada para el 2005 muestra que:

- En el nivel inicial, no hay diferencia en la proporción del gasto docente por estudiante entre la educación pública y privada, aunque en la privada gasta proporcionalmente cuatro veces más en personal no docente que la pública. Además, de que el gasto de transporte representa el 16% en la pública mientras que es insignificante en la privada.

<b>Cuadro III.29 Estructura de financiamiento de la educación, 1996-2005</b>	
<b>Estado</b>	<b>51.4%</b>
SEE y SEECST	45.6%
Otros. Instituciones del Gobierno	5.9%
<b>Familias</b>	<b>39.3%</b>
<b>Otros</b>	<b>4.5%</b>
Empresas	1.9%
Otros. Entidades privadas	0.2%
Otros recursos	2.4%
<b>Fuentes Externas</b>	<b>4.8%</b>
Préstamos externos	2.3%
Donaciones externas	2.4%
<b>Total gasto de educación</b>	<b>100.0%</b>
En % del PIB	3.7%

Fuentes:  
 1) Para datos del período 1996-2004. Secretaría de Estado de Educación. Plan Decenal de Educación 2008-2018. Primera parte. Realidad Educativa Dominicana en una perspectiva histórica. 6ta. Revisión  
 2) Para datos del 2005. SEE-IPE 2007. Serge Péano e Isabel Da Costa (IPE), Modesto Ozuna y Grismal de Balcacer 2007. El Gasto de Educación 1996-2005. Componente Costos y Financiación de la Educación Programa de Fortalecimiento de las Capacidades Institucionales. Anexo III.44

<b>Cuadro III.30 Gasto de las familias en educación 2005</b>		
Concepto	Millardos de RD\$	%
Contribuciones a instituciones públicas	0.9	6.40%
Escolaridad en instituciones privadas	9.4	67.10%
Comidas escolares	1.0	7.10%
Libros y materiales escolares	1.5	10.70%
Uniformes y otros gastos	1.2	8.60%
<b>Total</b>	<b>14.0</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: SEE-IPE 2007. Serge Péano e Isabel Da Costa (IPE), Modesto Ozuna y Grismal de Balcacer 2007. El Gasto de Educación 1996-2005. Componente Costos y Financiación de la Educación Programa de Fortalecimiento de las Capacidades Institucionales.

<b>Cuadro III.31 Gasto en educación por niveles educativos promedio, 1996-2005</b>	
Gasto por Nivel	Promedio
Inicial	5.0%
Básica	42.2%
Media General	11.2%
Técnica y Profesional	1.8%
Educación Superior	22.7%
Educación de adultos	1.6%
Formación continua	5.5%
Administración General	9.5%
Formación del personal educativo	0.6%
<b>Total Gasto de Educación</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: SEE-IPE 2007. Serge Péano e Isabel Da Costa (IPE), Modesto Ozuna y Grismal de Balcacer 2007. El Gasto de Educación 1996-2005. Componente Costos y Financiación de la Educación Programa de Fortalecimiento de las Capacidades Institucionales.

Cuadro III.32

**Proporción del gasto promedio por estudiante (incluye financiamiento total y pagos directos de las familias) 2005. Base estudiante de básica del sector público**

Sector	Inicial	Básica	Media General	Técnica y Profesional	Superior
Sector Público	110%	100%	84%	222%	187%
Semi-Oficial	71%	94%	101%	204%	0%
Sector Privado	106%	132%	187%	167%	432%

Fuente: SEE-IIPE 2007. Elaborado por Sergé Péano e Isabel Da Costa (IIPE), Modesto Ozuna y Grismal de Balcácer 2007. El Gasto de Educación 1996-2005. Componente Costos y Financiación de la Educación Programa de Fortalecimiento de las Capacidades Institucionales.

- En el nivel de la básica la proporción que representa el gasto en personal docente es similar en lo público y privado. El privado gasta casi tres veces, proporcionalmente, que la pública en personal no docente mientras que en la pública se gasta diez veces más en comida y transporte, lo que representa el 21% del gasto total por alumno.
- En el nivel medio, la escuela privada gasta varias veces más que la escuela pública en personal docente y personal no docente, pero menos en inversiones y comida y transporte.

- En el nivel técnico-profesional, ambos tipos de instituciones tienen estructura de costos similares.
- En la educación superior, la diferencia fundamental entre el gasto público y privado por estudiante lo constituye la ayuda a las familias, que en el primero representa el 20% del gasto total por alumno. También en el gasto corriente pedagógico, en el sector privado más que duplica al público.

En resumen, si bien la ley establece una proporción del presupuesto y del PIB que deben destinarse para el gasto en educación, estos porcentajes nunca se han cumplido y el país se mantiene con niveles de gasto público en educación entre los más bajos del mundo. En promedio, la sociedad dominicana gasta el 3.7% en educación, el cual es un monto bajo comparado con otros países de igual desarrollo que gastan el doble. La mitad del gasto lo hace el Estado, el 40% de las familias y el resto se reparte en préstamos y otras instituciones. El componente principal del gasto es la escolaridad, que absorbe las dos terceras partes del gasto total en educación. Existe un gran desbalance entre el financiamiento por estudiante de la educación pública y privada, así como un elevado gasto por estudiante en el nivel superior comparado con los otros niveles.

### III.9 Marco legislativo e institucional de la educación inicial, básica y media

Las Ley General de Educación 66-97 establece las obligaciones del Estado en el ámbito educativo (Recuadro III.7), reglamenta la política educativa, garantiza el derecho a la educación de toda la ciudadanía como algo permanente e irrenunciable de todo ser humano, regula el funcionamiento del sistema educativo en sus niveles inicial, básico y medio, así como también la actividad privada educativa.

En esta normativa se establecen numerosos principios que rigen la educación dominicana, entre los que destacan: la no discriminación por raza, sexo, credo, posición económica y social o de cualquier otra naturaleza, la libertad de enseñanza, identifica la familia como primera responsable de la educación, establece la obligación del Estado de hacer efectivo el principio de igualdad de oportunidades educativas para todas las personas, el respeto a la vida, a los derechos fundamentales y a la convivencia democrática. Finalmente, la ley establece que todo el sistema educativo se fundamenta en los principios cristianos del Evangelio y en los valores cristianos, lo cual contradice el pluralismo planteado por el principio de la no discriminación por credo (artículo 4 de la Constitución).

Aunque la existencia de las leyes representa un avance hacia la institucionalidad, las contradicciones internas y la falta de cumplimiento de las mismas debilitan la institucionalidad, y por tanto no favorecen el desarrollo humano.

La educación como derecho también es consagrada en el Código para el Sistema de Protección y los Derechos Fundamentales de los Niños, las Niñas y Adolescentes (NNA), Ley 136-06. Esta ley indica que la educación de calidad es un derecho y señala claramente que en ningún caso se podrá negar la educación por carencia de documentos de identidad, recursos económicos, ausencia de padres, madres o tutores o cualquier otra causa que pudiera vulnerar sus derechos.

Las normativas existentes constituyen el fundamento del sistema educativo, al brindar el marco legal para las políticas de equidad, para los principios de inclusión y de respeto a la diversidad que se expresan a través de las diferentes ordenanzas y órdenes departamentales que promueven las escuelas inclusivas. Sin embargo, la concepción de la educación como un derecho no es clara en la práctica de los actores educativos, tal como se ha discutido a lo largo de este capítulo. Un estudio cualitativo arrojó<sup>104</sup>, por ejemplo, que ante la escasez de libros de texto, el personal docente señala que los y las estudiantes deben comprarse sus propios libros o fotocopiarlos, ya que “no todo puede ser gratis”. Otros casos han sido la expulsión de la escuela de las niñas y jóvenes embarazadas, la práctica de directivos escolares de no inscribir a niños y niñas sin actas de nacimiento, aún a pesar de las políticas emanadas desde la SEE de que la población infantil no puede ser excluida de la escuela por falta de documentación.

En cuanto a la educación religiosa, se incluye un capítulo específico (VI) que determina la libertad de los padres, madres y tutores a buscar una educación moral y religiosa de acuerdo con sus convicciones. Sin embargo, también se plantea que la enseñanza moral y religiosa es obligatoria en las escuelas y se sustenta en los preceptos constitucionales y los acuerdos de los cuales es signatario el país. Las personas que no deseen que sus hijos e hijas reciban una educación religiosa tienen derecho a que sean eximidos, si lo solicitan por escrito. La definición de los contenidos religiosos a enseñarse en las escuelas involucra a las autoridades religiosas competentes.

### La Secretaría de Estado de Educación (SEE) y el Consejo Nacional de Educación

La SEE es el ente público ejecutivo encargado de orientar y administrar el sistema educativo nacional y ejecutar las disposiciones de la Constitución Nacional, la Ley General de Educación 66-97 y otras leyes y reglamentos. Como tal, tiene cuatro funciones administrativas fundamentales: el planeamiento, el asesoramiento técnico, la ejecución, la supervisión y el apoyo.

La ley determina que el organismo máximo de decisión en política educativa es el Consejo Nacional de Educación, que junto con el Secretario de Estado de Educación, es el encargado de esta-

#### Recuadro III.7

#### Obligaciones del Estado con relación a la tarea educativa (artículo 9)

En el marco de estos principios, la ley determina ciertas funciones para el Estado entre las cuales cabe destacar:

- Promover el bien común y posibilitar las condiciones para que todas las personas alcancen su mayor realización personal, espiritual y social.
- Propiciar la formación e información sobre riesgos naturales de orígenes diversos, su evaluación y la forma de atenuar sus efectos.
- Proteger el derecho a la educación y la libertad de enseñanza.
- Garantizar y fomentar el desarrollo de la educación en todos los niveles y modalidades.
- Ofrecer con carácter de prioridad enseñanza completa en el nivel de educación básica a todos/as los/as niños/as en edad escolar.
- Garantizar una educación gratuita que permita que toda la población tenga igual posibilidad de acceso a todos los niveles y modalidades de la educación pública.
- Contribuir al financiamiento y desarrollo de la educación vocacional, formación profesional, educación técnico-profesional y la educación superior.
- Facilitar y financiar la formación y actualización de los/as docentes en todos los niveles y modalidades.
- Supervisar la educación pública y privada.

Fuente: Ley General de Educación 66-97

104 Ziffer 2008



blecer la orientación general de la educación dominicana en sus niveles de competencia y garantizar la unidad de acción entre las instituciones públicas y privadas que realizan funciones educativas, asegurando el cumplimiento de los fines y principios de la educación dominicana. El Consejo Nacional de Educación reglamenta las políticas a través de Ordenanzas y está integrado por una representación de los sectores involucrados en el proceso educativo<sup>105</sup>.

### **Lineamientos para evaluar la calidad de la educación**

La Ley General de Educación define los aspectos vinculados a la calidad de la educación y determina la existencia de un Sistema Nacional de Evaluación de la Calidad de la Educación como el medio para determinar la eficiencia y eficacia global del Sistema Educativo. Este sistema tiene entre sus funciones:

- Disponer de informaciones objetivas del rendimiento escolar particular y general.
- Establecer, además de la evaluación sistemática y continua del rendimiento de las personas en el proceso educativo, mediciones periódicas mediante un sistema de pruebas nacionales de término, en los niveles y ciclos que el Consejo Nacional de Educación considere pertinente.
- Evaluar sistemáticamente todos los parámetros determinantes de la calidad de la educación.
- Utilizar la investigación y los resultados de las evaluaciones para mejorar la calidad de la educación.

El sistema de evaluación establecido en la ley todavía no existe, aunque ha habido iniciativas que han encontrado resistencia por parte de los diferentes actores y sectores de la educación. El Plan Decenal de Educación 2008-2018 plantea la creación de este sistema como una de sus políticas, que de materializarse implicaría un importante avance hacia el cumplimiento de la ley.

### **La normativa para la educación de personas jóvenes y adultas**

De acuerdo con la Ley General de Educación 66-97, la educación de adultos “es el proceso integral y permanente, destinado a lograr, tanto la formación de personas adultas que por diferentes motivos no pudieron recibir la educación sistemática regular, como la de aquellas, que habiéndola recibido a Nivel Básico y Medio, deseen adquirir formación en el campo profesional para integrarse al desarrollo laboral, productivo del país y para su autorrealización”<sup>106</sup>.

La ley destaca a la educación como un derecho permanente e irrenunciable de las personas sin ningún tipo de discriminación (artículo 4) y establece que la educación de personas adultas es una vía para desarrollar una conciencia ciudadana, ayudar al proceso de auto realización, capacitar para la eficiencia económica, y estimular la conciencia de integración social, (artículo 52). Por lo menos en teoría, se resalta la educación como capacidad y derecho, independientemente de su utilidad en el proceso productivo. Los componentes del subsistema de educación de adultos aparecen en el Recuadro III.8.

---

<sup>105</sup> El Consejo Nacional de Educación está compuesto por integrantes de cuatro diferentes sectores: a) los representantes del organismo ejecutor, es decir la SEE; b) los representantes de las áreas sustantivas de la educación externas a la SEE, que incluye al rector de la UASD, así como a otras instancias; c) los sectores implicados en la educación, que incluye un representante del sector empresarial, de la SESPAS, un representante de la Conferencia del Episcopado Dominicano y un representante de de las iglesias cristianas no católicas, entre otros. Finalmente, d) los actores de la educación integrados por educadores, estudiantes, asociaciones de padres, de los colegios privados, un representante de los colegios privados confesionales no católicos y un representante de los colegios privados no confesionales.

<sup>106</sup> Artículo 51, Ley General de Educación 66-97



### El género en la Ley General de Educación

La Ley General de Educación 66-97 no presenta una sección específica en la cual aborda las cuestiones relativas al género, pero existen diferentes artículos que señalan el tratamiento igualitario entre hombres y mujeres y permiten, aunque no expresamente, la transversalización del enfoque de género en las políticas educativas. Habría que indicar como fue anotado anteriormente, el hecho de que la ley propone valores religiosos tradicionales, estos podrían reforzar roles de género tradicionales los cuales obstaculizarían el desarrollo pleno de niños, niñas y jóvenes, limitando su libertad de oportunidades, señalando caminos y opciones diferenciadas para cada sexo.

La Ley General de Educación no dispone de estrategias específicas de transversalización del enfoque de género para garantizar equidad<sup>107</sup> ni tampoco incluye explícitamente una estrategia de discriminación positiva. Sin embargo, desde el Plan Decenal de Educación 1992-2002, el sistema educativo ha avanzado en este aspecto tanto en lo legislativo e institucional, mediante resoluciones de la SEE y la creación de un departamento de género, así como a través de diferentes proyectos y programas.

Es importante señalar que no se dispone de una normativa que promueva la equidad de género en los organismos de participación de los centros educativos y del sistema educativo en general. Generalmente, son las madres quienes más participan de estos espacios de acuerdo con los roles tradicionales de género que determinan a las mujeres como encargadas de la crianza y la educación de los hijos e hijas. Aún así los hombres tienden a ejercer los cargos directivos y de decisión más importantes. La equidad de género tampoco se incorpora en la carrera docente ni existen cuotas para hombres y mujeres en los cargos directivos de la SEE. En el Recuadro III.9 se presentan los artículos de la Ley de Educación que hacen referencia al tema equidad de género.

### Rol del Estado en la formación docente

La ley señala que el Estado debe garantizar la formación docente y crea el Instituto Nacional de Formación y Capacitación del Magisterio (INAFOCAM) como órgano descentralizado adscrito a la Secretaría de Estado de Educación, con la función de coordinar la oferta de formación, capacitación, actualización y perfeccionamiento del personal docente. Debe desarrollar su labor en coordinación con universidades e instituciones de formación docente nacionales e internacionales.

Asimismo, la ley establece que el estatuto docente reglamenta las relaciones entre el personal docente y el Estado y entre éstos y sus empleadores del sector privado; garantiza la calidad de la educación mediante una adecuada selección, evaluación y promoción del personal sobre la base de méritos y aptitudes; regula los derechos y obligaciones del magisterio; establece un régimen que garantiza la estabilidad docente, así como los aspectos vinculados a la remuneración, profesionalización, perfeccionamiento y a las condiciones laborales docentes.

#### Recuadro III.8

#### Las áreas del Subsistema de Educación de Personas Adultas

- Alfabetización,
- Educación básica, llamada a proporcionar una formación acelerada a personas mayores de 14 años de edad, en un período no menor de cuatro años.
- Educación media, destinada a las personas que han cursado y aprobado la educación básica, cuya duración será no menor de cuatro años.
- Capacitación profesional, destinada a ofrecer alternativas al adulto que deserta del sistema regular para que se capacite en un oficio que le permita integrarse al trabajo productivo.
- Educación vocacional laboral, encargada de ofrecer oportunidades a las personas interesadas en adquirir capacidades para ejercer un trabajo productivo.

Fuente: Artículos 53 y 54 de la Ley General de Educación 66-97

<sup>107</sup> Rosenfeld 2002

Artículo	Contenido
Artículo 4. Principios de la educación dominicana Literal (a)	La educación es un derecho permanente e irrenunciable del ser humano, para hacer efectivo su cumplimiento, cada persona tiene derecho a una educación integral que le permita el desarrollo de su propia individualidad y la realización de una actividad socialmente útil, adecuada a su vocación y dentro de las exigencias del interés nacional o local, sin ningún tipo de discriminación por razón de raza, de sexo, de credo, de posición económica y social o de cualquier naturaleza.
Artículo 4. Principios de la educación dominicana. Literal (c)	La educación estará basada en el respeto a la vida, el respeto a los derechos fundamentales de la persona, al principio de convivencia democrática y a la búsqueda de la verdad y la solidaridad.
Artículo 4. Principios de la educación dominicana Literal (h)	La educación, como medio de desarrollo individual y factor primordial de desarrollo social, es un servicio de interés público nacional, por lo que es una responsabilidad de todos. El Estado tiene el deber y la obligación de brindar igualdad de oportunidad de educación en cantidad y calidad, pudiendo ser ofrecida por entidades gubernamentales y no gubernamentales, con sujeción a los principios y normas establecidas en la presente ley.
Artículo 4. Principios de la educación dominicana Literal (j)	Es obligación del Estado, para hacer efectivo el principio de igualdad de oportunidades educativas para todas las personas, promover políticas y proveer los medios necesarios al desarrollo de la vida educativa, a través de apoyo de tipo social, económico y cultural a la familia y al educando, especialmente de proporcionar a los educandos las ayudas necesarias para superar las carencias de tipo familiar y socioeconómico.
Artículo 5. Fines de la educación dominicana Literal (a)	Formar personas, hombres y mujeres, libres, críticos y creativos, capaces de participar y construir una sociedad libre, democrática y participativa, justa y solidaria; aptos para cuestionarla en forma permanente; que combinen el trabajo productivo, el servicio comunitario y la formación humanística, científica y tecnológica con el disfrute del acervo cultural de la humanidad, para contribuir al desarrollo nacional y a su propio desarrollo.
Artículo 5. Fines de la educación dominicana. Literal c	Educar para el conocimiento de la dignidad y la igualdad de derechos entre hombres y mujeres.
Artículo 38. Funciones del Primer Ciclo del Nivel Básico Literal b Art. 39. Funciones del Segundo Ciclo del Nivel Básico Literal a	Desarrollar la aceptación del principio de igualdad entre los géneros. Profundizar las capacidades desarrolladas por los educandos en el Primer Ciclo.
Artículo 41. Funciones del Nivel Medio Literal a.	Función social, pretende que el alumno sea capaz de participar en la sociedad con una conciencia crítica frente al conjunto de creencias, sistema de valores éticos y morales propios del contexto sociocultural en el cual se desarrolla. Promueve que los estudiantes se conviertan en sujetos activos, reflexivos y comprometidos con la construcción y desarrollo de una sociedad basada en la solidaridad, justicia, equidad, democracia, libertad, trabajo y el bien común, como condición que dignifica al ser humano, contribuye al desarrollo económico y social del país.
Artículo 214. Igualdad entre los sexos	Todo cuanto se determine en esta ley sobre niños, estudiantes, población infantil, infantes, profesor, docente, técnico, profesor, ser humano, persona, funcionario, director, secretario, tesorero, presidente, o toda otra expresión similar en que se use el género de acuerdo a las normas gramaticales se deberá entender en toda su extensión como aplicable a los dos géneros, salvo indicaciones precisas contrarias a las leyes de la nación

Ley General de Educación 1966-1997

Por otro lado, es deber del Estado establecer las condiciones necesarias para que los y las docentes tengan una vida digna, estatus y reconocimiento social acorde con su misión profesional y disponga de los medios para su perfeccionamiento y el ejercicio efectivo de su labor.

Para dignificar y mejorar la vida de la persona docente, se establece el sistema de recompensa que incluyen bienes y servicios para satisfacer de necesidades básicas, institucionales, laborales y sociales.

La valoración del personal docente se basa en los criterios de capacidad, formación, rendimiento, localización del centro, grado que atiende, escalafón, responsabilidad y reconocimientos por obras escritas o méritos sobresalientes. Los incentivos que así se establecen son los incentivos personales y la profesionalización, incentivos institucionales, incentivos de seguridad social e incentivos laborales.

A la vez, la ley determina la existencia del tribunal de la carrera docente que funciona a nivel nacional y regional como el órgano responsable de dirimir los conflictos y apelaciones relativos a los deberes y derechos de los docentes.

### III.10 Políticas del sistema escolar

---

El modelo de Gestión de la Calidad de los Centros Educativos es una de las principales políticas desarrolladas por la SEE, que apunta a fortalecer la gestión institucional y pedagógica de los centros educativos para mejorar la calidad e inducir logros de aprendizaje en todos los integrantes de la comunidad educativa. Este modelo proporciona un marco referencial general que ofrece sentido y direccionalidad al proceso de gestión institucional y pedagógica de los centros educativos. Asimismo, busca alinear todos los esfuerzos de los Centros Educativos, los Distritos Educativos, Direcciones Regionales y Organismos Centrales en un mismo sentido, a través de comunidades de aprendizaje y redes de centros.

La definición de calidad educativa que asume este proceso es “el desarrollo de un Centro Educativo que organiza un conjunto de relaciones y procesos educativos, que propician en todos los sujetos, principalmente los niños, niñas y adolescentes, así como las personas adultas, procesos de formación integral y aprendizajes que respondan a los intereses particulares de sujetos y de la sociedad, desde una perspectiva de una sociedad democrática y participativa, productiva, ecológica y éticamente responsable”<sup>108</sup>.

La creación de este tipo de modelo permite que cada centro educativo lo utilice como una guía y lo adapte creativamente a su contexto y necesidades específicas. El principal desafío en este sentido reside en operativizar el modelo y hacerlo accesible al personal educativo de las escuelas sin convertirlo en una receta que se aplica en todas las escuelas por igual, al mismo tiempo que se fortalecen las capacidades de los centros educativos para poder apropiarse del modelo.

El proceso de implementación de este modelo se inició en el año 2006 y se ha dividido en etapas que se presentan en el Recuadro III.10. La primera, se ha desarrollado completamente y sus principales resultados incluyen:<sup>109</sup> la elaboración definitiva de la guía del Modelo de Gestión de la Calidad para los Centros Educativos como un documento flexible a modificarse según los resultados de su implementación en los centros educativos, difusión del modelo mediante talleres y material impreso, la articulación con las instituciones de formación para la unificación de criterios en la capacitación de directivos y docentes desde la perspectiva del modelo, incidencia de este como marco de referencia para la conceptualización de la educación de calidad.

---

<sup>108</sup> SEE 2006

<sup>109</sup> López 2007

Proceso de implementación del modelo de gestión de la calidad de los centros educativos

Recuadro III.10

Fases	Etapas
1. Diseño, difusión y apropiación del Modelo de Gestión de la Calidad en la Comunidad Educativa	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diseño y validación del Modelo de Gestión como guía y marco de referencia para transformar la gestión institucional y pedagógica de los centros educativos.</li> <li>2. Conocimiento, Apropiación y Sensibilización de la Comunidad Educativa frente al Modelo de Gestión de la Calidad</li> <li>3. Creación de Equipos de Gestión para el acompañamiento del proceso de implementación del Modelo de Gestión.</li> <li>4. Articulación con instituciones gubernamentales y organismos de la Secretaría de Estado de Educación</li> </ol>
2. Implementación del Modelo de Gestión de la Calidad en los Centros Educativos	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Implementación del Modelo de Gestión de la Calidad en los Centros Educativos</li> <li>1. Sensibilización e información</li> <li>2. Autoevaluación – Diagnóstico Institucional</li> <li>3. Selección de los Centros Educativos</li> <li>4. Capacitación y apropiación a los técnicos, directores y profesores de los centros seleccionados.</li> <li>5. Elaboración y aplicación del Plan Estratégico para el Mejoramiento de la Gestión en el Centro Educativo</li> <li>6. Evaluación y acompañamiento del proceso de implementación</li> </ol>

Fuente: Informe sobre los avances del Modelo de Gestión de la Calidad para los Centros Educativos de República Dominicana. López 2007

A partir del año escolar 2007-2008 se desarrolla la segunda fase que dura 11 meses. Luego de la sensibilización e información en los centros educativos se ha desarrollado un proceso de capacitación con personas responsables de su implementación, además de un proceso de auto diagnóstico escolar en todos los centros educativos del país. Este diagnóstico se inicia con una autoevaluación de la que participa la comunidad educativa a través de una comisión, con una guía especialmente diseñada. Posteriormente, se produce un proceso de verificación a cargo de una comisión externa. A partir de los resultados de esta evaluación institucional, los centros deben diseñar un plan de mejoramiento que se integre al Proyecto Educativo del Centro. Estas evaluaciones pronto podrán realizarse online a través de la página web de la SEE.

En la actualidad se continúa desarrollando el proceso de autoevaluación en los diferentes centros educativos. Se han elaborado también los criterios para la selección de los 1,200 centros educativos en donde se implementará el modelo, los cuales son una muestra representativa de las distintas modalidades educativas.

Algunas experiencias aisladas en el marco de este proyecto<sup>110</sup> dan cuenta del empoderamiento que genera en los actores escolares y los cambios que se promueven a través de la autoevaluación de los centros, aprovechando más eficientemente los recursos humanos y materiales disponibles en el centro educativo. Estos procesos de autogestión deben ser acompañados técnicamente para apoyar los procesos reflexivos que se dan a lo interno de las escuelas y que representan el momento ideal para la incorporación de nuevos enfoques. El acompañamiento guiaría la apropiación por parte de los actores escolares de los nuevos enfoques y estrategias, complementándose con capacitaciones específicas para dar respuesta a las necesidades planteadas en el diagnóstico.

<sup>110</sup> En marzo del 2008 la SEE realizó una reunión para presentar un balance del Modelo en los cuales se presentó la experiencia de la escuela Los Palmares de Villa Mella.

Finalmente, la incorporación de las familias y la comunidad al proceso de autoevaluación, propicia la contextualización y redimensión de la agenda de la escuela, de esta forma se pueden promover verdaderas comunidades de aprendizaje que colaborarían en la construcción de cohesión social y promoverán el desarrollo humano.

### Programa de Modernización Institucional

El Programa de Modernización Institucional de la SEE, promulgado a través de la Orden Departamental 13-2007 pretende implementar los procesos de descentralización y participación que establece la Ley General de Educación 66-97. Con este programa se busca responder a la demora del Estado dominicano en cumplir dicha ley así como a la necesidad de promover un funcionamiento más ágil, eficiente y participativo del sistema educativo que logre mejorar la calidad de la educación. El objetivo general de esta iniciativa es avanzar hacia un amplio proceso de desconcentración que tenga como centro al estudiantado y sus aprendizajes y a la escuela como eje de la modernización institucional.

El proceso para la modernización se inicia de manera gradual en agosto de 2007 en los Distritos Educativos, mediante las fases de diagnóstico, compromiso, capacitación y provisión de recursos adecuados. El marco de acción fundamental es la puesta en práctica de los “Diez Criterios que Definen una Escuela de Calidad” del Modelo de Gestión de la Calidad de los Centros Educativos. Para el desarrollo de este proceso se crea en forma temporal la Dirección General de Gestión y Desarrollo que depende de la Subsecretaría de Planificación y cuya responsabilidad es articular y coordinar las actividades pedagógicas y administrativas programadas por la sede central para las regionales, distritos y centros educativos.

La descentralización que se desarrolla a partir este programa es coherente con la planteada por la Ley General de Educación e implica principalmente la desconcentración de funciones hacia otras instancias, según el modelo de responsabilidad compartida a nivel subnacional<sup>111</sup>. Es decir, que las regionales, distritos y centros educativos asumen funciones que antes desarrollaba exclusivamente la Sede Central o que desarrollaban de manera informal. La sede central mantiene aún la centralidad en la toma de decisiones (Recuadro III.11).

A partir del proceso de modernización institucional, las escuelas podrían identificar necesidades, formular presupuestos, solicitar recursos, ejecutar normas sobre el personal y en escuelas mayores de 300 estudiantes proponer el nombramiento del personal<sup>112</sup>. En cuanto a la compra y adquisición de materiales, los distritos identifican sus necesidades y hacen sus requerimientos y luego, al nivel central, se realizarían las licitaciones y compras del equipamiento y los materiales.

El proceso de modernización implica una mayor autonomía para las escuelas y ello es una condición fundamental para establecer comunidades de aprendizaje tal como plantea el Modelo de Gestión de la Calidad para los Centros Educativos. Cabe señalar que en muchos casos, los países que han desarrollado modelos de descentralización basados en los gobiernos subnacionales o en la responsabilidad compartida a nivel subnacional, han avanzado también en el último tiempo hacia dar más autonomía a las escuelas<sup>113</sup>.

---

<sup>111</sup> Di Gropello 2004

<sup>112</sup> SEE 2007b

<sup>113</sup> Di Gropello 2004

### Distribución de roles y funciones de las diferentes instancias de gestión del sistema educativo

Recuadro III.11

Instancia de gestión	Políticas y Planes	Currículo	Evaluación	Presupuesto	Recursos Humanos	Descentralización	Normas y Procedimientos	Contrataciones
Sede Central	Define, orienta y evalúa	Formula y orienta	Dirige y norma	Formula, negocia y monitorea	Norma, dirige y monitorea	Promueve descentralización y participación	Dirige y norma	Norma, licita y contrata
Regional Educativa	Adecua y monitorea	Diversifica y asesora	Investiga y promueve uso	Monitorea	Administra y monitorea	Promueve y organiza	Aplica y monitorea	Monitorea
Distrito Educativo	Implementa asesora y monitorea	Asesora	Apoya aplicación	Prioriza y ejecuta	Administra y contrata (vacantes)	Organiza y apoya	Aplica y monitorea	Identifica necesidades, prioriza y monitorea
Centro Educativo	Ejecuta	Aplica	Aplica	Identifica necesidad, formula y solicita	Ejecuta	Organiza	Aplica	Identifica y propone

Fuente: SEE Orden Departamental 13-2007

Las evaluaciones de las experiencias de descentralización señalan factores importantes para el éxito de estas reformas<sup>114</sup>. Entre ellas se destacan a continuación algunas que pueden resultar relevantes para el caso de la República Dominicana.

- La forma en que se rinde cuentas. La rendición de cuentas debe realizarse desde los niveles locales y regionales hacia el nivel central y desde cada uno de los niveles hacia la sociedad en general. Por su parte, la sociedad debe demandar cumplir las metas establecidas a nivel nacional por cada una de las instancias regionales y locales. Esto implica la participación informada de los padres y las madres y la expresión de sus demandas educativas, a través de los organismos de participación correspondientes como pueden ser las APMAEs y las Juntas de Centro Educativo y en el marco legislativo e institucional vigente.
- Transferencia real de autoridad a las unidades subnacionales. La brecha entre responsabilidad y autoridad para actuar puede obstaculizar las relaciones de rendición de cuentas<sup>115</sup>.
- El consenso en torno a las reformas también parecería conducir a relaciones de rendición de cuentas más sólidas basadas en el derecho a voz.
- El desarrollo de sistemas de monitoreo y supervisión con el fortalecimiento de las funciones de auditoría central y de una estructura de monitoreo desconcentrada. El desarrollo de sistemas de evaluación a través de la introducción y sistematización de pruebas estandarizadas con base en niveles de calidad definidos también son prácticas que fortalecen la capacidad de rendición de cuentas y responsabilizan por los resultados.

El Programa de Modernización permite la desconcentración de funciones en el sistema educativo y podría favorecer el liderazgo local, especialmente del personal directivo, que su vez podrían promover un mayor nivel de autonomía en el cual las autoridades locales tengan mayor poder de decisión sobre los recursos humanos de la escuela. Se vincula con los procesos de rendición de

<sup>114</sup> Di Gropello 2004

<sup>115</sup> Este parece haber sido el caso de Chile, por ejemplo. Di Gropello 2004

cuentas y responsabilizan por los resultados. En este caso, se trataría de que la escuela rinda cuentas a la comunidad sobre los resultados obtenidos con relación a las metas planteadas y los recursos invertidos. La “accountability” educacional también implica responsabilizar por los resultados. El proceso de crear responsabilidades es imposible sin el control de los recursos necesarios para lograr los objetivos propuestos.

### **En síntesis**

El sistema educativo dominicano ha registrado progresos tanto en el marco legislativo como institucional, y más en el primero que en el segundo. La educación se entiende como un derecho y como una capacidad cuyo ámbito de evaluación es la calidad de vida, más que reducirla a un medio para mejorar la capacidad productiva del recurso. La normativa vigente establece la obligatoriedad para el último año de la educación inicial (5 años) y de toda la educación básica con el compromiso del Estado de ofrecerla gratuitamente. Es una ley avanzada en materia de equidad e inclusión social, crea instancias colectivas para la definición de la política educativa y establece mecanismos de evaluación de la calidad. Incorpora la educación de personas jóvenes y adultas con los objetivos de desarrollar conciencia ciudadana, la autorrealización, capacitación en un área laboral, para la eficiencia económica y para estimular la conciencia de integración social. Sienta las bases para la transversalización de género, así como define el rol y la formación docente.

En materia de políticas del sistema escolar, la SEE ha propiciado un modelo de Gestión de la Calidad de los Centros Educativos que apunta a fortalecer la gestión institucional y pedagógica, constituyéndose en un marco de referencia para la gestión. Este proceso tiene dos etapas. La primera está concluida y se refiere a la formulación y difusión de la propuesta para una conceptualización de la educación de calidad. La segunda, abarca la capacitación y el autodiagnóstico, la cual es una oportunidad para lograr que los actores del proceso educativo se empoderen. Finalmente, está el programa de modernización institucional que pretende avanzar en los procesos de descentralización y participación. Finalmente, como se puede observar a todo lo largo de este informe, el gran desafío de la educación dominicana no es crear más leyes ni normativas, sino cumplir las que existen.

### **III.11 En resumen; de la educación inicial, básica y media**

---

Las evidencias recogidas sobre el sistema educativo apuntan a que los procesos de enseñanza y aprendizaje desarrollados en las escuelas tienen escasa relación con la definición de educación de calidad. Las y los estudiantes no aprenden lo que deberían aprender, de acuerdo con las evaluaciones realizadas. Esto indica que si bien han aumentado los niveles de promoción, el sistema educativo no es eficiente en el logro de sus propósitos. Tampoco las escuelas cuentan con recursos suficientes y adecuados para el aprendizaje de competencias que permita al estudiantado insertarse adecuadamente en el mercado laboral. También se observa que en los centros educativos, los recursos existentes no son aprovechados eficientemente para la enseñanza y el aprendizaje. El tiempo que asisten a clase es insuficiente y no facilita el desarrollo de actividades innovadoras que promuevan la reflexión crítica.

Por otro lado, los contenidos que se trabajan sistemáticamente en las escuelas no suelen vincularse a aprendizajes para la vida, que implica la contextualización de los contenidos frente a la situación social, económica y política nacional, regional y global actual, y tampoco promueve la reflexión y la formación en ciudadanía de manera crítica y responsable. El manejo de los contenidos curriculares no promueve su transferencia y aplicación a otras situaciones que permita al estudiantado resolver problemas de la vida cotidiana.



La educación dominicana no proporciona a los y las estudiantes todas las herramientas para construir capacidades que permitan ampliar las libertades y tampoco fortalece el empoderamiento para ejercer plenamente una ciudadanía de derechos y deberes colaterales.

Tal como plantea Valera<sup>116</sup> y como fue discutido en el Informe Nacional de Desarrollo Humano 2005, la expansión del sistema educativo sin los niveles de calidad adecuados implicaría una universalización excluyente de la educación y una segmentación del sistema educativo, según la cual los niños y niñas de las clases ricas accederían a una educación de calidad mientras que los más pobres accederían al mismo título educativo sin contar con las mismas competencias y conocimientos, lo cual actuaría en detrimento de sus oportunidades. Desgraciadamente, esto profundizaría las diferencias sociales y actuaría en contra de la expansión de libertades y de la cohesión social.

El profesorado dominicano proviene en general de sectores socioeconómicos bajos, con deficientes niveles educativos y desarrolla su labor en condiciones poco adecuadas, con escasos recursos metodológicos y materiales. En general, las escuelas en que trabajan no cuentan con electricidad ni servicios sanitarios adecuados, no disponen de equipamiento apropiado ni de recursos que promuevan prácticas innovadoras. La organización por tandas de la jornada escolar y la escasez de períodos de clase limitan las posibilidades de desarrollo de actividades de aprendizaje significativas para los y las estudiantes y tampoco promueven la existencia de espacios para la reflexión entre pares ni para la capacitación en la acción.

La transformación curricular demanda de un personal docente dotado de una profesionalización responsable y autónoma, pero las condiciones de trabajo y de vida no la facilitan, como tampoco lo han hecho los procesos de formación continua a los que han tenido acceso. Los problemas y las dificultades del personal docente se reflejan también en su manejo de los contenidos que deben enseñar y que resultan en un empobrecimiento de los procesos de enseñanza. Esta dificultad, unida a los recursos escasos y a un manejo inadecuado de los mismos, promueven el desarrollo de estrategias de enseñanza que a su vez originan aprendizajes ritualizados y memorísticos. Esta situación dista mucho de las comunidades de aprendizaje que se promueven a través del Modelo de Gestión de la Calidad de los Centros Educativos, en las cuales todos los actores se instruyen, y se genera un proceso de aprendizaje a lo largo de toda la vida que promueve el aprender a aprender y a convivir juntos.

Aunque la mayoría del personal docente se encuentra lejos de la visión de ser persona reflexiva que desarrolla una práctica pedagógica que promueve el desarrollo humano, también existen docentes que, en las mismas condiciones desfavorables que sus colegas, materializan su compromiso con su rol en una práctica educativa adecuada. Cumplen con sus responsabilidades y posibilitan que sus estudiantes accedan a una educación de calidad tal como aspiran, que les permita superar otras privaciones y conseguir aquello que desean. Asimismo, hay una cantidad importante de docentes comprometidos con su tarea formativa, que sin embargo, tienen dificultades para transformarla en una práctica de calidad que promueva aprendizajes significativos en el estudiantado.

Las informaciones presentadas en las secciones anteriores señalan la urgencia de evaluar las necesidades de recursos humanos del sistema educativo y trazar una política que permita formar y reciclar los docentes en servicio, la integración en el sector público de nuevos docentes capacitados y comprometidos con su tarea, y de atraer hacia la carrera a jóvenes comprometidos con una buena educación en el nivel básico y medio. Esto comprende un proceso de dignificación del magisterio para mejorar el reconocimiento social de la profesión, que conlleva un mayor reconoci-

---

116 Valera et al 2002

### Recuadro III.12 La teoría económica del capital humano

Las ideas de que era posible elevar la riqueza personal y nacional por medio de la destreza de los individuos fue sistematizada por los economistas Theodore W. Schultz y Gary Becker, quienes mostraron que los ingresos promedio obtenidos por las personas en el transcurso de sus vidas estaban correlacionados positivamente con su nivel educativo. Por esta razón se empezó a entender la educación como una fuente de beneficios económicos a través del tiempo. Otra importante aportación de Schultz fue mostrar que, aun cuando algunas naciones no cuenten con uno de los tres factores tradicionales de producción (tierra, trabajo y capital), estas podrían crecer económicamente al aumentar su capital humano, y el caso más típico es Japón, que quedó devastado después de la segunda guerra mundial y pudo desarrollar una economía moderna gracias a sus reformas educativas.

El pensamiento de Schultz (1961) impactó grandemente al sector académico y a los investigadores, en el sentido de que la educación podría generar progreso, lo que promovió nuevas perspectivas de análisis. La teoría del capital humano se volvió un referente para analizar los mercados laborales, la determinación salarial y el crecimiento económico. También Schultz influyó en la política pública con la idea de que la educación es una inversión con la cual se puede desarrollar la estructura económica y social de un

país. A partir de entonces muchos gobiernos y los principales organismos internacionales han destinado grandes recursos al sector educativo, lo que conllevó a elevar la matrícula de los estudiantes en todos los niveles académicos. Sin embargo, la realidad supera la teoría, y estas ideas de Schultz y Becker, se pusieron en duda debido al desempleo entre personas instruidas y a la inequidad en la distribución del ingreso. Los postulados de Schultz y Becker dicen poco sobre otros efectos que el proceso educación produce, como el carácter cultural, social, o personal.

Aspectos como la segmentación del mundo del trabajo, los prejuicios culturales o ideológicos de algunas empresas y de algunas manifestaciones de racismo, sexismo o sectarismo de algunos empleadores, podrían explicar las variaciones salariales de las personas de manera más precisa que sus grados de escolaridad. Esas variables están por encima de aquellos factores que identificaron los teóricos del capital humano para determinar los ingresos de los trabajadores; el grado de instrucción pasa muchas veces a un segundo plano. Otro aspecto poco discutido por los seguidores de la teoría de Schultz y Becker, es el carácter cíclico del mercado laboral que en momentos se puede expandir pero también contraer y dejar sin oportunidad de empleo a grandes conglomerados de gente instruida.

Fuente: ODH/PNUD

miento en términos económicos, tanto en los aspectos salariales como los relativos a las condiciones de trabajo.

### III.12 La educación superior

Tal como fue discutido anteriormente, Amartya Sen argumentó que la teoría del capital humano era un avance importante al considerar la capacidad de agencia de las personas para producir, pero es totalmente insuficiente y necesita complementarse, porque los seres humanos no son sólo medios de producción, sino también el fin de la actividad económica. En este sentido, la teoría del capital humano posee una visión limitada, pues se centra solo en explicar los beneficios económicos que se derivan del ejercicio educativo y no contempla la realización humana y la calidad de vida de las personas que implica el proceso educativo (Recuadro III.12).

En el enfoque de capacidades, como ya se ha sido discutido al inicio de este capítulo, la educación tiene una función que va más allá del carácter de insumo productivo del ser humano y que tiene que ver con la calidad de vida de las personas.

Muchos autores se han referido a esta dimensión de la educación. Paulo Freire señaló que si una persona aprende a leer y escribir a la par de comprender su entorno, estaría más propenso a intervenir en ese mundo a fin de librarse de los problemas que lo aquejan. Freire centró su atención en la capacidad del ser humano para ser sujeto y no objeto de su propio desarrollo. En este punto, tanto Freire como Sen asumen que el ser humano es una persona responsable que actúa y deja de actuar de una forma u otra; y es en esta intervención que las personas buscan precisamente su desarrollo. Mientras Freire piensa que la educación es una intervención en el mundo, Sen argumenta que el bienestar de una persona se verá influido por su capacidad de agencia (empode-

ramiento), de manera que los individuos, al educarse, desarrollan una capacidad de actuar individual y colectivamente que multiplica las libertades o capacidades humanas. Aunque Sen reconoce que la agencia humana es una base importante para superar las privaciones, la libertad de acción que posee cada individuo, esta inevitablemente limitada y restringida por las oportunidades sociales, políticas y económicas a las que tiene acceso (la construcción social de las capacidades). Nadie nace hecho, sino que paulatinamente se hace, a partir de la práctica social de la que es parte. Al respecto Amartya Sen dice que si una persona mejora su nivel educativo y consecuentemente es más productiva en la actividad en que se desenvuelva, no es extraño que logre, de manera directa, una mayor libertad para su vida. Con base en las ideas de estos autores se puede examinar detalladamente cuáles libertades puede obtener una persona gracias al conocimiento y hasta qué grado puede desplegar estas capacidades, dada ciertas condiciones sociales, económicas y políticas, o lo que Sen llama libertades instrumentales.

Con la globalización acelerada y sustentada en las nuevas tecnologías de información<sup>117</sup> que ha determinado un cambio en el paradigma de la producción, basado en el uso intensivo de las nuevas tecnologías y del conocimiento, creando una nueva barrera de la exclusión e inclusión social según sea el acceso a la información y al conocimiento. Esta nueva realidad replantea el propio rol de la política pública, basada tanto en la búsqueda de la cohesión social como también en la libertad y el reconocimiento individual. En la primera, se promueve la equidad como eje de la solidaridad nacional, ya que ésta es la base de la cohesión social y por ende requiere políticas de equidad y equilibrio social. Pero por otra parte, la libertad y reconocer las especificidades y las diversidades apuntan a la calidad, a la competencia, a los incentivos individuales y a las autonomías de gestión, muchos de los cuales tienen que ver con los imperativos del crecimiento y la competitividad.

La educación superior tiene un papel clave en el desarrollo y expansión de las capacidades, particularmente a través de la formación del capital humano, profesional, técnico, de la producción y en la transferencia de conocimiento necesario para la innovación y el incremento de la productividad en todos los ámbitos de la sociedad y la economía. Para que una economía pequeña produzca ideas, no es suficiente que invierta solamente en elevar la escolaridad. La producción de ideas requiere capital humano, pero también necesita acceso a las ideas existentes<sup>118</sup>. Un país que invierta en educación, pero que permanece aislado de todas las ideas importantes, no tiene esperanza de convertirse algún día en un “jugador” en la producción de ideas globales<sup>119</sup>.

### **III.12.1 La organización legal e institucional en la educación superior**

La Ley 139-01 de Educación Superior, Ciencia y Tecnología promulgada el 13 de agosto de 2001 tiene como propósito crear el Sistema Nacional de Educación Superior, Ciencia y Tecnología, además de establecer la normativa para su funcionamiento, los mecanismos para asegurar la calidad y la pertinencia de los servicios que prestan las instituciones que lo conforman y sentar las bases jurídicas para el desarrollo científico y tecnológico del país.

El Sistema Nacional de Educación Superior, Ciencia y Tecnología incluye diferentes instituciones con funciones diversas (Recuadro III.13), las cuales son definidas como aquellas que ofrecen forma-

---

<sup>117</sup> La relación entre desarrollo humano y las nuevas tecnologías de información han sido tratadas en el INDH 2005, Ceara- Hatton 2007 y el Capítulo I de este informe.

<sup>118</sup> Roemer 1993

<sup>119</sup> Flores 2007

ción profesional o académica, posterior al nivel medio establecido en la Ley General de Educación 66-97, clasificándolas en:

- Institutos Técnicos de Estudios Superiores, son aquellos centros autorizados para impartir carreras a nivel técnico superior.
- Institutos Especializados de Estudios Superiores, son aquellos centros autorizados para impartir carreras y otorgar títulos a nivel de grado y postgrado en áreas de especialidad, previamente aprobadas por el Consejo Nacional de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (CONESCT).
- Universidades, son aquellos centros autorizados para impartir carreras y otorgar títulos a nivel técnico superior, de grado y de postgrado en las diferentes áreas del conocimiento. Para otorgar títulos de doctorados se requerirá el desarrollo de un programa de investigación en el área en que se concedan dichos títulos.

El Consejo Nacional de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (CONESCT) es la instancia encargada de otorgar el reconocimiento oficial para la creación de nuevas instituciones y de nuevos programas de estudios en educación superior. Para lograr el reconocimiento, estas instituciones deberán presentar un proyecto institucional con estudio de factibilidad, entre otros documentos, así como, los Estatutos, los planes de estudio a ofertar, el plan estratégico a desarrollar a corto, mediano y largo plazo, y al menos 10 reglamentos (Académico, de Investigación, de Extensión, de Profesores, de Estudiantes, de Admisión, de Registro, de Laboratorios, Disciplinario y de Biblioteca).

Según se consigna en la ley, corresponde al Estado dominicano promover el Sistema de Educación Superior, Ciencia y Tecnología. En ese sentido, debe establecer el entorno normativo e institucional que haga posible las siguientes acciones: la creación de un sistema competitivo de becas y créditos educativos que posibilite la igualdad de oportunidades en cuanto al acceso a la educación superior; la realización de actividades conjuntas de investigación y educación entre las instituciones de educación superior y las instituciones productoras de bienes y servicios; la realización de investigaciones relevantes a las necesidades nacionales; y la creación, adopción y transferencia de tecnologías.

Para cumplir la función de regulación, control y supervisión, mediante la Ley 139-01 se crea en 2001 la Secretaría de Estado de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (SEESCYT), órgano del poder ejecutivo encargado de fomentar, reglamentar, asesorar y administrar el Sistema Nacional de Educación Superior, Ciencia y Tecnología, velar por la ejecución de todas las disposiciones de la ley y de las políticas emanadas del Poder Ejecutivo. En tal sentido, esta Secretaría desarrolla funciones relativas a la formulación de políticas públicas en las áreas de educación superior, ciencia y tecnología, planeación, promoción, evaluación, supervisión y ejecución.

Según se establece en la Ley 139-01, el sistema tiene la responsabilidad de generar una cultura que propicie y desarrolle la calidad de manera continua e integral, así como de establecer las políticas públicas encaminadas a su búsqueda. La calidad de las instituciones del sistema implica una mirada cualitativa y cuantitativa en lo relativo a la pertinencia del sistema, a la misión y los objetivos de las instituciones y al grado de satisfacción de los actores que intervienen en el proceso, así como también, sobre el nivel de coherencia entre el desarrollo científico y tecnológico y las necesidades del país. Por

#### Recuadro III.13

#### Las instituciones y la clasificación del sistema nacional de educación superior, ciencia y tecnología

El Sistema Nacional de Educación Superior, Ciencia y Tecnología está integrado por (artículo 21 de la Ley 139-01):

- Instituciones que cumplen con la función de educación superior;
- Instituciones que cumplen con funciones de creación e incorporación de conocimientos y tecnologías;
- Instituciones que cumplen con las funciones de transferencia de conocimientos y tecnologías;
- Instituciones que cumplen con la función de promoción y financiamiento de la educación;
- Instituciones que cumplen con la función de regulación, control y supervisión.

su parte, la calidad de las instituciones de educación superior y de las de ciencia y tecnología será valorada conforme a la calidad de los recursos humanos que ingresan al sistema, los insumos, los procesos y los resultados. En este sentido, el liderazgo gerencial y académico, los recursos para el mejoramiento continuo, así como la integridad y credibilidad de las propias instituciones son esenciales.

Las instituciones que se dedican a la investigación y a dotar al país de los conocimientos y tecnologías requeridas para su desarrollo también son parte del Sistema Nacional de Educación Superior, las cuales son reglamentadas para su creación y funcionamiento por el CONESCT.

### III.12.2 Algunas cifras de la educación superior

En el 2005 el sistema de educación superior estaba compuesto por 41 instituciones de estudios superiores, 33 de las cuales eran universidades, cuatro institutos técnicos superiores y cuatro institutos especializados de educación superior (Anexo III.50). Del total, cinco eran de carácter público. Los centros públicos se distribuyen en dos universidades y tres institutos especializados y no hay institutos técnicos superior públicos. Al año 2007 había en funcionamiento 45 IES, siete de éstas son públicas y 39 privadas (Anexo III.51).

Para el 2005 existían 67 recintos universitarios, de los cuales 30 (el 46%) estaban en Santo Domingo y nueve en Santiago. Es decir, estas dos provincias concentran el 60% de este tipo de instituciones y el resto se reparte en 18 provincias, quedando sin recintos, las provincias de la frontera más Hermanas Mirabal, San José de Ocoa, Monte Plata, Samaná y el Seybo. La distribución geográfica del estudiantado es más concentrada, el 78% está en Santo Domingo (65%) y en Santiago (13%).

### La evolución de la matrícula universitaria

Tal como se muestra en el Cuadro III.33 la matrícula universitaria se multiplica por tres entre 1989 y 2005 mientras la población entre 18 y 24 años se multiplica por 1.22 y la actividad económica (PIB real) lo hace en 2.12 veces. La tasa bruta de matriculación pasa de 11% en 1990 a 26% en 2005 (Anexo III.54). La edad promedio en el 2005 de un o una estudiante universitaria era 26 años y la mediana 24 años, mientras que la edad modal era de 22 años<sup>120</sup>.

En el 2005 se estimaba un total de 322 mil estudiantes universitarios, 318 mil en universidades y el resto en institutos especializados e institutos técnicos superiores. La matrícula se concentra principalmente en la provincia de Santo Domingo (65%) y Santiago (12.7%); el resto se distribuye en las demás provincias del país. La cobertura de la población de 18 a 24 años era el 26% y registró una tendencia creciente desde principio de los 90, cuando era el 10%.

Predomina una población estudiantil fundamentalmente femenina, que representa el 61% de la matrícula total, según datos del mismo año. Esta población universitaria es atendida por 11,250 docentes, de los cuales el 63% son hombres. La

Cuadro III.33 Participación de la UASD en la matrícula total de estudiantes			
Años	Matrícula universitaria	UASD	Participación
1989	106,110	30,421	28.7%
1990	102,069	26,040	25.5%
1991	98,276	23,323	23.7%
1992	100,226	28,345	28.3%
1993	108,335	32,760	30.2%
1994	128,335	42,665	33.2%
1995	136,467	53,250	39.0%
1996	146,786	62,310	42.4%
1997	179,826	82,967	46.1%
1998	197,211	93,511	47.4%
1999	224,075	103,041	46.0%
2000	245,056	105,531	43.1%
2001	261,035	109,827	42.1%
2002	286,134	120,555	42.1%
2003	298,092	128,190	43.0%
2004	313,427	143,013	45.6%
2005	322,311	159,396	49.4%
2006		158,761	
2007		166,241	
2008		166,603	

Fuentes: SEESCyT. Informe General sobre Estadísticas de Educación Superior 1989-2005 UASD, Departamento de Planificación

<sup>120</sup> SEESCYT, p. 89

mitad del estudiantado está matriculado en cinco carreras: educación (15%), seguido de contabilidad (10.8%), derecho (9.3%), administración (8.3%) e informática (8%) (Anexo III.52).

De la información anterior se desprende que la población de los institutos técnicos y especializados de estudios superiores es exigua en comparación con las de grado y postgrado. Esta desproporción exige políticas de largo plazo que gradualmente nivelen la oferta de los profesionales dominicanos, haciéndolos más funcionales al aparato productivo.

Al 2005, cinco universidades concentraban el 79% del estudiantado, a saber la UASD que absorbía el 49% del alumnado, UTESA (12%), O&M (10%), UNICARIBE (4%) y la PUCMM (4%). La Universidad Autónoma de Santo Domingo registraba 159 mil estudiantes, 63.9% en su Sede en Santo Domingo y el resto en trece centros regionales.

El peso de la educación pública universitaria tiende a aumentar. En 1990 la UASD representaba el 25% de la matrícula; más de dos décadas después cerca del 50%. Si se le agregan las otras instituciones públicas como el ITECO, el Salomé Ureña, el IESPOL (Policía Nacional), el Instituto Superior de la Defensa, el ITLA y el Instituto Politécnico Loyola, este porcentaje aumenta ligeramente (51%). Esta recuperación se explica por el hecho de que la principal universidad pública (UASD), ha entrado en un período de estabilidad institucional comparado con años anteriores, caracterizados por conflictos y dificultades, que prolongaban el tiempo de graduación de los estudiantes más allá de lo programado<sup>121</sup> (Cuadro III.33 y Anexo III.53)

Cuadro III.34   Problemas de las IES	
Concepto	%
Bajo nivel académico con que ingresan los estudiantes a las IES	96
Limitados recursos financieros de las IES del país	93
Insuficiente articulación de las IES con el sector productivo	86
Desequilibrio docencia/investigación/extensión	75
Baja formación pedagógica y científica de los profesores	68

Fuente: Pablo Rodríguez y Manuel Herasme, 2003. Dinámica Futura de la Economía Dominicana y la demanda de empleo de Educación Superior. Versión digital, 1998-2003

### III.12.3 Los principales problemas de las IES

Diferentes estudios<sup>122</sup> identifican que entre los principales problemas que afectan a la educación superior están: el bajo nivel académico de las personas que ingresan a las IES, limitados recursos financieros, insuficiente articulación con el sector privado, baja formación pedagógica y científica del profesorado, desequilibrio entre docencia, investigación y extensión, entre otros (Cuadro III.34).

Por otro lado, en el proceso de elaboración del Plan Decenal de Educación Superior 2008-2018 se identificaron otros desafíos que deben enfrenar estas instancias, entre los que se destacan: la baja calidad de la educación superior y del perfil de las personas egresadas, el bajo porcentaje del profesorado que se dedica a tiempo completo a la educación universitaria, la disminución del tiempo de estudio (que incluye la nocturnización de la matrícula), el predominio de un profesorado con baja formación para generar conocimiento, baja calidad en los programas formativos, escaso financiamiento de la educación superior, poca vinculación de las IES con los sectores productivos, insuficiente actividad investigativa, ausencia de estímulos para crear una oferta educativa en áreas de valor social y que tienen poca demanda en el mercado, entre otros problemas.

Tal como se ha visto en este capítulo, los problemas de calidad se inician desde la base del sistema educativo y se reproducen con mayor o menor intensidad a lo largo del ciclo académico. La preparación del estudiantado que sale de la escuela del nivel medio es decisiva en la calidad de la

<sup>121</sup> Mejía y López 2006

<sup>122</sup> Encuesta realizada en el 2003, que aparece en el libro La Dinámica Futura de la Economía y la Demanda de Empleo, por Pablo Rodríguez y Manuel Herasme.



enseñanza superior. Sin las capacidades cognoscitivas adecuadas no es posible alcanzar la excelencia académica. En la medida que los nuevos profesionales se incorporan al cuerpo docente del país se genera un proceso de causa y efecto circular que perpetúa, consolida y deteriora la calidad a todo lo largo del sistema educativo. Esto se explica porque en la tradición universitaria dominicana hay poca rigurosidad en los procedimientos de admisión. Solamente el Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC), desde principios del 2007, aplica una prueba de admisión compatible con la utilizada por el College Board de Estados Unidos; las demás tienen poca exigencia sobre la preparación académica de los estudiantes que solicitan admisión.

Cuando se compara con los estándares de las naciones desarrolladas, las universidades dominicanas tienen grandes limitaciones de recursos. Como la calidad de la enseñanza universitaria es cara y los recursos no pueden ser aportados por la familia dominicana de bajos ingresos, se hace necesario la participación masiva del Estado dominicano.

### La prueba de orientación y medición académica

La Ley 139-01 establece una prueba diagnóstica inicial de medición y orientación a la población que ingresa a los estudios superiores. A fin de dar respuesta a este mandato legal, la SEESCYT ejecuta el proyecto Prueba de Orientación y Medición Académica (POMA) que se aplica desde 2002. Aunque esta evaluación es obligatoria para toda persona que ingrese a la educación superior, su aplicación se realiza de manera escalonada en etapas con carácter de piloto y cada vez se le aplica a un número mayor de universidades. Durante el curso académico 2007-2008 se le aplicó la prueba a 40 mil estudiantes<sup>123</sup> de nuevo ingreso en 16 universidades. La evaluación intenta medir la Inteligencia Académica (IA) utilizando 90 ítems, distribuidos en igual número entre seis contenidos que son: contenido verbal, matemática, espacio estructural, ciencias naturales, ciencias sociales y madurez psicosocial. Los resultados no valoran la calidad de las universidades sino el nivel de los estudiantes al momento de ingreso (Anexo III.56).

Si se considera que la media teórica de cada ítem es 7.5, el Informe síntesis del POMA, hace las siguientes valoraciones:

- Contenido verbal. La mayoría de las personas de nuevo ingreso en los diferentes centros recibe una calificación “muy aceptable”, lo cual permite concluir que la “aptitud verbal está bien desarrollada en el estudiante dominicano” y en cada centro los grupos son homogéneos en ese contenido.
- Contenido matemático. Se registra una media “muy baja”, cercana a un tercio del valor máximo. “Lo que significa que en la mayoría de los centros de secundaria no utilizan la enseñanza de las matemáticas para estimular el desarrollo de la Inteligencia Académica”.
- Contenido de espacio estructural. La mayoría obtiene valores bajos, lo que “significa que en la mayoría de los centros de secundaria no se estimula el desarrollo de los contenidos espacio-estructurales, que suelen estar asociados a la educación de la creatividad o imaginación a través de ejercicios espacio-estructurales”.
- Contenido de ciencias naturales. La mayoría de los centros obtienen valores en cerca de la media pero ligeramente bajos, pues como dice el Informe síntesis de los 15 ítems que tiene la prueba, estos están un poco por debajo de 7.0. Lo que implica que “en la mayoría de los centros de

---

<sup>123</sup> De los 40 mil estudiantes solamente se obtuvieron resultados de 36,589 “debido a la falta de precisión del lápiz en la hojas de respuesta por lo que el lector óptico dio valores incompletos”.



secundaria no utilizan la enseñanza de los contenidos de Ciencias Naturales para estimular el desarrollo de la Inteligencia Académica”.

- Contenido en ciencias sociales. La mayoría obtiene valores aceptables en la media, aunque se constatan grandes diferencias entre centros y entre los grupos de cada centro.
- Contenido en madurez psicosocial. La mayoría obtiene valores en la media, muy aceptables, con excepción de tres centros formados por grupos muy heterogéneos.

Finalmente, se puede calcular un promedio ponderado, que sintetiza la situación de cada centro individualmente y permite establecer tres niveles ordenados en forma descendente. Los estudiantes de primer ingreso con mejor nivel están en INTEC, UNIBE, LOYOLA, INCE, UNAPEC y UNICA. En un segundo nivel están: UASD, UNATEC; UNAD, UTESA, O&M y UAPA. Finalmente, en un tercer nivel están: UCATECI, ITECO y UTESUR. Según el Informe síntesis del POMA, el resultado deficiente en matemáticas, espacio-estructural y ciencias naturales “corresponde a los respectivos centros de enseñanza secundaria de donde provienen los alumnos, alumnos que en las mejores puntuaciones provienen de centros de formación privados o públicos ubicados en la capital o grandes ciudades del interior. En cambio, los casos más bajos corresponden a universidades que se nutren de centros privados o públicos del interior, donde al parecer la educación impartida es más pensada en la adquisición de conocimientos, que en estimulación de la inteligencia académica. Esta evidencia constata los grandes desequilibrios regionales.

### El financiamiento de la educación superior

El segundo problema de más relevancia identificado en la educación superior es la baja disponibilidad de recursos financieros, por cuanto debilita la posibilidad de ofrecer una enseñanza de calidad de acuerdo con los estándares internacionales. El Cuadro III.35 evidencia algunas tendencias y magnitudes relativas del gasto en educación superior:

- El gasto total de educación superior como porcentaje en el PIB es creciente hasta 2002; disminuye pero todavía se mantiene por encima de 1996.
- El gasto en educación superior como porcentaje del gasto en educación total registra una tendencia creciente; pasa de 21% en 1996 a 25% en 2005.
- El subsidio de la UASD en porcentaje del esfuerzo de gasto nacional en educación disminuye.

La ley 139-01 establece que el Estado Dominicano tendrá la responsabilidad de financiar la educación pública superior a fin de garantizar la cobertura, pertinencia, calidad y permitir el acceso y permanencia de aquellas personas que califiquen. De igual manera, el Estado debe contribuir al financiamiento de la educación privada (artículo 90) con una inversión pública en educación superior que no deberá ser inferior al 5% del Presupuesto de Ingresos y ley de Gastos Públicos durante el primer año de entrada en vigencia de esta ley. Esta inversión será destinada a la UASD, a las otras IES públicas y las subvenciones asignadas a las demás instituciones de educación superior (artículo 91).

A pesar de la normativa, al año 2007 el presupuesto de la SEESCyT alcanzaba el 1.43% del presupuesto nacional y el 0.4% del PIB, para un monto de RD\$3.9 mil millones, en una tendencia creciente de participación comparado con el año 2004.

<b>Cuadro III.35   Financiamiento a la educación superior, 1996-2005</b>			
<b>Años</b>	<b>Gasto en educación superior en % del PIB</b>	<b>Educación superior en % del gasto total en educación</b>	<b>Subsidio a la UASD en % del gasto total en educación superior</b>
1996	0.62%	20.9%	26%
1997	0.68%	21.7%	32%
1998	0.82%	21.4%	31%
1999	0.84%	21.6%	28%
2000	0.92%	23.2%	25%
2001	0.99%	23.6%	23%
2002	1.01%	23.4%	23%
2003	0.87%	22.5%	21%
2004	0.77%	23.6%	20%
2005	0.87%	25.0%	20%

Fuente: Anexo III.44, 45 y Banco Central

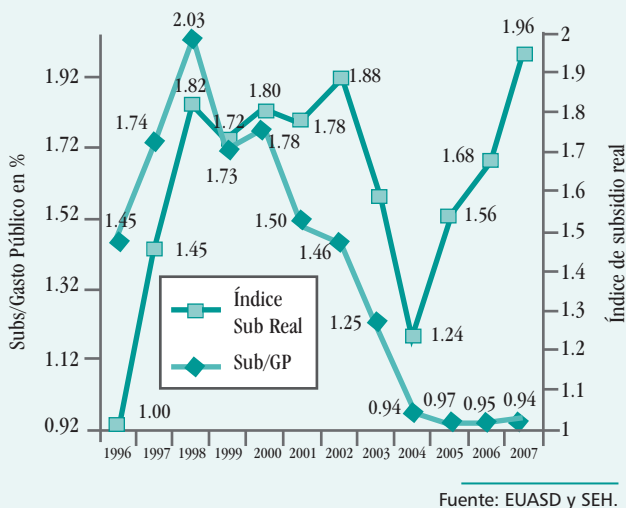
**Cuadro III.36 | SEESCyT: estructura del gasto**

Concepto	2004	2005	2006	2007
Ejecutado SEESCyT millones de RD\$	1,430	2,171	2,780	4,080
SEESCyT en % Gasto Público Total	0.85%	1.13%	1.18%	1.43%
SEESCyT en % PIB	0.31%	0.35%	0.31%	0.40%
<b>Gastos corrientes</b>	100.0%	99.2%	89.0%	90.7%
Servicios personales	4.0%	4.3%	4.2%	3.1%
Bienes y servicios	1.3%	4.1%	3.9%	4.0%
Transferencias corrientes	94.7%	90.8%	80.9%	83.5%
Gastos financieros				0.1%
<b>Gastos de capital</b>		0.8%	11.0%	9.3%
Inversión fija		0.6%	0.5%	1.7%
Transferencias de capital		0.3%	3.7%	4.7%
Pasivos financieros				0.4%
Otros gastos de capital			6.8%	2.5%
Total	100%	100%	100%	100%
Subsidio a la UASD en % de la transferencias corrientes	102%	90%	92%	76%

Fuente: Banco Central

**Subsidio a la UASD como porcentaje del gasto público**

**Gráfico III.12**



El componente principal del gasto público en educación superior son las transferencias corrientes, que representan el 83% del presupuesto. El resto se gasta fundamentalmente en servicios personales y bienes y servicios (Cuadro III.36). Hay que destacar que el subsidio de la UASD, durante el período 2005-2007 representó en promedio el 86% de las transferencias corrientes totales.

#### El financiamiento de la UASD

La matrícula de la UASD pasó de 23 mil estudiantes en 1991 a 167 mil en 2008, multiplicándose por más de siete y acercándose a la mitad de la matrícula de la educación superior. A la par con ese crecimiento de la matrícula, entre 1996 y 2007 (a partir de 1998) el subsidio a la UASD disminuye como porcentaje del gasto público y pasa de 2.03% a 0.94%, aunque en términos reales casi se duplica, lo cual hace que se registre un comportamiento inestable. En términos reales, el gasto aumenta entre 1996 y 1998, se estabiliza hasta 2002, y se recupera en los años posteriores, para terminar casi duplicándose, al llegar a 1.96 veces el nivel de 1996 (Gráfico III.12).

De manera particular, el gasto total de la UASD en valores corrientes alcanzó RD\$3.3 mil millones en 2007, registrándose un déficit de RD\$185 millones. El gasto de la UASD se multiplicó por 6.6 veces entre 1996 y 2007, aunque en términos reales lo hizo en 1.94 veces, mientras que la cantidad de estudiante aumentó en 2.67 veces para el mismo período. Estas tendencias determinan una disminución del gasto real por estudiante, equivalente en 2007 a un 73% del nivel de 1996 (Gráfico III.13).

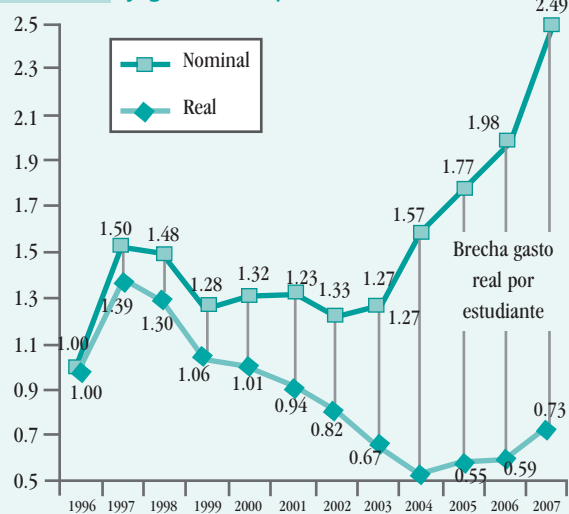
Los datos antes expuestos indican que si se mantuviera el nivel de gasto por estudiante al existente en el 1997, año donde se registró el monto mayor entre 1996 y 2007, el gasto por estudiante

debería ser 3.16 veces superior al efectivo de 2007. Es decir, este gasto debería ser de RD\$62.9 mil pesos por estudiante, en vez de los RD\$19.9 mil efectuados. En tal sentido, se elevaría la participación del gasto total en la UASD en el gasto público total a 3.9% en vez de 1.22% registrado.

La estructura de ingresos de la UASD muestra relativa estabilidad. Los ingresos propios han representado alrededor de 10% en los últimos tres años, con una tendencia a aumentar, en tanto que los subsidios gubernamentales representan poco más del 82%; el total de los ingresos corrientes representa el 94% y el resto son ingresos de capital. En materia de egresos, el 71% se destina a servicios personales y el total de los gastos corrientes promedió el 93% entre 2005 y 2006 (Cuadro III.37).

Desde la perspectiva del desarrollo humano, un objetivo al que debe aspirar el sistema de educación superior es garantizar el ingreso de toda persona joven que tenga las condiciones para entrar al sistema, independientemente de sus posibilidades económicas. En este sentido, los servicios de enseñanza gratuitos de la UASD representan una efectiva transferencia de recursos hacia los jóvenes de

**Gráfico III.13** UASD gasto nominal por estudiante y gasto real por estudiante



Fuente: EUASD y SEH

**Cuadro III.37** Estructura de la ejecución presupuestaria en porcentaje, 2000-2007<sup>a</sup>

Conceptos	2000	2002	2004	2005	2006	2007
Entradas propias corrientes	7.3%	11.5%	13.9%	10.1%	10.2%	10.2%
Derechos académicos	6.7%	9.7%	12.5%	8.8%	8.4%	8.4%
Aportes fiscales corrientes	84.4%	87.5%	79.6%	81.8%	83.0%	82.6%
Otros aportes e ingresos corrientes	0.3%	0.7%	1.1%	1.1%	1.0%	0.5%
Total de ingresos corrientes	92.0%	99.7%	94.6%	93.0%	94.2%	93.3%
Total de ingresos de capital	8.0%	0.3%	5.4%	7.0%	5.8%	6.7%
Total de ingresos corrientes y de capital	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
<b>A. gastos corrientes</b>						
Servicios personales	72.5%	72.6%	63.3%	67.4%	71.6%	72.7%
Servicios no personales	4.0%	4.5%	6.0%	4.5%	5.0%	4.1%
Materiales y suministro	2.1%	2.6%	6.2%	4.1%	3.5%	2.9%
Gastos de operación	78.6%	79.7%	75.5%	76.0%	80.1%	79.7%
Aportes corrientes	10.7%	12.5%	14.7%	16.4%	13.6%	13.9%
Intereses de deuda y pago diferido	0.3%	0.3%	0.2%	0.1%	0.1%	0.2%
Total gastos corrientes	89.6%	92.5%	90.3%	92.5%	93.7%	93.8%
<b>B. gastos de capital</b>						
Inversión real	1.1%	1.5%	4.7%	2.4%	0.7%	0.7%
Adquisición activos existentes			0.0%		0.0%	0.0%
Amortización de la deuda	2.8%	1.2%	1.1%	0.8%	1.3%	1.4%
Inversiones financieras	6.5%	4.8%	3.9%	4.3%	4.3%	4.1%
Total gastos de capital	10.4%	7.5%	9.7%	7.5%	6.3%	6.2%
Total gastos corrientes + gastos de capital	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

<sup>a</sup> Con excepción de los años 2001 y 2003.

Fuente: UASD

bajos ingresos que aspiran a continuar sus estudios a nivel terciario, lo que resulta en un mecanismo que mejora la situación de equidad del sistema educativo. Sin embargo, hay evidencias que muestran que la calidad de la universidad estatal la convierte en un factor que acentúa la inequidad al poner en desventaja a quienes egresan de sus aulas en el mercado laboral frente a la competencia de otras personas jóvenes procedentes de familias de ingresos elevados que reciben mejor formación en el sistema privado de enseñanza.

Otro factor que tiende a mejorar las posibilidades de realización de estudios universitarios para las personas de bajos de ingresos es FUNDAPEC, que a través de sus préstamos para estudiantes universitarios en condiciones favorables, les abre la posibilidad de realizar una carrera a nivel terciario. Esta institución otorgó 7,623 préstamos por un monto US\$21.8 millones en el período 1999 y 2002.

### III.12.4 La calidad del profesorado universitario

El reglamento de Instituciones y Programas de Nivel Técnico Superior establece que las IES deben contar con una política “de contratación de personal tendente a la retención del personal docente más calificado”. En tal sentido, las universidades deben establecer claramente los criterios para selección, reclutamiento, evaluación y desarrollo del personal docente; así también, deben incentivar la superación académica y la actualización periódica del profesorado. Además, el personal docente de nivel técnico superior “debe tener un grado académico superior en el ámbito del conocimiento en que desarrolla la docencia o en áreas afines al programa en el que participa. También, debe tener, preferiblemente, una experiencia mínima de dos años en su ámbito profesional”<sup>124</sup>.

Según la SEESCyT, en 2005 había 11,250 docentes, cifra que incluye a quienes trabajan a tiempo completo, semicompleto o parcial. Estos datos significan que, en promedio hay 39.9 estudiantes por docente. No todas las IES reportaron el grado académico de su profesorado, de manera que sin contar la UASD, la UNPHU, ITECO y UNICA, hay alrededor de 3,929 docentes con grados superiores al de licenciatura, equivalente al 48.2% del total de este grupo de docentes, arrojando un promedio de 28.4 estudiantes por docente con especialidad, y/o maestría y/o doctorado. La IES que registra mayor cantidad de docente por estudiantes y con grado superior a licenciatura por estudiante es BARNA, seguido por el ICES, así como un grupo de instituciones con matrículas muy reducidas. De hecho, las 10 primeras IES con mayor cantidad de docentes por estudiantes apenas tienen una matrícula de 1,677, lo que representa el 0.52 de la matrícula total de las IES%.

Si se toma solamente las IES con una matrícula superior a la mediana (1,143 profesores por institución) se observa que UNIBE es la que tiene menos cantidad de estudiantes por docente, con y sin grado superior a licenciatura. La UNPHU es la que tiene el segundo más bajo nivel sin distinguir grado, sin embargo es el INTEC, la que tiene menor cantidad de alumnos con relación a docentes con especialidad, maestría y doctorado. La tercera es la Universidad Federico Henríquez y Carvajal (UFHE), en ambas dimensiones.

Las IES con mayor hacinamiento estudiantil por docente son la UASD, la O&M, y la UTESA. En las dos primeras, se registra alrededor de 58 estudiantes por docente y en la tercera esta cifra alcanza a 31 estudiantes. Mientras que los mayores niveles de hacinamiento de estudiantes con docentes de grado académico superior a licenciatura están la Universidad Católica Nordestana (UCNE), seguida por Universidad del Caribe (UNICARIBE) y, finalmente, la O&M (Anexo III.58).

---

<sup>124</sup> SEESCyT 2008, No. 14, Artículo 42 a 44.

### III.12.5 La articulación de las IES con el sector productivo nacional

La SEESCyT ha señalado que el sistema de educación superior dominicano forma recursos a nivel de grado y postgrado que no siguen el ritmo de las exigencias de la economía global contemporánea<sup>125</sup>. Los análisis realizados en el marco del foro presidencial de la excelencia a la educación concluyen que el sistema de educación superior en el país se caracteriza por importantes carencias que limitan su capacidad y eficiencia para satisfacer la demanda tanto del personal profesional como de las carreras que necesita el mercado y la sociedad para avanzar en el desarrollo. Entre estas limitaciones se destacan: precariedad y limitaciones de los recursos logísticos, didácticos, humanos y financieros; necesidad de ofrecer formación suplementaria para suplir las deficiencias de la educación secundaria; profesionales formados carecen de calificación suficiente ante las exigencias del mercado globalizado; la falta de una política dirigida a transformar una educación premoderna hacia una post industrial y digital.

Para reducir la brecha entre la formación profesional y las demandas del mercado se precisa cambiar radicalmente el nivel y tipo de comunicación existente entre las IES y el sector empresarial, adaptar la currícula al modelo de generación de conocimientos y las destrezas que la economía y la sociedad requieren.

Las encuestas más recientes que se han hecho en la educación superior con respecto al tema empresarial, apuntan hacia la poca o casi nula vinculación entre el sector productivo nacional y las IES dominicanas<sup>126</sup>. La vinculación universidad-empresa ha sido extremadamente limitada, circunscribiéndose a la formación de profesionales, capacitación de profesionales integrados al mercado laboral, pasantías de estudiantes, asesorías y consultorías. En sentido general, las IES han estado trabajando en lo que respecta a la formación profesional y a la investigación en compartimientos estancos, sin conexiones entre uno y otro. Esto ha derivado en un alejamiento entre la oferta de profesionales y la demanda de empleo.

En sentido general, la universidad estructura su currículo de la oferta académica sin tener en cuenta el mundo empresarial y la dinámica del sector productivo. Aunque ha habido algunas iniciativas, son parciales y con poca incidencia real. Inclusive la universidad estatal UASD, con la creación de los Centros Universitarios Regionales, intenta una estrategia de vinculación con el sector productivo, mediante la instauración de patronatos que vinculen ese centro con la dinámica de la región en que estén enclavados. En conclusión, este es un caso frente a un problema básico de pertinencia de la oferta educativa superior.

No existe un estudio formal que evalúe la experiencia laboral de los profesionales dominicanos en el sector corporativo, con lo cual importantes preguntas sobre la vinculación universidad-empresa se encuentran todavía pendientes de respuesta<sup>127</sup>. En efecto, dado que el mercado laboral es un puerto de destino para la mayoría de las personas graduadas, el éxito de las instituciones formativas guardará una estrecha correspondencia con el de sus egresados en el mundo productivo. Vale indicar, como se discute en el Capítulo V sobre empleo de este informe, que de los 724 mil personas adicionales que se ocuparon en promedio entre 2000 y 2007, el 54.1% tenía nivel secundario y el 34.2% nivel universitario, los cuales registraron tasas de crecimiento acumulativo anual de 4.3% y 4.4% respectiva-

---

<sup>125</sup> SEESCyT 2007. P51

<sup>126</sup> Entre estas encuestas se distinguen: la realizada por la SEESCyT en el 1998, la del Banco Interamericano de Desarrollo en el 2003 y la más reciente llevada a cabo por el Grupo de Consultoría Pareto para la SEESCyT en el 2007.

<sup>127</sup> La encuesta realizada por el Grupo Consultores Pareto dedicó un capítulo a esta temática en la publicación citada.

Cuadro III.38

**Educación superior y entrenamiento, preparación tecnológica e innovación: posición de República Dominicana y los países de Centroamérica 2008, a nivel mundial (entre 134 países) y a nivel regional (entre siete países)**

Dimensiones	RD	Guatemala	Honduras	El Salvador	Nicaragua	Costa Rica	Panamá
Educación superior y entrenamiento	99/5	103/6	93/3	95/4	113/7	49/1	77/2
A. Cantidad de la educación	90/3	112/7	92/4	98/5	99/6	76/2	70/1
B. Calidad de la educación	120/6	105/4	112/5	103/3	122/7	39/1	102/2
C. Formación en el trabajo	84/6	51/2	78/5	71/4	116/7	31/1	59/3
Preparación tecnológica	73/3	74/4	96/6	90/5	122/7	60/1	62/2
Innovación	103/4	74/3	104/5	118/6	127/7	38/1	73/2

Fuente: Foro Económico Mundial. Índice de Competitividad Mundial. Anexo III.59  
[<http://www.weforum.org/en/initiatives/gcp/Global%20Competitiveness%20Report/index.htm>]

mente, casi el doble del promedio nacional. Por otro lado, de los 23.2mil que anualmente incrementaron el grupo de desocupados, el 74.6% tenían nivel secundario y el 24% nivel universitario.

El Foro Económico Mundial en su índice de competitividad global 2008-2009 incluye tres dimensiones (de las nueve que contiene) que miden la situación de competitividad asociada a los sistemas de educación superior y entrenamiento, preparación tecnológica e innovación (Cuadro III.38 y Anexo III.59).

El resultado de estos indicadores muestra que República Dominicana está en la posición 99 de 134 países en materia de educación superior y entrenamiento, y comparado con Centroamérica (incluyendo a Panamá) ocupa la posición cinco, donde solamente Guatemala y Nicaragua están en peor posición. En materia de cobertura, el país ocupa la posición 90 en el mundo y el puesto 3 de 7 en la región, pero en calidad y formación para el trabajo está en mucha peor posición relativa en términos regionales. En calidad de la educación superior ocupa la posición 120 de 134 en el mundo y la sexta en la región, donde solamente Nicaragua está peor. En formación en el trabajo tiene la posición 84 en el mundo y la 6 en la región.

En materia de preparación tecnológica e innovación República Dominicana está en las posiciones 73 y 103 respectivamente a nivel mundial, y en la región está colocada, ocupando las posiciones 3 y 4 en igual orden. En conclusión, en materia de educación superior y entrenamiento, República Dominicana está en desventaja frente a la mayoría de los países de la región, pero está mejor colocada en preparación tecnológica e innovación. Es de notar, que en términos de los indicadores individuales, el país aparece mejor colocado en inversión extranjera directa y transferencia de tecnologías, aunque en la región centroamericana (que incluye a Panamá) ocupa la posición 5. Solamente en leyes relacionadas con las TIC y usuarios de Internet, República Dominicana ocupa el segundo lugar en la región.

### La información del sistema de educación superior

La disponibilidad de información actualizada sobre el funcionamiento del sistema de educación ha sido una limitante para conocer la situación en que se encuentra y para diseñar políticas públicas. Esta realidad es reconocida desde la elaboración de la Ley 139-01, donde se establecen los lineamientos para crear y poner en funcionamiento el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior, la Ciencia y la Tecnología, el cual tiene como objetivo fundamental recabar, procesar y divulgar información para orientar a la sociedad acerca de las instituciones y del sistema mismo, así como servir de insumo en el diseño de políticas, la planificación, la investigación y la evaluación. Se



espera que mediante este mecanismo la SEESCyT recoja y ponga a la disposición de la sociedad los resultados de las evaluaciones quinquenales realizadas a las IES, las evaluaciones realizadas por el Sistema Nacional de Acreditación, además de las estadísticas anuales de las instituciones del sistema. La puesta en funcionamiento de éste demanda no sólo recursos financieros y tecnológicos sino la disposición de las IES para proporcionar dentro de los plazos establecidos todas las informaciones y documentos necesarios para mantener actualizado el sistema.

### III.12.6 El acceso a la educación superior

No existen estudios oficiales sobre la distribución social del estudiantado del nivel terciario y tampoco hay antecedentes de este tipo de estudios que permitan hacer un análisis comparativo. Los datos que se presentan en este acápite son el resultado de la ENCOVI 2004, a través de la cual se determinó que el 63% del estudiantado universitario corresponde a los dos quintiles más altos y que solamente el 7.6% está en el quintil más bajo, lo cual muestra una clara regresividad entre la matriculación y los quintiles de ingresos. Puesto de otra forma, las probabilidades de que una persona joven de los sectores más empobrecidos acceda a la universidad equivale a uno por cada 13 jóvenes, mientras que en el quintil más alto es de uno por cada tres jóvenes (Gráfico III.14).

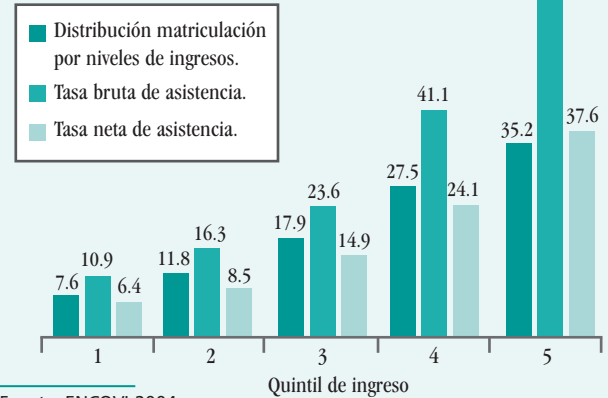
La tasa neta y bruta de matriculación en las universidades muestra comportamientos similares, aunque crece en la medida en que aumentan los quintiles de ingresos. Así en último quintil, el 37.6% de las personas jóvenes de 18 a 25 años está matriculada en una universidad. En el cuarto quintil, la matriculación neta se reduce a 24% y así sucesivamente. En promedio la matriculación neta es de 17.4% y la bruta es 29.4% entre la población de 18 y 24 años de edad (Gráfico III.14).

En resumen, la matriculación universitaria sigue en promedio un patrón regresivo. A mayor nivel de ingresos más matriculación universitaria, por lo tanto, un subsidio generalizado tendería a beneficiar más a los sectores de altos ingresos que a los de más bajos. Sin embargo, estas son cifras promedio que esconden diferencias significativas entre las instituciones de educación superior. Lamentablemente, no se disponen de estudios sobre las diferencias socioeconómicas del estudiantado universitario, aunque sí hay un conocimiento derivado de la observación.

Una encuesta levantada por la SEESCyT y el Grupo de Consultoría Pareto<sup>128</sup> captura alguna información socioeconómica con una muestra de 2,695 estudiantes de término (en el último año de

Gráfico III.14

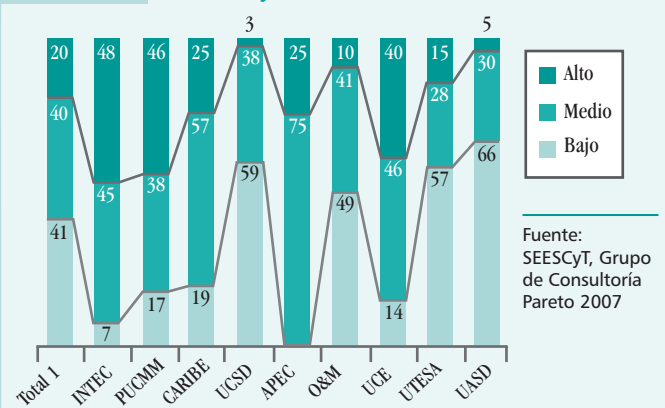
Distribución de estudiantes universitarios por quintil de ingreso y tasa bruta de asistencia de la población 18-24 años (en porcentaje)



Fuente: ENCOVI 2004

Gráfico III.15

Situación socioeconómica de estudiantes de término de un grupo seleccionado de carreras y universidades



Fuente: SEESCyT, Grupo de Consultoría Pareto 2007

128 SEESCyT 2007, p. 227-231



la carrera universitaria) de seis carreras (ingenierías, mercadotecnia, economía, administración, medicina y afines, biología y química) y de nueve universidades, que representan cerca del 85% de toda la matrícula, que confirma las tendencias derivadas de la observación. Se establecieron tres grupos de ingresos: alto (más de RD\$75 mil), medio (de RD\$30,000 a menos de RD\$75,000) y bajo (ingreso inferior a RD\$30,000). Se observa que en la UASD el 66% de los estudiantes pertenece al grupo de ingresos bajos y el 30% al nivel medio, mientras que a nivel nacional el 41% se encuentra en el nivel bajo y el 40% en la media. Por otra parte, en instituciones privadas como INTEC, PUCMM y la UCE más del 40% de los estudiantes está en el estrato alto de ingresos (Gráfico III.15).

### III.12.7 Los estudios de postgrado

A partir del año 2001, con la promulgación de la Ley 139-01 se establecen las categorías de postgrados que pueden ofrecer las universidades dominicanas. Los cuales son de dos tipos: a) los estudios de especialización, que requieren del estudiantado haber concluido un primer título universitario a nivel de licenciatura, ingeniería, arquitectura o medicina. Son estudios de especialización que no conducen a un grado académico como la maestría o el doctorado, tienen duración equivalente a unas 300 horas de clases; y b) las maestrías, que requieren también que el estudiante tenga un primer título universitario, pero su programa de estudios tiene una duración de unas 600 horas de clases.

En adición a estos dos tipos de estudios de postgrados, la Ley 139-01 contempla el doctorado, que hasta la fecha no ha sido ofrecido por ninguna institución de educación superior del país. Desde el año 2003, se han iniciado algunos doctorados ofrecidos por universidades extranjeras en alianza con universidades dominicanas, pero con titulación exclusiva de la universidad extranjera, con excepción de un doctorado en gestión ofrecido conjuntamente por la Universidad de Bordeaux IV y la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, que es de doble titulación.

#### La matrícula de los estudios de postgrado

Según SEESCyT y el Grupo Pareto<sup>129</sup>, la matrícula de nivel de postgrado se ha expandido al igual que ha ocurrido en América Latina, pasando de alrededor de 2.2 mil en 1996 a más de 9 mil en el 2003 y a casi 8 mil en 2005. Tal como se establece en ese estudio: “El nivel de postgrado ha sido asumido efectivamente tras el surgimiento del INTEC, que en 1972 dio inicio a sus actividades con una oferta de cinco (5) programas, incluyendo dos (2) de maestría. En el año 2005, veintidós (22) insti-

tuciones de educación superior ofrecían por lo menos un programa en el nivel de postgrado, mientras que en el 2003 lo hacían diecinueve (19) instituciones. En el 2003, cinco concentraban el 77% de la matrícula total de 9,203 estudiantes en el nivel, en tanto que para el 2005 lo fue el 88% de la matrícula total de 7,945 estudiantes. Esas cinco universidades, en ambos casos, fueron la UASD, PUCMM, INTEC, UCSD y UNAPEC. En el 2003, el 48% de la matrícula total de postgrado estaba registrado en programas de especialización, mientras el 52% lo estaba en programas de maestría; para el 2004 un 40.5% de la matrícula total de postgrado estaba registrado en programas de especialización, y el 59.5% lo estaba en programas de maestría. Esto indica un desplazamiento hacia este últi-

Cuadro III.39

#### Estructura promedio de la matrícula de postgrado por área de estudio

Area	Promedio 2003-2004 en %
Negocios	38.8
Salud	17.7
Educación	16.7
Derecho	7.9
Ciencias Sociales	4.1
Ingenierías	3.5
Matemáticas & Estadísticas	2.1
Otros	9.4

Fuente: SEESCyT y Grupo Pareto 2007, p.211

<sup>129</sup> SEESCyT 2007, p. 208-213

mo nivel, puesto que, históricamente (para el período 1990-2003), los egresados del nivel de postgrado se concentraron más (64%) en los programas de especialidad”<sup>130</sup>.

Según este mismo estudio, la matrícula de postgrado sigue el mismo patrón de la estructura del nivel de grado, concentrado mayoritariamente en negocios, salud, educación y derecho, a la vez de una débil participación de las ingenierías y ciencias sociales. Es de notar que más allá de los registros cuantitativos hay que tomar en cuenta la calidad de esos cursos debido a la poca tradición de investigación que existe en el país (Cuadro III.39).

### III.13 Otras instituciones de estudios técnicos

---

Las opciones educativas basadas en cursos cortos, normalmente se relacionan con la idea de que una larga estancia en la escuela implica un alto costo de oportunidad de estudiar para las personas de escasos recursos económicos. El tiempo de terminación es un factor que afecta la permanencia en la educación y una de las razones para tomar cursos de formación profesional. Por otra parte, desde la perspectiva del sector productivo, permite mayor flexibilidad en el desarrollo de habilidades de la fuerza laboral que le facilita ajustarse a los cambios en la demanda del mercado. Desde la perspectiva del desarrollo humano, es un medio para ampliar las libertades en la medida que habilita para trabajar y facilitar el acceso a otras capacidades.

En la modalidad de educación técnico-profesional, en la República Dominicana existen varias instituciones que se han desarrollado en esta área, entre las cuales sobresalen en función de la cantidad de matrícula y personas egresadas, las siguientes:

- El Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional (INFOTEP)
- La Dirección General de Educación Técnico-Profesional de la Secretaría de Estado de Educación (DGETP)
- El Instituto Nacional de Formación y Capacitación del Magisterio (INAFOCAM)
- La Dirección General de las Escuelas Vocacionales de las Fuerzas Armadas (FFAA) y la Policía Nacional (PN)

#### El INFOTEP

Inicia sus operaciones a partir del año 1982 y desde entonces a la fecha ha capacitado a más de 2.5 millones de personas a nivel nacional en 54 áreas profesionales y en 450 programas de formación estandarizados. La participación de la mujer en las actividades de capacitación ha crecido en el transcurso del tiempo y desde el 2000 se ha incrementado hasta cerca del 50%.

Esta institución ofrece estudios especiales anualmente a unas 2,000 empresas, además de tener una oferta de servicios especializados que atiende unas 50,000 solicitudes al año (Admisión, Información Profesional y Empleo), brinda informaciones a personas y empresas para facilitar al cliente la elección más adecuada a sus necesidades. Para desarrollar su oferta formativa el INFOTEP, cuenta con 14 Centros Tecnológicos, 21 Talleres Móviles y 170 Centros Operativos del Sistema, distribuidos en el territorio. La fuente de financiamiento de esta institución son los aportes obligatorios del 1% de los salarios pagados mensualmente por las empresas con fines lucrativos, y del 0.5% deducible de las utilidades anuales que las personas trabajadoras reciben de sus empleadores. Igualmente, está prevista en la base legal del INFOTEP una asignación del Estado en el Presupuesto Nacional.

---

<sup>130</sup> SEESCyT y Grupo Pareto 2007, p. 209-210

Cuadro III.40

### Número de personas egresadas del INFOTEP según modalidad de la formación profesional y sexo, 2000 - 2006\*

Modalidades	Egresados				
	Total	Hombre	%	Mujer	%
Complementación	278,687	144,953	52.01	133,734	47.99
Habilitación	385,537	148,845	38.61	236,692	61.39
Capacitación permanente	917,046	469,661	51.21	447,385	48.79
Formación dual	3,043	2,724	89.52	319	10.48
Maestría técnica	497	401	80.68	96	19.32
Formación continua en centro	2,063	1,588	76.98	475	23.02
Validación ocupacional	1,719	1,468	85.40	251	14.60
<b>Total</b>	<b>1,588,592</b>	<b>769,640</b>	<b>48.45</b>	<b>818,952</b>	<b>51.55</b>

Fuente: INFOTEP. Departamento de Investigación y Estadísticas de Mercados Laborales.  
\* Cifras Preliminares en base al monitoreo Enero-Diciembre 2006.

El INFOTEP mantiene diferentes programas formativos: la capacitación permanente, la formación profesional que cubre la formación dual, la habilitación, complementación, la formación continua en centros y la formación de maestros técnicos. El Cuadro III.40 muestra que la formación permanente es la de mayor actividad (58% de los egresados) y la demandan más los hombres (51%) que las mujeres (49%).

Otros programas formativos están referidos a la capacitación y asesoría para el fomento de pequeñas empresas (emprendedoras); a la asesoría, asistencia y capacitación en procesos de formación técnica y metodológica de personal docente, así como a diseño curricular (enfoque tradicional y competencia laboral); validación y certificación ocupacional: acreditación y asistencia técnica a centros; calibración y/o verificación de equipos e instrumentos de medición.

Según el empresariado consultado en la Encuesta Nacional de Demanda de Capacitación (ENDECA 2003), citado por el estudio de la OECD<sup>131</sup>, las actividades productivas que demandan mayor capacitación son: zona franca, con un 38.6% del total de sus trabajadores, seguido por comercio al por mayor y por menor (17%), industria manufacturera (13.6%), el sector hotelero (10.5%), otros servicios (9.6%), intermediación financiera y seguro (7%), transporte y comunicaciones (3%) y el sector construcción (0.5%), con aparente menor necesidad formativa. La mayor cantidad de trabajadores a capacitar está dentro del grupo de operadores y conductores con un 37%, trabajadores de servicios con un 16%, operarios y artesanos con 13%, empleados de oficina con 12%, técnicos de nivel medio con un 9%, trabajadores no calificados 8% profesionales e intelectuales 3% y gerentes y administradores con 2%.

#### Dirección General de Educación Técnico-Profesional

Según la ley General de Educación (1966-1997) la educación técnico-profesional es una de las tres modalidades del ciclo del nivel medio (las otras dos son la general<sup>132</sup> y en artes<sup>133</sup> según el artí-

<sup>131</sup> OECD 2008, p. 84 y 85

<sup>132</sup> La Modalidad General proporciona una formación integral mediante el progresivo desarrollo de la personalidad y la apropiación de nuevos y más profundos conocimientos que permitan a los estudiantes afianzar las bases para ingresar al Nivel Superior con posibilidades de éxito e interactuar responsablemente en la sociedad (artículo 45).

<sup>133</sup> La Modalidad en Artes contribuye a la formación de individuos con sensibilidad y actitud crítica en la comprensión, disfrute y promoción del arte. Ofrece oportunidades para el desarrollo de competencias para el ejercicio de profesiones y ocupaciones en el campo del arte o para proseguir estudios especializados en el mismo (artículo 57).

culo 44). La Dirección General de Educación Técnico-Profesional (DGETP) es la instancia encargada de esta modalidad de la educación, que pretende facilitar al estudiantado obtener una formación que lo ayude a adaptarse a los cambios permanentes de las necesidades laborales y a integrarse con éxito a las diferentes áreas de la actividad productiva y/o continuar estudios superiores. Asimismo, este tipo de formación ofrece diferentes menciones y especialidades, de acuerdo con las características y necesidades locales y regionales del país, de manera que contribuya a su desarrollo económico y social (artículo 46).

En la actualidad, la DGETP ofrece 32 especialidades a través de 73 centros privados y 58 públicos a nivel nacional, para lo cual se ha preparado personal para la educación técnico-profesional y hasta la fecha han participado en diplomados alrededor de 1,119 personas. También opera un programa de apoyo al desarrollo de la educación técnico-profesional, el cual es cofinanciado por la Unión Europea que supone la apertura de 13 nuevos centros politécnicos.

### INAFOCAM

Otra institución de importancia es el Instituto Nacional de Formación y Capacitación del Magisterio (INAFOCAM). Es un órgano descentralizado adscrito a la Secretaría de Estado de Educación que coordina la oferta de formación, capacitación, actualización y perfeccionamiento del personal de educación en el ámbito nacional. Actúa como órgano asesor de la Secretaría de Estado de Educación (SEE) en la formulación, ejecución y evaluación de políticas, carreras, programas y proyectos de formación, capacitación, mejoramiento y actualización del personal que demanda el sistema educativo dominicano en sus diferentes niveles y modalidades.

La oferta académica del INAFOCAM, a nivel de educación técnico-profesional, se circunscribe a una sola especialidad: la de habilitación docente. La matrícula del instituto ha evolucionado entre 200 y 240 de personas egresadas por año (Cuadro III.42).

### Escuelas vocacionales de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional

Otro organismo de relevancia en materia de formación técnica es la Dirección General de Escuelas Vocacionales de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional. Esta escuela fue creada en el año 1966 con la misión de preparar técnicos civiles y militares de ambos sexos en los diferentes oficios a los fines de que puedan ser incorporados al mercado laboral productivo. Dispone de 14 centros vocacionales a lo largo de todo el país. Entre 1996 y 2006 estas escuelas han egresado más de 80 mil personas, de las cuales el 92% son civiles (Cuadro III.41).

## III.14 Conclusiones

La educación es el medio principal de construcción de valores de una sociedad. A través de ella se siembran principios, normas, visiones y se construye el ideal simbólico de una sociedad. Para el desarrollo humano, la educación va más allá del valor instrumental que le asigna el capital humano,

Cuadro III.41		Egresados de las escuelas vocacionales de las FFAA y la PN por sector, 1966-2006
Ejército Nacional		2,682
Marina de Guerra		1,137
Fuerza Aérea Dominicana		1,508
Policía Nacional		1,272
Civiles		73,952
<b>Total</b>		<b>80,551</b>
Fuente: Departamento de Estadística de la Dirección general de las Escuelas Vocacionales.		

Cuadro III.42		Matrícula de habilitación docente del INAFOCAM				
Habilitación docente	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Personas Ingresadas	225	200	250	250	200	1,125
Personas Egresadas	205	190	235	240	190	1,060
Fuente: INAFOCAM						

tienen un valor intrínseco asociado con la calidad de la vida de las personas, con la posibilidad de tener acceso a otras capacidades, con la posibilidad de empoderarse para conseguir lo que se valora en la vida. Para lograrlo, la educación debe ser de calidad, es decir, relevante, pertinente, equitativa, eficaz y eficiente.

- **La calidad de la escuela dominicana:** las evaluaciones apuntan a establecer la existencia de un modelo educativo de calidad dual, donde la mejor escuela es para los grupos más ricos y la peor, para los grupos más pobres, lo que se ha constituido en una condición cultural, que para muchos pareciera ser parte del orden natural de las cosas. En general, los diferentes estudios realizados concluyen que la calidad de la educación dominicana es muy deficiente. Se destacan las situaciones siguientes:
  - En el balance que resulta del “Segundo Estudio Regional, Comparativo y Explicativo de los aprendizajes de los estudiantes en América Latina y el Caribe”, los estudiantes de República Dominicana de lectura y matemática de tercer y sexto grado fueron los peores calificados, por debajo incluso de la peor categoría de calificación.
  - Las mediciones que aportan las pruebas nacionales indican que los valores promedio son consistentemente bajos en todas las provincias.
  - La calidad del personal docente es deficiente. A pesar de que la cantidad de titulados ha aumentado, ello no ha influido en los resultados de las pruebas nacionales.
  - El tiempo de docencia se ha reducido y con los bajos salarios el sistema está diseñado para que el personal docente trabaje más de una tanda y menos de 5 horas por tanda.
  - El hacinamiento y los problemas de infraestructura son elevados pero con grandes diferencia interprovinciales.
  - Las apreciaciones de los empresarios colocan a la calidad de la enseñanza primaria entre las peores del mundo.
- **La educación como sistema, no hay atajos:** la educación es un sistema donde todas las etapas tienen que funcionar bien. Avanzar en cobertura ha sido importante pero no puede hacerse en desmedro de la calidad.
- **El nivel educativo de la sociedad dominicana:** la escolaridad y la alfabetización promedio han aumentado. El nivel de escolaridad ha aumentado en las personas jóvenes. Hay diferencias por estrato económico y hay evidencias de escasa presencia y vinculación de contenidos y competencias relacionados con la formación para la vida y la formación para el trabajo. Esta realidad estaría asociada a dificultades del personal docente en el manejo de los contenidos del área que enseñan, al enfoque didáctico, a los recursos disponibles para la enseñanza y el uso que hacen de ellos, a la sobrepoblación de las aulas y los cortos períodos. Todos estos son factores que no favorecen estrategias alternativas e innovadoras de enseñanza y aprendizaje.
- **Matrícula: inicial, básica y media:** casi toda la población accede a la educación básica; se han registrado grandes avances en la inicial y la media, aunque hay que mejorar la cobertura neta en los tres niveles, pero particularmente en la inicial y la media. Por otro lado, los datos presentados indican que las políticas dirigidas a incluir a los grupos más vulnerables lograrían los resultados esperados pero no en la proporción deseada ya que muchas veces las limitaciones financieras implican su aplicación a grupos o zonas reducidas, muchas veces mediante proyectos. Los indicadores de sobreedad, promoción, repitencia y deserción han mostrado progresos pero continúan altos. La educación de personas jóvenes y adultas todavía es un desafío para República

Dominicana. Los programas y la calidad pedagógica no se ajustan a las necesidades de estos grupos poblacionales.

- **La educación privada:** el desarrollo de las escuelas privadas está asociado a los procesos migratorios que generó desbalances entre la oferta y demanda educativa y al deterioro de la educación pública. El proceso de supervisión, vigilancia y fiscalización de las escuelas privadas, si bien ha avanzado, todavía le falta y requiere ser reforzado. Finalmente, la categorización de las escuelas privadas indica una baja calificación promedio, dados los criterios de profesionalización de los maestros, planta física, sistema administrativo, equipamiento, además de que están excesivamente concentradas en Santo Domingo y Santiago.
- **Recursos disponibles en las escuelas y aulas:** comparado con la región de América Latina y el Caribe, el porcentaje de escuelas con suficientes baños y el número de computadora promedio por escuela está por encima del promedio, pero en el porcentaje de escuelas con agua potable, con biblioteca, de libros promedios en bibliotecas escolares, y porcentaje de escuelas con sala de computación, está por debajo de la región.
- **Personal docente, directivo y técnico:** las 99.7 mil personas docentes de la escuela pública y privada representan el 2.9% de la PEA ocupada, donde predomina el empleo femenino, especialmente en el nivel de básica y en menor medida en la media, que en general es mejor pagada. Ha aumentado la titulación de los maestros pero ello no se ha reflejado en la calidad de la enseñanza y no se ha logrado una apropiación real del currículo. El personal directivo de los centros educativos está cargado con funciones administrativas, con una tendencia a la centralización de las funciones y decisiones, débil presencia de lo pedagógico, debilidad en la planificación y en la evaluación de los procesos de gestión. Finalmente, se aprecian confusiones en el personal del nivel técnico respecto a su rol, en una perspectiva más horizontal y menos tradicional.
- **El salario:** las condiciones laborales del personal docente tienden a mejorar en el largo plazo, aunque sujeto a los cambios de las condiciones macroeconómicas. El profesorado de nivel medio tiende a ganar más que el de básica, mientras que el personal técnico docente nacional es el que más gana (más del doble que el de la escuela básica, en promedio). El salario de una tanda para un docente de básica apenas cubre la mitad de la canasta básica de consumo nacional, lo cual obliga a este personal docente a trabajar en más de una tanda o a buscar un trabajo adicional.
- **La descentralización del sistema educativo:** la descentralización y participación son procesos contemplados en la Ley General de Educación, con poco avance real, ya que persiste la centralización. En los sitios en donde ha habido avances, éstos se concentran en temas de apoyo al área administrativa; en otros casos le limitan a aspectos formales y rituales. Las asociaciones de padres, madres y amigos de las escuelas funcionan con cierta regularidad, pero se orientan fundamentalmente al apoyo material y no implican a la comunidad en las decisiones educativas de los centros. Los consejos estudiantiles tienen una gran disparidad en el país y generalmente asumen funciones de recaudar fondos, cuidar la disciplina, entre otras, que descuidan el aspecto formativo de aprender a convivir en una sociedad democrática.
- **Financiamiento de la educación:** la ley establece que el 4% del PIB debe destinarse al gasto en educación, esto nunca se ha cumplido y el país se mantiene con uno de los niveles de gasto público en educación más bajos del mundo. En promedio, la sociedad dominicana gasta el 3.7% en educación, el cual es un monto bajo comparado con otros países de igual desarrollo que gas-

tan el doble. La mitad del gasto lo hace el Estado, el 40% las familias y el resto se reparte en préstamos y otras instituciones. El componente principal de gasto es la escolaridad, que absorbe las dos terceras partes del gasto total en educación, a la vez que existe un gran desbalance entre el financiamiento por estudiante de la educación pública y privada, así como un elevado gasto por estudiante en el nivel superior comparado con los otros niveles.

- **Marco legislativo e institucional de la educación inicial, básica y media:** existe un claro marco normativo para estos niveles educativos, el desafío es que se cumpla. La concepción de la educación se entiende como un derecho y una capacidad cuyo ámbito de evaluación es la calidad de vida, más que reducirla a un medio para mejorar la capacidad productiva del recurso. La normativa vigente establece la obligatoriedad para el último año de la educación inicial (5 años) y de la educación básica con el compromiso del Estado de ofrecerla gratuitamente. Es una ley avanzada en materia de equidad e inclusión social; crea instancias colectivas para definir la política educativa y establece mecanismos de evaluación de la calidad. Incorpora la educación de personas jóvenes y adultas con los objetivos de desarrollar conciencia ciudadana, la autorrealización, capacitación en un área laboral, para la eficiencia económica y para estimular la conciencia de integración social. Sienta las bases para la transversalización de género y define el rol y la formación docente.
- **Políticas del sistema escolar:** el sistema educativo dominicano ha registrado progresos tanto en el marco legislativo como institucional, y más en el primero que en el segundo. En materia de políticas del sistema escolar, la SEE ha propiciado un modelo de Gestión de la Calidad de los Centros Educativos que apunta a fortalecer la gestión institucional y pedagógica, constituyéndose en un marco de referencia para la gestión. Este proceso tiene dos etapas. La primera está concluida y se refiere a la formulación y difusión de la propuesta para una conceptualización de la educación de calidad. La segunda, abarca la capacitación y el autodiagnóstico, la cual es una oportunidad para lograr el empoderamiento de los actores del proceso educativo. Finalmente, está el programa de modernización institucional que pretende avanzar en los procesos de descentralización y participación.
- **La educación superior:** cumplir la normativa que rige el Sistema de Educación Superior, Ciencia y Tecnología es un reto. La Ley No. 139-01 parte de entender el rol fundamental del Estado para propiciar que esta educación responda a los intereses de la sociedad y al desarrollo del país. La matrícula de la educación superior ha crecido aceleradamente en la última década. En 2005 había 322 mil estudiantes, de los cuales el 49% era de la UASD. El estudiantado de la UASD registró un importante incremento entre el 2000 y 2007, al pasar de 105 mil a 166 mil estudiantes en dicho período.  
En el año 2007 había en funcionamiento 45 IES, siete de éstas son públicas y 39 privadas.
- **Los principales problemas de las IES:** entre los principales problemas que afectan a la educación superior están: el bajo nivel académico de los que ingresan a las IES, limitados recursos financieros, insuficiente articulación con el sector productivo nacional, baja formación pedagógica y científica del profesorado, entre otros.
- **La calidad de las personas que ingresan y egresan de las IES:** sin las capacidades cognoscitivas adecuadas es imposible alcanzar la excelencia académica. El problema de calidad se inicia desde la base del sistema educativo y se reproduce con mayor o menor intensidad hasta los estudios superiores. En esta realidad, en la que el estudiantado egresado no cuenta con los niveles de calidad que precisa el mercado y la sociedad para su desarrollo, influyen otros factores como



son: los bajos recursos invertidos y la precaria calidad del sistema de educación superior, la cual no se corresponde con las necesidades del sector productivo ni está enfocada a propiciar el desarrollo del país.

- **El financiamiento de la educación superior:** el segundo problema de más relevancia identificado en la educación superior es la baja disponibilidad de recursos financieros. El gasto en educación superior como porcentaje en el PIB es creciente hasta 2002; disminuye pero todavía se mantiene por encima de 1996. Como porcentaje del gasto en educación total registra una tendencia creciente pasando de 21% en 1996 a 25% en 2005, a la vez que el subsidio de la UASD en porcentaje del esfuerzo de gasto nacional en educación disminuye hasta situarse en un 20% en el 2005.

El componente principal del gasto público en educación superior son las transferencias corrientes que representan el 83% del presupuesto. El resto se gasta fundamentalmente en servicios personales y bienes y servicios. Hay que destacar que el subsidio de la UASD, durante el período 2005-2007 representó en promedio el 86% de las transferencias totales corrientes.

- **La calidad del profesorado universitario:** en 2005 había 11.2 mil docentes, con una distribución muy desigual por IES y por estudiantes. Aproximadamente el 48% del personal docente tiene especialidad. La normativa establece la política de contratación del personal para las IES.
- **La articulación de las IES con el sector productivo nacional:** En general, a pesar de los esfuerzos realizados, el sistema de educación superior sigue desconectado de la actividad económica nacional y de las necesidades de la sociedad; predominan las carreras de ejercicio liberal. Las comparaciones internacionales presentan a República Dominicana en gran desventaja.
- **Escasa producción de información en el Sistema de Educación Superior:** la falta de información suficiente y actualizada sobre la realidad del sistema de educación superior limita las investigaciones en este sector para profundizar en las problemáticas y para definir políticas públicas.
- **El acceso a la educación superior:** no existen estudios oficiales sobre la distribución social del estudiantado del nivel terciario y tampoco hay antecedentes de este tipo de estudios que permitan hacer un análisis comparativo. Los datos de la ENCOVI 2004, permiten determinar que el 63% del estudiantado universitario corresponde a los dos quintiles más altos y que solamente el 7.6% está en el quintil más bajo, lo cual muestra una clara regresividad entre la matriculación y quintiles de ingresos.
- **La matrícula de estudios de post grado:** sigue el mismo patrón de la estructura del nivel de grado, concentrado mayoritariamente en negocios, salud, educación y derecho, a la vez de una débil participación de las ingenierías y las ciencias sociales. Hay serias dificultades de calidad.
- **Otras instituciones de estudios técnicos:** en la modalidad de educación técnico profesional, en la República Dominicana existen varias instituciones que se han desarrollado en esta área, como el INFOTEP, la DGETP y el INAFOCAM, entre otras. Esta es una de las áreas donde mayor desafío tiene el sistema educativo para lograr la reeducación de la fuerza laboral y ajustarlo a las nuevas demandas de la globalización. Hasta la fecha estas instituciones han tenido un impacto desigual y la gran mayoría de ellas requiere de mejorar la planta docente, de recursos financieros y de infraestructura.

### **III.15 El plan decenal de educación inicial, básica y media.**

#### **Recomendaciones de políticas**

---

La formulación de la quinta versión del Plan Decenal de Educación 2008-2018 tiene el propósito de alcanzar un pacto social encaminado a una reforma de largo plazo del sector educativo y representa una iniciativa de trascendental importancia para la sociedad dominicana. Es oportuno destacar que este documento pudiera llegar a tener unas relevantes implicaciones, en cuanto a constituirse en el primer eslabón de sucesivas decisiones y acciones que hagan posible una educación de calidad para toda la población dominicana. Lamentablemente, cada nuevo gobierno elabora su propio plan, lo cual evidencia la necesidad de llegar a algún tipo de acuerdo nacional que haga posible que la reforma educativa se constituya en una política de Estado, más allá de los períodos gubernamentales.

El Plan Decenal de Educación 2008-2018 se basa en diez líneas de políticas educativas que fueron legitimadas en las consultas realizadas por la SEE y en los debates del Congreso de Educación del Foro Presidencial por la Excelencia de la Educación Dominicana. Esas grandes políticas que se promueven responden a una mirada amplia a la sociedad dominicana acerca de la educación a la que aspira, lo que desde la perspectiva del Amartya Sen, debería representar la propuesta del Estado para ampliar las capacidades de las personas, superar la privación de la educación y promover el desarrollo humano.

Sin duda, la imprescindible transformación de la escuela dominicana es un reto extraordinario para nuestra sociedad. La modernización y mejoramiento en todos los aspectos del sistema educativo implica un esfuerzo a largo plazo y requiere, entre otras cuestiones, la formación de una nueva generación de docentes, la construcción de una extensa infraestructura en todo el territorio nacional, la adopción de una nueva modalidad de gestión (que reforme las estructuras de gestión institucional y pedagógica de todo el sistema) y de un sistema de rendición de cuentas que transparente la administración de la escuela dominicana. Es una tarea que demanda de la continuidad de las políticas públicas a lo largo de períodos, que supera inclusive los diez años que se propone el Plan Decenal. Para ello se necesita la concertación de un pacto entre los diferentes actores y sectores, que se base en el consenso sobre las políticas y que garantice su continuidad más allá de los períodos gubernamentales.

El consenso en torno al plan involucraría el empoderamiento de los grandes grupos poblacionales como un medio para ampliar sus capacidades, así como para superar la privación de sus libertades.

#### **III.15.1 Características y contenido del plan de educación**

El Plan Decenal de Educación parte de un diagnóstico basado en estadísticas oficiales e investigaciones desarrolladas por instituciones académicas y organizaciones de la sociedad civil. En éste se realiza una extensa revisión del sistema educativo dominicano que resulta en un excelente y objetivo diagnóstico, el cual incluye un recorrido histórico sobre la evolución de la escuela dominicana, que en general, se ajusta a las conclusiones del presente documento. En este diagnóstico se destacan los avances en la cobertura, así como las debilidades en cuanto a la calidad y los aspectos de gestión y administración del sistema educativo.

El plan describe los objetivos, resultados y acciones a desarrollar a corto, mediano y largo plazo. Sin embargo, las estrategias para lograr dichos resultados se plantean de manera general. A continuación se resumen de las diez políticas planteadas:

- Política No. 1. Movilizar las voluntades públicas y privadas para asegurar que la población de 5 años reciba un año de Educación Inicial y ocho años de educación básica de calidad.
- Política No. 2. Consolidar, expandir y diversificar el nivel de educación media y educación de adultos, en ambos casos de calidad, con el objeto de crear ciudadanía y como paso al mercado laboral y/o a la educación superior.
- Política No. 3. Revisar periódicamente, difundir y aplicar el currículo aprobado, promover una cultura de respeto al currículo establecido y de uso de éste como norma y guía de las grandes decisiones dentro del sistema y del diario quehacer de la escuela. Creando las condiciones necesarias y movilizando la sociedad dominicana y las comunidades educativas para asegurar el estricto cumplimiento de un horario y calendario escolares que posibiliten el aprendizaje de los estudiantes.
- Política No. 4. 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 el aprendizaje.
- Política No. 5. Crear las condiciones y movilizar la sociedad dominicana y las comunidades educativas en favor del estricto cumplimiento del horario escolar.
- Política No. 6. Priorizar la formación de recursos humanos de altas calificaciones para el sector educativo y promover la permanencia y crecimiento profesional del personal ya contratado.
- Política No. 7. Promover la equidad educativa, con apoyo a los y las estudiantes provenientes de los sectores sociales más vulnerables.
- Política No. 8. Estimular la participación de la familia y la comunidad, así como de las instituciones no gubernamentales en la implementación de las políticas, los programas y proyectos educativos.
- Política No. 9. Realizar las reorganizaciones sucesivas necesarias para mantener siempre una estructura ágil, flexible, abierta a la participación y centrada en la escuela, que permita realizar los planes, programas y acciones de la política educativa.
- Política No. 10. Movilizar 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.

### **Metas fundamentales del Plan Decenal**

El Plan Decenal 2008-2018 adopta un conjunto de objetivos específicos encuadrados en los diez lineamientos de política educativa, que proponen tres metas fundamentales para transformar el sistema educativo dominicano:

- Lograr en el año 2012 la cobertura universal, con calidad, del último grado del nivel inicial (niños y niñas de 5 años) en un ambiente rico en estímulos y con la activa participación de padres y tutores, un tamaño promedio limitado por sección a no más de 22 estudiantes, en el 2012, y no más de 20 en el 2017.
- Alcanzar una educación básica de calidad para el 2015 para todos los niños y niñas de quince años, con secciones de 22 estudiantes en el 2017 y una cobertura neta de la población de 6-13 años del 94% para el 2012 y del 95% para el 2017.
- Consolidar, expandir y diversificar el nivel de educación media y educación de adultos con cali-

dad para lo cual se plantea una cobertura neta de la población de 14-17 años: de 40% en el 2008 a 60% en el 2017. Por otro lado, se adopta como objetivo una tanda de cinco horas diarias de clases para el nivel básico y cinco horas y media para el nivel medio.

### **Acciones para la consecución de estos objetivos**

Establecer un programa de construcción de la infraestructura escolar, a fin de que las escuelas del nivel básico sean usadas en dos y una tanda por aula en promedio, pasando de 1.92 en el 2007 a 1.4 en el 2017.

En cuanto a la evaluación y administración de la calidad se proponen dos iniciativas de importancia.

- Una es la aplicación de las Pruebas Nacionales al final de los dos ciclos, tanto del nivel básico como del medio. Se exigirá una calificación mínima en las Pruebas Nacionales de 65% para básica y adultos y de 70% para el nivel medio en cada una de las asignaturas examinadas.
- El Consejo Nacional de Educación deberá aprobar cada cinco años los estándares e indicadores de calidad para evaluar los factores determinantes de la calidad que define la Ley General de Educación; podrá hacerlo en un lapso menor, si las circunstancias así lo exigen. Estos indicadores de calidad deberán ser propuestos por el Sistema de Evaluación de la Calidad Educativa y la Dirección General de Currículo. Los elementos a evaluarse son: el grado de coherencia entre los fines, las estrategias y los resultados de las políticas, programas y proyectos educativos; el nivel de eficiencia de los procesos administrativos; las características socioeconómicas de los estudiantes; las características personales y profesionales del personal docente; el cumplimiento del calendario y el horario escolar, los contenidos curriculares y los materiales; los procesos de aprendizaje y las estrategias y metodologías; la infraestructura escolar desde el punto de vista del ambiente en que se desarrolla la actividad educativa; la participación de la familia; la orientación.

En el documento también se detallan las acciones que deben realizarse para mejorar la capacitación del personal docente y la eficiencia administrativa del sistema.

El plan define la meta del gasto de educación para conseguir sus objetivos, mediante una elevación gradual de la proporción del gasto respecto al PIB. Se plantea que en el primer año de ejecución del plan esta proporción deberá ser de 2.54%, hasta llegar a 5.74% en el 2017.

Finalmente, se propone realizar un pacto social a fin de garantizar los recursos requeridos para la ejecución de las actividades programadas.

### **Algunas consideraciones sobre el Plan Decenal de Educación**

Para que el Plan Decenal de Educación se convierta en un instrumento efectivo de programación es necesario observar los siguientes aspectos:

- Las actividades necesitan un mayor nivel de detalle, tales como un calendario, responsables, identificación de acciones, precedencia, etc.
- Un presupuesto detallado de cada actividad en valores nominales y reales.
- Establecer los indicadores para evaluar el plan en cada etapa y actividad. Aunque en el plan se habla de evaluación, no se describen los indicadores de seguimiento para ello, por lo que es imprescindible definirlos a fin de que se conozca en cada instante la situación de las actividades que han sido previstas en el plan y el logro de los objetivos propuestos; de esa manera será posi-

ble realizar los ajustes necesarios. Sin un programa de monitoreo y seguimiento, el plan quedará como un documento de políticas de difícil ejecución.

- Hacer del plan un mecanismo de rendición de cuentas. La rendición de cuentas promueve el empoderamiento de la sociedad para demandar y presionar por determinados resultados. La rendición de cuentas para ser implementada requiere de estándares, información, consecuencias, autoridad, desarrollo de capacidades e información clara del concepto del mismo y comunicación con todas las partes involucradas sobre los objetivos y los beneficios que ésta puede aportar.
- Se necesita un organismo independiente que evalúe las pruebas nacionales. En la aplicación de las pruebas nacionales el plan propone la creación de una unidad descentralizada que administre dichas pruebas. Sin embargo, dadas las debilidades institucionales es conveniente que la evaluación de los resultados del sistema recaiga en algún organismo totalmente independiente de la SEE.
- Dignificar el trabajo de los maestros. Un aspecto fundamental para lograr montar una escuela de calidad para los niños, niñas y adolescentes de escasos recursos, es un salario decente que atraiga a mejores profesionales con vocación magisterial a las aulas públicas. Ese es un aspecto del plan que no está suficientemente esclarecido, para lo cual se requiere de una definición anticipada de escalas mínimas salariales que aseguren una retribución atractiva para el principal protagonista de una escuela de calidad. Es decir, se debe indicar previamente los niveles salariales y los incrementos con base en el desempeño y el escalafón magisterial, como una forma de incentivar desde la entrada a los mejores talentos y generar una competencia sana por las plazas magisteriales.
- Aumentar el tiempo de docencia. El Plan establece como meta que al final del 2017 el sistema ofrecerá cinco horas diarias de clases para el nivel básico y cinco horas y media para el nivel medio. Esto contrasta con el hecho de que las escuelas privadas de la clase media y alta del país, tienen horarios de seis a siete horas diarias, lo que constituye una meta modesta que mejoraría en alguna medida la calidad de la enseñanza de la escuela pública, pero que estaría muy lejos de cerrar la brecha entre la niñez pobre y la rica. Es una propuesta, hasta cierto punto incompresible, ya que no se presentan los argumentos que la justifican.
- Mecanismos de evaluación de la calidad. El plan propone realizar una evaluación quinquenal de los principales aspectos relacionados con la calidad. Este mecanismo no tiene la frecuencia ni la agilidad que se requiere para dar seguimiento a un asunto tan importante como la calidad. En este sentido, se puede decir que las pruebas nacionales, aplicadas tal como lo propone el plan, podrían constituir el primer indicador sobre la evolución de la calidad, además de que permitirían realizar una categorización (ranking) de las escuelas tanto públicas como privadas, que informe a los padres, madres y tutores de la calidad de las instituciones, lo que a su vez permitiría darle seguimiento a la brecha entre pobres y ricos. Los resultados de las pruebas nacionales se deberían complementar con otras evaluaciones anuales para completar el panorama sobre la evolución del sistema. La difusión de esa información alertaría oportunamente a las autoridades y a la comunidad en general cuando las cosas no resulten de acuerdo con las metas concertadas. En la actualidad la rendición de cuentas, mediante la difusión de los resultados de la medición y evaluación de los sistemas educativos, se ha convertido en un mecanismo esencial para la escuela moderna.
- El financiamiento a la educación es todavía deficiente. La única información anual sobre la magnitud de los recursos involucrados en los doce años de ejecución es la proporción anual que

éstos representarían respecto al PIB. A este respecto llama la atención que se plantea que en el 2017 se alcanzaría una relación del gasto de educación como proporción del PIB a un nivel escasamente por encima de lo que en la actualidad tienen países como Bolivia, Honduras y Guyana.

### **III.15.2 Recomendaciones de políticas para la escuela básica y media**

Las políticas propuesta por el Plan Decenal para la reforma de los niveles básico y medio y de educación de adultos, van en línea con la visión de este documento, aunque se entiende que los objetivos propuestos, están muy por debajo de lo que puede y debe aspirar la sociedad dominicana y que, por lo tanto, se deben asumir compromisos de mayor alcance con el propósito de que al final del período de programación, el sistema público compita con los mejores estándares de la escuela privada nacional.

A continuación se presentan un conjunto de recomendaciones que esbozan unos lineamientos generales destinados a viabilizar la formación de un profesorado competente y debidamente motivado en el ejercicio de la docencia, así como la creación de la infraestructura necesaria para ofrecer a la niñez dominicana una educación moderna y eficiente.

Estas propuestas están articuladas en tres ejes fundamentales de políticas:

- La formación de un nuevo perfil docente, como un profesional reflexivo de su práctica, que al desempeñar su labor en un contexto adecuado para la docencia, haga posible que la escuela pública se convierta en una institución comprometida con la calidad. A tales propósitos se debe establecer un nuevo sistema de certificación para ingresar a la carrera y asignarle un salario que atraiga y retenga los mejores profesionales en el sistema educativo público.
- La creación de la infraestructura necesaria para instalar la tanda completa para todo el estudiantado dominicano con las facilidades y equipamiento correspondiente, que permita una jornada de ocho horas diarias durante cinco días a la semana.
- Despolitizar y descentralizar la dirección del sistema educativo mediante decisión legislativa que establezca organismos independientes de dirección, incluyendo la creación de un instituto autónomo que tenga a su cargo, entre otras cosas, las evaluaciones de todo el sistema escolar.

La instalación de la nueva escuela dominicana debe garantizar que al final de la ejecución del plan, el estudiantado que procede de familias de bajos ingresos disponga de una enseñanza de calidad equiparable a la mejor escuela privada del país. El sistema debe empezar a montarse desde los primeros niveles de la educación pre-escolar y continuar progresivamente sin que la premura frustre la consecución de los objetivos de calidad y cobertura del plan.

Se puede afirmar, sin mayor argumentación, que los objetivos del Plan Decenal de alcanzar un horario de clases de cinco horas para el nivel básico, -una hora más de la que oficialmente se supone que se ofrece en la actualidad en la tanda de la mañana- mejoraría en alguna medida la calidad de la enseñanza de la escuela pública, pero estaría muy lejos de cerrar la brecha entre la niñez pobre y la rica. Es decir, que al igual que hoy, los niños y niñas que nazcan en hogares de bajos ingresos no podrán competir en el campo de las capacidades cognoscitivas con aquellos pertenecientes a la clase adinerada. Esta situación nos lleva a la conclusión de la necesidad de hacer el esfuerzo que necesario, para alcanzar una escuela de calidad, incluyente y no discriminatoria.

Tal como se indicó previamente, el horario de cinco horas diarias al cual se aspira para la escuela básica, implicaría que al final de los doce años de programación y después de muchos millones de

dólares invertidos, quedaría consagrada la doble condición de calidad de la enseñanza: una para los niños pobres y otra para los más ricos.

### **Los recursos financieros del plan**

En la formulación del Plan Decenal se alude a las limitaciones de los recursos públicos sin presentar ninguna evidencia al respecto, lo que parece explicar o querer justificar las modestas metas que se adoptaron, en cuanto al horario y la construcción de infraestructura. Como no se presentan los supuestos y los costos incluidos en la programación, no es posible valorarlas, por lo que no existe una justificación aparente para la propuesta incorporada en el plan de que la proporción del gasto público (educación básica, media y de adultos) sobre el PIB en el 2017 sea similar a la que en la actualidad tienen países como Bolivia, Guyana y Honduras.

Precisamente, una de las más importantes decisiones que debe realizar la población dominicana es determinar la magnitud de los recursos que se asignarían anualmente para hacer viable financieramente la ejecución del Plan. Con este propósito, se propone estimar los principales costos unitarios involucrados en su ejecución a fin de formular una programación fiscal de largo plazo según varios escenarios macroeconómicos, que permita iniciar un gran debate nacional sobre la magnitud del esfuerzo fiscal que estaría dispuesto a realizar la sociedad dominicana. Con esta decisión se establecerían las bases para llegar a un pacto nacional que nos comprometa como sociedad con los objetivos del plan y facilitará la determinación de la extensión del período de programación, que posiblemente se prolongue a un par de décadas adicionales.

### **La construcción de infraestructura escolar**

Si se considera la precaria infraestructura escolar del país, la construcción masiva de escuelas constituye un componente vital de la calidad del sistema educativo dominicano, en cuanto permita crear el espacio necesario para generalizar la tanda completa e incorporar espacios para comidas y descanso de estudiantes y docentes. Debe decirse que de todos los componentes requeridos para instalar en el país una escuela de calidad, la construcción de la infraestructura sería la que menos complicaciones ofrece.

Tal como han demostrado los informes nacionales de desarrollo humano, en particular el de 2005, los recursos para financiar la mejoría en la calidad de vida de las dominicanas y dominicanos lo ha generado la economía pero éstos no han vuelto a la población por un problema de prioridades difusas de los gobiernos. En este sentido, lograr los objetivos de calidad propuestos, exige la construcción de las aulas suficientes y de uso exclusivo, tal como sucede en la escuela de calidad del país y del resto del mundo. Sería, prácticamente, un esfuerzo de una sola vez, ya que los modelos demográficos de proyección de la población nacional, anticipan que los estratos jóvenes tenderán prácticamente a estabilizarse en los próximos años. En consecuencia, una vez concluida la etapa de construcción, se liberarían recursos para aplicarlos a la educación u otros propósitos nacionales. En todo caso, lo más importante es establecer la prioridad del gasto y un período realista para construir esta infraestructura que habrá de servir a las futuras generaciones de niños y niñas dominicanas.

### **El profesorado**

Las propuestas que aquí se plantean son congruentes con el Plan Decenal cuando expresa: “tiene como propósito captar para la educación general del país personal joven y de altas potencialidades a través del mejoramiento integral de la formación Inicial y de la formación continua del per-



sonal docente, directivo, técnico y administrativo”. Para darle mayor concreción a las propuestas del plan, se sugiere:

- Crear un sistema de recertificación del profesorado en ejercicio que asegure unos niveles de capacitación adecuados para manejar el currículo, promover las capacidades de razonamiento, de resolución de problemas, la aplicación creativa del conocimiento a todos los ámbitos de la vida, el uso de la tecnología de informática y comunicaciones y el aprendizaje del idioma inglés.
- Crear un programa de becas en las universidades del país para capacitar en el nuevo modelo de la carrera docente.
- Establecer un nivel de retribución superior a lo que se estila en las escuelas privadas no bilingües y acorde con el propósito de dignificar al docente.
- Crear un instituto autónomo que tenga la responsabilidad de certificar la idoneidad de profesionales que ingresen a la carrera magisterial en el sistema público de enseñanza. De esa forma se asegura que la evaluación y reclutamiento del personal docente del sistema se realice en forma objetiva y sin injerencia externa.

### Para la administración del sistema

Tal como se expresó, la administración superior del sistema educativo que tiene a cargo la enseñanza básica, media y de adultos, es un asunto clave en la posibilidad de que la sociedad dominicana instale una escuela eficiente. Tal como se discute a lo largo de este informe, este es un país con frágiles instituciones públicas, que entre otras cosas, son fácilmente influenciables por los intereses de los grupos políticos, económicos y gremiales. Por lo tanto será necesario rediseñar el sistema institucional para neutralizar las injerencias externas que obedecen a intereses ajenos al sistema. Las recomendaciones que se presentan a continuación puntualizan lo consignado el plan cuando plantea: “Realizar las reorganizaciones sucesivas que resulten necesarias para mantener siempre una estructura ágil, flexible, abierta a la participación y centrada en la escuela, que permita realizar los planes, programas y acciones de la política educativa”.

- Política de Estado. La consecución de los objetivos educativos como los propuestos en este documento tienen que ser una política de Estado y un compromiso de toda la sociedad dominicana. Los gobiernos sucesivos, han registrado progresos y retrocesos, por lo tanto, es necesario que la reforma de la escuela sea un proyecto nacional que trascienda el período gubernamental y cuyos resultados no puedan ser el crédito o descrédito de las autoridades políticas de turno que rijan al sector.
- Dos estructuras, una de gestión y otra de evaluación. Se propone concentrar, mediante decisión legislativa, la conducción del sistema en dos organismos autónomos con sus funciones y presupuestos independientes, uno para gestionar el sistema y el otro para evaluar sus resultados. A estos propósitos, se plantea otorgar al Consejo Nacional de la Educación todo lo relativo a la dirección operativa del sistema. A la vez, se propone la creación de un instituto autónomo, el cual tendría a su cargo la evaluación de los avances de la enseñanza en el país conforme a lo previsto en el Plan Decenal. Ambos organismos se integrarán, mayoritariamente, con personas representantes de la sociedad legítimamente interesadas por la enseñanza y con capacidades demostrada para asumir la conducción del sistema. El Senado de la Nación deberá designar los miembros de ambos organismos, mediante idóneos procedimientos establecidos por ley, que garanticen la mayor transparencia posible en el proceso de selección.

- El instituto tendrá dentro de sus funciones el monitoreo del cumplimiento de los resultados de las actividades previstas en el Plan Decenal, administrar la aplicación de las pruebas nacionales y la certificación, mediante examen de evaluación, del personal docente que ingrese en el nuevo modelo de la carrera magisterial. Además, deberá difundir ampliamente toda la información recabada a través de sus mecanismos de monitoreo y evaluación, a fin de que la sociedad pueda, entre otras cosas, dar seguimiento a la brecha en la enseñanza entre pobres y las de más altos ingresos.
- Descentralizar. Se propone, descongestionar la concentración de funciones de la SEE que, con su cuantioso personal y su infraestructura física distribuida en todo del territorio nacional, dificulta aún más la ejecución de las difíciles tareas que le encomienda la ley, con un mínimo de eficiencia. A estos fines se sugiere:
  - Ejecutar y fortalecer los mecanismos de descentralización contemplados en la ley.
  - Traspasar la responsabilidad de la construcción de la infraestructura escolar a los otros organismos del Gobierno especializados en esta actividad y dejar en la SEE la función de diseño y supervisión.
  - Crear, bajo la dirección del Consejo Nacional de Educación, una institución independiente que se ocupe de todo lo relativo al suministro de alimentos al estudiantado, al mismo tiempo que se fortalezca la gestión descentralizada.

### **Las metas y la rendición de cuentas**

El éxito del Plan Decenal de Educación depende la capacidad de seguimiento y monitoreo que le pueda dar la sociedad y del nivel de rendición de cuentas de las autoridades del país. En tal sentido se propone:

- Establecer metas, actividades y costos anuales, así como la adopción de objetivos específicos de los resultados cuantitativos del progreso en las capacidades cognitivas del estudiantado del país. Sin ello, no habría prácticamente nada que evaluar y dar seguimiento, por lo que el plan estaría destinado a ser engavetado.
- Establecer compromisos periódicos. Ajustar la planificación a plazos, como, por ejemplo, para los próximos cinco años, que incluya, como ya se ha señalado, los objetivos y las relaciones de precedencia de las actividades que se van a realizar.
- Establecer un sistema de indicadores de calidad simples, eficientes, ágiles y de mayor frecuencia. Tal como se destacó, el sistema propuesto por el Plan Decenal indica realizar evaluaciones quinquenales de los principales aspectos relacionados con la calidad. Esperar cinco años para actuar sobre los componentes de la calidad es un período demasiado largo, que permitiría que se acumulen distorsiones e ineficiencias que representaría una pérdida innecesaria de tiempo y de recursos.
- Establecer responsabilidades por resultados. La institucionalización de la rendición de cuentas y el establecimiento de responsabilidades por resultados, se ha convertido en la actualidad en un mecanismo esencial para la escuela moderna. El propósito es promover la calidad educativa y la transparencia en la gestión, así como el libre acceso a la información pública. Es decir, la difusión de los resultados de la medición y evaluación de los mismos.
- Utilizar las pruebas nacionales como mecanismo sobre el desempeño de la calidad de las escue-

las. Los resultados de las pruebas nacionales se deberían complementar con otras evaluaciones anuales para completar el panorama sobre la evolución del sistema. La difusión de esa información alertaría oportunamente a las autoridades y a la comunidad en general, cuando las cosas no resulten de acuerdo con las metas concertadas.

- Definir metas cuantitativas en cuanto al conocimiento y las capacidades intelectuales de la futura población estudiantil. Si el Plan Decenal define objetivos cuantitativos para medir los resultados de la enseñanza, es posible que el proyecto genere mayor interés y entusiasmo de parte de la sociedad.

Es evidente que en un lapso de doce años no se puede transformar la totalidad de la escuela pública para ponerla en condiciones de competir con la mejor escuela de calidad del país, pero se podría y se debería plantear ese objetivo parcialmente. Por ejemplo, es técnica y administrativamente factible, que la sociedad dominicana establezca como meta que los niños y niñas que completen el cuarto grado de básica en el 2017 tengan las mismas habilidades en lectura y matemáticas, que según las mediciones de UNESCO, tenían los estudiantes cubanos en el 1997.

¿No podría la sociedad dominicana plantearse esa posibilidad? ¿No se podría discutir las transformaciones de las estructuras, recursos y tiempo necesarios para dar ese salto hacia adelante? El sólo hecho de que se ventile públicamente este asunto, crearía una mayor conciencia nacional que favorecería las posibilidades de un pacto social sobre la reforma educativa.

### **III.15.3 Las políticas para instituciones de estudios superiores**

El Plan Decenal de Educación Superior 2008-2018 fue elaborado para propiciar una reforma universitaria donde la transformación curricular tiene un énfasis especial para lograr una formación de tercer nivel pertinente y de calidad. Su orientación pretende responder a las necesidades de la sociedad dominicana, definidas en función de los requerimientos de desarrollo nacional y a las demandas de los planes de desarrollo socioeconómico, científico, tecnológico y cultural, así como también a los requerimientos de la internacionalización y de los vertiginosos avances científicos y tecnológicos. Otro punto de partida para elaborar este plan es colocar a la educación superior dominicana dentro de las grandes corrientes de transformaciones universitarias del mundo, de manera que faciliten la inserción nacional e internacional de la educación superior dominicana en la sociedad del conocimiento y la economía global.

Para realizar este plan se utilizó una metodología participativa, que involucró un gran número de personas de diferentes sectores, las cuales trabajaron en diferentes espacios como fueron las mesas de trabajos conformadas, consultas realizadas a nivel nacional, talleres, estudios específicos, reuniones de personas expertas, entre otras técnicas, así como la producción de documentos básicos para definir y consensuar este plan. En este esfuerzo se contó con la participación de un grupo de personas de las áreas académicas y de investigación, estudiantes, autoridades universitarias, políticos, personal científico y expertas de las áreas económicas, del empleo y la producción; así como también personas encargadas de gestionar el trabajo social, de las organizaciones que trabajan en la educación superior y las instituciones de ciencia y tecnología.

El Plan Decenal de Educación Superior 2008-2018 pretende revertir los grandes problemas identificados en su fase diagnóstica, entre los que destacan: la baja calidad de la educación superior y del perfil de las personas egresadas, el bajo porcentaje del profesorado que se dedica a tiempo completo a la educación universitaria, la nocturnización de la matrícula, la disminución de tiempo de estudio, profesorado con baja formación para generar conocimiento, baja calidad en los programas for-

mativos, bajo financiamiento de la educación superior, poca vinculación con sectores productivos, escasa actividad investigativa, ausencia de estímulos para la creación de una oferta educativa en áreas de valor social y que tienen poca demanda en el mercado.

Este plan se basa en seis líneas de políticas educativas que fueron legitimadas en las consultas realizadas, las cuales se resumen en:

- La educación superior, ciencia y tecnología como eje central de la estrategia de competitividad, la innovación y el desarrollo sostenible del país.
- Las Instituciones de Educación Superior (IES) estarán vinculadas a la competitividad de los sectores productivos.
- Las IES promoverán su calidad para responder a estándares internacionales.
- La producción de conocimiento será promovida mediante la inversión en innovación y la investigación para el desarrollo.
- La formación de los recursos humanos será fomentada en las áreas necesarias para el desarrollo económico y social del país.
- Estimular el vínculo entre las IES y su entorno regional y local.

El plan describe las grandes políticas, objetivos, resultados, programas estratégicos, acciones programáticas y proyectos a desarrollar a corto, mediano y largo plazo. Consta de 19 programas estratégicos agrupados en ejes, los lineamientos para la gestión de la ejecución y para la evaluación y seguimiento. Se prevé que será implementado en tres fases según los objetivos del plan y una guía de acciones prioritarias: fase de emergencia (2008-2010), fase de innovación y modernización (2011-2014) y fase de consolidación (2015-2018).

Los objetivos previstos a lograr con la ejecución de este plan decenal se resumen en:

- Incrementar el acceso, la permanencia y el número de personas egresadas en pregrado, grado y postgrado y ampliar significativamente los programas de equidad en las oportunidades de la educación superior.
- Incrementar la calidad de la enseñanza y el aprendizaje en la educación superior en función de: formar profesionales con estándares de calidad internacional; transformar los currículos en la educación superior dominicana para adecuarlos a los objetivos de competitividad y desarrollo; crear en las IES comunidades educativas comprometidas con la producción de conocimientos y mejores prácticas docentes en un marco de valores; ajustar los programas de estudios e investigación de las IES para que respondan a las necesidades y demandas del sector productivo.
- Fomentar la pertinencia de los programas de la educación superior en la República Dominicana, para responder a las necesidades del desarrollo nacional, así como a las demandas de las diferentes regiones del país.
- Profesionalizar y dignificar el personal de la educación superior dominicana, donde las IES establezcan programas de desarrollo profesional que lo habilite para desempeñar sus funciones docentes, de investigación y de extensión, al más alto nivel.
- Modernizar la educación superior dominicana, que incluye promover la internacionalización y los procesos de innovación, fortalecer la SEESCyT y las IES, utilizar las TIC en el proceso educativo y abrir nuevas modalidades educativas.

- Lograr la creación de grupos de investigación en las IES, así como la creación de redes de investigación interuniversitarias.
- Fomentar el desarrollo y ampliación de los programas universidad-empresa.
- Incrementar significativamente el apoyo del Estado a la educación superior, así como el de los hogares y el sector privado.

Para lograr estos objetivos, se han definido 19 programas estratégicos:

- Mejoramiento de la calidad de la educación superior, ajustando esta educación a las necesidades de desarrollo económico y social del país, la equidad de género, el desarrollo de la investigación científica tecnológica, la calificación del personal docente y administrativo.
- Establecimiento de un sistema nacional de acreditación del profesorado y carreras académicas en la educación superior, a través de mejorar las condiciones de trabajo del personal docente y de investigación, establecer la carrera académica, y poner en operación un reglamento de carrera académica y un Sistema Nacional de Acreditación en la educación superior.
- Formación, capacitación y actualización el personal de las IES, a nivel docente, científico, técnico, gestor y de investigación, en las metodologías, estrategias y técnicas que exigen la modernización y mejoramiento cualitativo de la educación superior.
- Fortalecimiento de los valores de la educación superior, de manera que las universidades egresen profesionales integrales, formados dentro de una estrategia de desarrollo holístico, con una visión ética en el comportamiento y el ejercicio de la profesión, centrados en la persona, que desarrolle su potencial intelectual, físico y espiritual para la innovación y la transformación, sin desmedro del medio ambiente. Además, fomentar la capacidad de aprender permanentemente, con habilidades lingüísticas y tecnológicas, habilidades para cambiar, para transformar, para trabajar con las contingencias que la vida presenta.
- Fortalecimiento del Sistema de Evaluación y Acreditación de las Instituciones de Educación Superior (IES) a los fines de apoyar la implementación de la Ley 139-01 de Educación Superior, Ciencia y Tecnología, sobre la evaluación de la calidad y la acreditación de las instituciones de educación superior.
- La transformación curricular en la educación superior para adecuarse a los procesos de modernización e innovación en la sociedad del conocimiento y legarle a las futuras generaciones una educación pertinente, renovada y de excelencia.
- Vinculación de la educación superior con el sector productivo y transferencia tecnológica, para lo cual se proponen diversos mecanismos de integración e interrelación entre estos tres ámbitos para impulsar el desarrollo nacional en los ámbitos nacional, regional y local.
- Fomento de las políticas y capacidades en investigación, ciencia y tecnología en la educación superior para promover la innovación y generar una sociedad del conocimiento que estimule el desarrollo económico y social en República Dominicana.
- Expansión de la cobertura de la educación superior con servicios y oportunidades de igualdad para todo el estudiantado, profesorado, personal docente investigador y de administración de la educación superior.
- Fortalecimiento de los programas de equidad y la atención a la diversidad, a los fines de democratizar la educación superior y favorecer con ella a diversas poblaciones que por diferentes razones han sido marginadas de los beneficios de la misma.

- Apoyo y fortalecimiento de la extensión social en la educación superior en los ámbitos nacional, local e internacional, dentro de un enfoque interdisciplinario, integral, de solidaridad y de mutua cooperación.
- Modernización e innovaciones en la educación superior para propiciar la creación de condiciones de innovación en las distintas áreas de la vida institucional, académica y de gestión.
- Desarrollo de institutos técnicos superiores comunitarios, orientados a fortalecer nuevos esquemas de formación técnica para atender las necesidades de las comunidades como salidas opcionales para las personas jóvenes que terminan con sus estudios secundarios y aspiran a una formación de nivel superior.
- Apoyo y fortalecimiento de la educación a distancia y virtual, a los fines de ampliar las oportunidades de formación profesional en todas las regiones y poblaciones del país que aspiran a realizar estudios profesionales, para mejorar las competencias de los que ya las tienen y mantener su actualización y desarrollo, mediante educación continua y permanente.
- Fortalecimiento de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en la educación superior para mejorar la productividad y competitividad nacional e internacional en cuatro áreas: Las plataformas de servicios digitales; servicios informáticos para la gestión de los procesos universitarios y la coordinación entre las IES y la SEESCyT y viceversa; uso de las TIC en la educación presencial, semipresencial y a distancia, y las redes para la investigación, la educación, el desarrollo científico y la innovación.
- Desarrollo de la educación continua en la educación superior. Está orientado a contribuir con la institucionalización, organización, regulación, supervisión, desarrollo y mejora de la educación continua, con programas de calidad y oportunidades de actualización y capacitación para profesionales.
- Apoyo y fortalecimiento a la orientación en la educación superior. Pretende reenfocar y fortalecer conceptual, estratégica y prácticamente este quehacer, para hacerlo más efectivo.
- Fortalecimiento de la planificación de la educación superior. Contribuye con una visión de cómo afrontar el cambio y entiende el proceso de planificación como el puente principal entre el presente y el futuro, para aumentar la posibilidad de lograr los resultados esperados.
- Financiamiento de la Educación Superior, orientado a garantizar la movilización y uso de los recursos financieros necesarios para el financiamiento de la educación superior, la ciencia y la tecnología y para implementar y ejecutar de manera adecuada el Plan Decenal de Educación Superior 2008-2018.

### **Metas fundamentales**

El Plan Decenal 2008-2018 adopta ocho objetivos específicos encuadrados en seis lineamientos de política educativa para los cuales se propone el logro de seis grandes metas para transformar la educación superior dominicana:

- Que el 50% de la población entre 18-24 años ingresen a las IES
- Que el 2.2% del PIB sea invertido en la enseñanza superior
- Que el 30% del incremento anual se destine a los proyectos movilizadores
- Introducir en el 2009 Internet y contenidos para docencia e investigación
- Reformar el 50% de los programas de carreras
- Cuadruplicar la inversión en investigación

### Acciones

Las acciones prioritarias a desarrollar se han definido según las fases de ejecución del plan: de emergencia, modernización y consolidación.

Para el período 2008-2010, denominado Fase de Emergencia, se ha priorizado las siguientes acciones:

- Reestructurar al menos siete áreas y sus respectivas carreras en grado y postgrado (educación, derecho, ciencias de la salud, turismo, ingenierías, información y comunicación, ciencias básicas).
- Introducir Internet para apoyar la docencia y la investigación.
- Implementar los institutos superiores comunitarios; expandir la matrícula, especialmente de primer ingreso.
- Instalar la Comisión Nacional del Plan Decenal de Educación, las 22 comisiones encargadas de ejecutar los 22 Proyectos Movilizadores.
- Elaborar el Proyecto de la Nueva Ley de Educación Superior.
- Desarrollar y fortalecer las infraestructuras de investigación en las IES, con mayor cantidad de investigadores y profesores de tiempo completo.
- Desarrollar los programas de formación, especialización y actualización de los profesores e investigadores, tanto en el país como en universidades internacionales.
- Ampliar el número de becas nacionales e internacionales y los programas de idiomas extranjeros.
- Promulgar la legislación y procedimientos para poner en marcha la Carrera Académica y la Acreditación de Docentes.
- Gestionar el incremento del financiamiento nacional e internacional (bilateral y multilateral).

A partir del 2011 y hasta el 2014, el plan se concentrará en desarrollar la innovación y modernización de las IES, la cual se definirá en detalle en los planes operativos anuales y se revisarán algunas acciones en función de las evaluaciones que se realicen de la fase de emergencia. No obstante, se ha previsto la realización de las siguientes acciones: desarrollar plataformas, programas y materiales didácticos innovadores para que las IES utilicen intensivamente el Internet, para el uso en la educación a distancia y virtual y para apoyar la docencia en las diferentes carreras, en grado y postgrado.

Por último, en *la fase de consolidación*, a desarrollarse entre 2015 y 2018, se espera consolidar los cambios y transformaciones realizadas en etapas previas. En esta fase se prevé realizar las siguientes actividades: aplicar una nueva Ley de Educación Superior, nuevas estructuras académicas en las IES dominicanas, nuevos currículos en todas las carreras universitarias y todo un Programa Integral de Dignificación del Profesorado, Investigadores y Administradores de las IES Dominicanas.

### La rendición de cuentas: seguimiento y evaluación

Dentro del Plan Decenal se ha previsto llevar a cabo tanto actividades de seguimiento como evaluación, de manera simultánea. Estas funciones serán realizadas por un organismo designado para tales fines. Ambas actividades se convierten en un instrumento de control que legitima el proceso. La rendición de cuentas que supone este seguimiento implicaría trabajar en tres ámbitos: frente al gobierno central, frente a los organismos intermedios responsables de las auditorías, de las contralorías, del funcionamiento y desarrollo del Plan Decenal, y frente a las instituciones involucradas directa o indirectamente en el plan además de las empresas, los gremios y la sociedad civil.



De igual manera, se ha previsto rendir cuentas ante la opinión pública en torno a los avances del plan, a través de diferentes estrategias, técnicas y medios como talleres, cursos, conferencias, boletines, Internet, etc. Esta función estará bajo la responsabilidad de la SEESCyT y del organismo principal que se designe para el seguimiento y la evaluación.

Se ha previsto que en el seguimiento y la evaluación participarán y contribuirán los distintos actores de la sociedad vinculados directamente a la educación superior.

La responsabilidad del seguimiento y la evaluación de este Plan Decenal de Educación Superior estará a cargo de un Consejo de Seguimiento del Plan Decenal de Educación, el cual estaría conformado por ex rectores universitarios, representantes del CONESCyT, de la SEESCyT, de la Sociedad Civil, de las Iglesias, del CONEP, profesores, estudiantes y medios de comunicación. Dicho Consejo de Seguimiento estará en constante comunicación con las demás instancias involucradas en la implementación de este plan.

### **En resumen**

Tal como se expresó con anterioridad, la calidad de las personas egresadas de las universidades pudiera representar un ingrediente esencial en la transformación de la sociedad, y en particular, del sistema educativo, cuya modernización y eficiencia dependen de un personal docente capacitado.

Los escasos indicios disponibles sobre la calidad de la enseñanza universitaria en el país indican que ésta se encuentra en bajos y preocupantes niveles. Y no podía ser de otra forma, debido a que el estudiante que ingresa en ellas, que constituye el principal insumo de su calidad, presenta evidentes deficiencias en su preparación. No obstante, esa realidad, salvo el Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC), ninguna otra institución universitaria exige condiciones especiales para admitir a los estudiantes que ingresan.

Llegar a disponer de una universidad moderna y eficiente con un personal docente y estudiantes de tiempo completo, que realicen investigaciones con metodologías que respondan a los mejores estándares internacionales, es una aspiración legítima de la sociedad dominicana. No obstante, esta es una tarea extremadamente difícil que requeriría mucho tiempo, y de la aplicación de políticas integrales e ingentes recursos financieros, que por su cuantía, deberán provenir del Estado.

### **III.15.4 Recomendaciones de políticas para la educación superior**

Las políticas propuestas por el Plan de Educación Superior, Ciencia y Tecnología para la educación superior y técnica profesional van acorde con la visión de este documento, aunque los objetivos propuestos están por debajo de lo que puede y debe aspirar la sociedad dominicana. En tal sentido, si bien se deben dedicar los recursos financieros y hacer efectiva la voluntad política de implementar este plan, también se deben asumir compromisos de mayor alcance para que al final del período de ejecución del mismo el país este en capacidad de competir con los mejores estándares profesionales internacionales, capaces de propiciar el desarrollo tecnológico, económico y social del país.

El fortalecimiento institucional de la SEESCyT será clave para coordinar la ejecución del plan, así como también la puesta en operación de la instancia que se encargará de realizar el seguimiento y las evaluaciones a la ejecución del mismo.

Tal como se ha reiterado anteriormente, el avance de la universidad dominicana está supeditado a un mejoramiento paulatino en la capacitación de estudiantes que egresan de la escuela secundaria. Habría dos formas de lograr ese objetivo: una es elevar la calidad de la educación básica y media, lo que tomaría mucho tiempo; otra, de impacto en el corto plazo, sería adoptar la práctica utilizada por las más reconocidas universidades del mundo, de seleccionar a los mejores estudiantes, que es imponer exámenes de admisión para que solamente las personas más calificadas tengan acceso a ellas, lo que evidentemente, tendría efectos traumáticos sobre el sistema y la familia dominicana. Es claro que en la educación no hay solución de corto plazo. Concomitantemente con esas medidas se deberán proporcionar alternativas de capacitación a nivel técnico, a los fines de garantizar el acceso del estudiantado que no califique a una formación universitaria que le permita ingresar a un mercado laboral que demanda de creciente cualificación.

Se propone un mecanismo intermedio, en el sentido que la que la SEESCyT establezca un examen de admisión obligatorio para acceder a todas las universidades del país, que sea compatible con cualquier sistema utilizado en los centros de estudios superiores en los países avanzados, tal como lo hace INTEC. El rigor de las calificaciones mínimas que deba obtener quien aspire a ser admitido al sistema universitario se incrementaría gradualmente de acuerdo con una programación previamente establecida, que le permitiría a todo el sistema educativo realizar los cambios necesarios para acomodarse a las nuevas exigencias. El hecho de que el examen se corresponda con algún sistema internacional utilizado por las universidades de los países desarrollados, daría un conocimiento aproximado de la brecha entre los estudiantes dominicanos y los de esos países. Igualmente, permitiría conocer cómo varían en el tiempo las deficiencias cognoscitivas de los estudiantes que aspiran a los niveles superiores de enseñanza, así como su procedencia dentro del sistema de la educación media.

Habría que esperar que el paulatino endurecimiento de la calificación para ingresar al aula universitaria opere como una fuerza inductora que promueva una mejor calidad en la enseñanza, tanto en la escuela pública como en la privada, y surjan programas especiales de todo tipo para mejorar la capacitación de los bachilleres del país. Además de que podría crearse una conciencia en la escuela básica e intermedia, sobre la necesidad de establecerse metas y su responsabilidad de entregar al nivel universitario un estudiante con competencias cognoscitivas mínimas.

Junto a esta propuesta, se precisa la inducción de una mayor demanda para los estudios técnicos y vocacionales. En efecto, en la medida que se haga más restrictiva la entrada al nivel superior, debe esperarse que un creciente grupo de personas rechazadas opte por continuar sus estudios a nivel técnico, lo que generaría un necesario mejor balance en las ofertas de profesionales universitarios y técnicos.

Por otro lado, el mejoramiento de la calidad de la instrucción universitaria, no tan solo requiere de un estudiante con ciertos niveles de ingresos y mucho tiempo para dedicarse al estudio, sino también de permanentes recursos financieros en unos montos que no pueden ser aportados masivamente por la familia dominicana promedio. En tal sentido, se requiere de una participación importante del Estado. La pregunta es cuál sería la modalidad más efectiva para aportar los recursos públicos para que la universidad dominicana se acerque a los mejores estándares internacionales. Por lo menos podemos pensar en dos posibilidades:

- Una sería un subsidio a la demanda mediante transferencia a la familia del estudiante, en una proporción relacionada con la situación económica de cada cual. De esta manera, el estudiante tendría mayor libertad para seleccionar la institución universitaria de preferencia, lo que debe-

ría crear una sana competencia entre el conjunto de las universidades públicas y privadas. Sin embargo, siempre cabría una duda sobre este mecanismo: ¿La mayoría de los estudiantes seleccionarían las mejores universidades, o sea, las más exigentes, o por el contrario, optarían por las que demandan menos esfuerzo?

- Por lo anterior, este informe recomienda que los recursos estatales sean transferidos al sistema público universitario de la UASD que acoge más de la mitad del estudiantado de nivel superior. Se propone que en cada plantel regional de la institución se cree una dirección autónoma integrada por un patronato cuyos miembros sean seleccionados mediante procedimientos que no permitan la inclusión de personas por influencias políticas o ajenas a los intereses de la institución. Los recursos para financiar estas instituciones deberán provenir de los y las estudiantes, cada uno de acuerdo con su situación económica y el resto lo aportaría el Estado.

Cada uno de estos nuevos centros universitarios deberá formular un proyecto que garantice un mejoramiento creciente en la calidad de la enseñanza y será sometido a un estrecho seguimiento de sus resultados de parte de la SEESCyT, incluyendo la evaluación del estudiante a la salida de sus estudios superiores.

Conforme el nuevo sistema avance, las nuevas instituciones autónomas deberán abrir programas para el estudio de formación técnica a fin de acoger la demanda de parte de los estudiantes que no pueden ingresar a las carreras universitarias. Estos y otros programas de estudios técnicos que se ofrezcan en el país tendrían que ser acreditados por la SEESCyT y sus estudiantes deberán obtener una puntuación mínima en el examen de admisión universitario, para asegurar de esa forma que a todo el sistema de estudios superiores se le provea de estudiantes con mayor capacitación.

Anexo III.1

Porcentaje de estudiantes de tercer grado de primaria por nivel de desempeño en matemática en cada país, 2007

Países	Niveles de calificación					Suma <I y I
	<I	I	II	III	IV	
Rep. Dominicana	41.28	49.27	8.49	0.84	0.13	90.55
Guatemala	17.34	50.06	25.07	5.46	2.08	67.40
Panamá	15.98	49.69	25.15	6.42	2.75	65.67
Paraguay	15.87	37.88	25.50	11.56	9.20	53.75
Perú	15.24	45.42	25.95	8.61	4.77	60.66
Ecuador	14.34	45.48	28.12	7.91	4.14	59.82
Nicaragua	12.10	47.95	30.50	7.49	1.97	60.05
Argentina	10.46	32.77	31.13	15.17	10.47	43.23
Brasil	10.32	36.55	26.74	14.32	12.07	46.87
El Salvador	10.31	45.00	31.80	9.25	3.64	55.31
Colombia	8.57	38.60	33.19	12.97	6.67	47.17
Uruguay	5.78	25.95	30.03	19.29	18.95	31.73
México	5.15	28.85	30.70	19.71	15.59	34.00
Chile	5.10	27.90	33.60	19.37	14.02	33.00
Costa Rica	2.62	24.44	37.00	22.30	13.65	27.06
Cuba	1.09	10.19	16.95	17.41	54.36	11.28
Promedio países	11.97	37.25	27.49	12.38	10.90	49.22

Fuente: SERCE 2008

Anexo III.2

Porcentaje de estudiantes de tercer grado de primaria por nivel de desempeño en lectura en cada país, 2007

Países	Niveles de calificación					Suma <I y I
	<I	I	II	III	IV	
Rep. Dominicana	31.38	46.7	18.04	3.29	0.56	78.11
Guatemala	14.37	43.2	32.04	8.51	1.91	57.55
Ecuador	14.62	37.5	34.2	11.6	2.1	52.09
Paraguay	11.47	37.9	32.27	12.9	5.49	49.32
Panamá	11.21	37.2	35.29	12.4	3.91	48.45
Perú	9.24	36.2	35.79	15.1	3.65	45.42
Nicaragua	6.95	37.3	43.38	10.7	1.7	44.24
El Salvador	5.34	29.1	41.05	19.2	5.4	34.39
Brasil	6.29	25.3	39.84	21.5	7.07	31.54
Colombia	4.94	23.6	41.78	21.2	8.52	28.55
Argentina	6.26	22.00	39.73	23.6	8.37	28.27
Uruguay	4.69	20.00	39.02	24.9	11.39	24.65
México	3.65	19.6	37.09	27.5	12.09	23.29
Costa Rica	1.46	10.4	34.2	35.7	18.22	11.86
Chile	1.6	9.97	34.46	36.2	17.76	11.57
Cuba	0.56	6.48	21.09	27.6	44.27	7.04
Promedio países	8.38	27.6	34.95	19.5	9.52	36.02

Fuente: SERCE 2008

Anexo III.3

Porcentaje de estudiantes de sexto grado de primaria por nivel de desempeño en matemática en cada país, 2007

Países	Niveles de calificación					Suma <I y I
	<I	I	II	III	IV	
Rep. Dominicana	5.69	41.79	45.43	6.85	0.24	47.48
Panamá	3.32	27.16	49.55	17.64	2.33	30.48
Ecuador	4.24	24.86	45.15	21.41	4.34	29.10
Guatemala	2.78	24.94	50.80	19.52	1.96	27.72
Nicaragua	2.25	23.88	52.69	19.41	1.76	26.13
Paraguay	3.85	21.00	46.50	23.91	4.74	24.85
Perú	2.41	19.58	39.82	28.90	9.29	21.99
El Salvador	1.95	19.18	51.61	23.81	3.45	21.13
Brasil	1.46	14.00	44.09	31.65	8.80	15.46
Colombia	1.02	13.29	47.64	32.60	5.46	14.31
Argentina	1.53	11.89	37.99	36.26	12.34	13.42
Chile	1.40	9.84	37.85	37.39	13.52	11.24
México	0.51	8.38	32.41	39.10	19.60	8.89
Uruguay	0.67	4.26	22.36	40.41	32.31	4.93
Costa Rica	0.09	4.55	32.71	43.70	18.95	4.64
Cuba	0.19	4.43	17.93	26.33	51.13	4.62
Promedio países	2.08	17.06	40.91	28.06	11.89	19.14

Fuente: SERCE

Anexo III.4

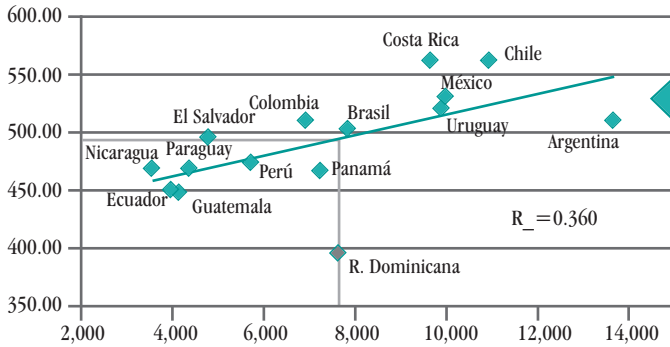
Porcentaje de estudiantes de sexto grado de primaria por nivel de desempeño en lectura en cada país, 2007

Países	Niveles de calificación					Suma <I y I
	<I	I	II	III	IV	
Rep. Dominicana	4.08	47.84	37.50	9.19	1.39	51.92
Ecuador	4.47	33.69	39.48	16.63	5.73	38.16
Paraguay	3.90	33.46	36.81	18.60	7.23	37.36
Guatemala	2.86	33.06	43.36	15.73	4.99	35.92
Panamá	1.95	28.97	38.76	20.77	9.55	30.92
Perú	2.24	24.08	41.65	22.57	9.46	26.32
Nicaragua	1.02	22.08	50.58	21.10	5.22	23.10
El Salvador	0.95	21.49	44.02	23.99	9.54	22.44
Argentina	1.78	17.93	35.59	25.48	19.22	19.71
Brasil	0.57	14.85	34.65	27.47	22.46	15.42
Colombia	0.39	13.17	38.25	30.40	17.80	13.56
México	0.23	12.23	33.40	29.75	24.39	12.46
Uruguay	0.47	9.60	30.80	29.68	29.45	10.07
Chile	0.30	8.02	30.06	32.37	29.26	8.32
Cuba	0.30	5.26	19.57	24.20	50.68	5.56
Costa Rica	0.22	5.00	23.45	36.73	34.59	5.22
Promedio países	1.61	20.67	36.12	24.04	17.56	22.28

Fuente: SERCE

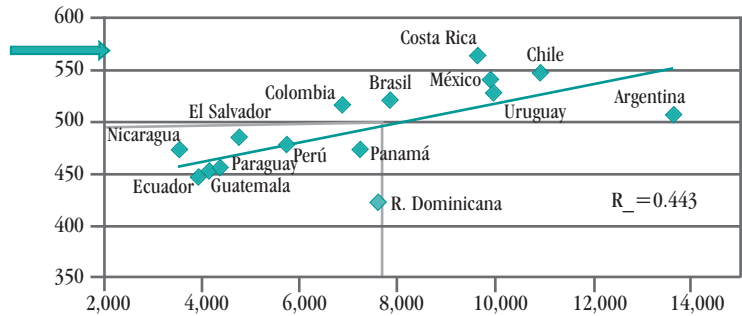
Anexo III.5 Valor esperado de la puntuación promedio, dado el PIB por habitante y el estándar latinoamericano

Relación entre la puntuación media de los estudiantes y el PIB per cápita en cada país - Lectura 3er. grado



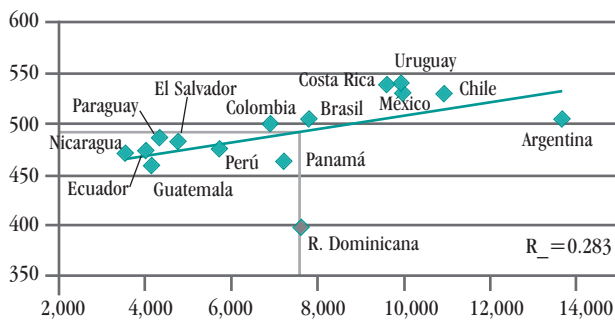
En lectura de 3er. Grado, con el nivel de riqueza por habitante que tiene la Rep. Dominicana y dado el estándar Latinoamericano debería tener una calificación promedio de 494.2, sin embargo registra una calificación de 395.4, lo que implica un desaprovechamiento de -98.8 (-20%)

Relación entre la puntuación media de los estudiantes y el PIB per cápita en cada país - Lectura 6to. grado



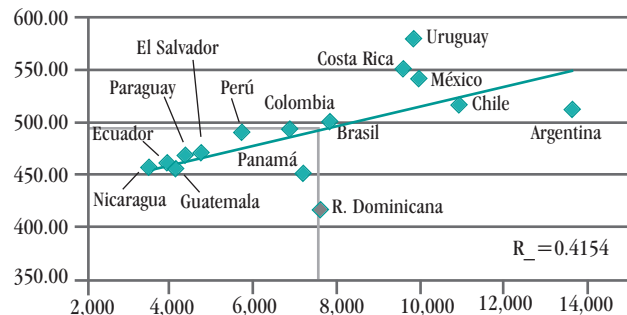
En lectura de 6to. grado, con el nivel de riqueza por habitante que tiene la Rep. Dominicana y dado el estándar Latinoamericano debería tener una calificación promedio de 496.2, sin embargo registra una calificación de 421.5, lo que implica un desaprovechamiento de -74.8 (-15%)

Relación entre la puntuación media de los estudiantes y el PIB per cápita en cada país - Matemáticas 3er. grado



En matemática de 3er. Grado, con el nivel de riqueza por habitante que tiene la Rep. Dominicana y dado el estándar Latinoamericano debería tener una calificación promedio de 491.6, sin embargo registra una calificación de 395.7, lo que implica un desaprovechamiento de -96 (-20%)

Relación entre la puntuación media de los estudiantes y el PIB per cápita en cada país - Matemáticas 6to. grado



En matemática de 6to. Grado, con el nivel de riqueza por habitante que tiene la Rep. Dominicana y dado el estándar Latinoamericano debería tener una calificación promedio de 493.3, sin embargo registra una calificación de 415.6, lo que implica un desaprovechamiento de -77.6 (-16%)

Anexo III.6 Índice de empoderamiento individual e índice de empoderamiento político provincial

Provincia	Tasa neta de matriculación primaria (2002)	Tasa neta de matriculación en secundaria (2002)	Desigualdad de género en matrícula básica (2005-2006)	Desigualdad de género en matrícula en media (2005-2006)	Índice de cobertura	% de estudiantes que no son repetentes (2005-2006)	% de docentes con licenciatura o superior (2005-2006)	Calificación en pruebas nacionales, básica, 2002-2006	Calificación en las pruebas nacionales, media (2002-2006)	Estudiantes por salón de clase, 2005-2006	Índice de calidad	Índice de empoderamiento en educación
	Absoluto	Absoluto	Absoluto	Absoluto	Absoluto	Absoluto	Absoluto	Absoluto	Absoluto	Absoluto	Absoluto	Absoluto
Az	83.1	25.5	2.85	3.78	0.474	92.7	61.6	57.4	54.1	30.9	0.425	0.450
Bao	77.3	20.8	2.90	5.49	0.285	93.3	41.7	60.8	54.9	25.9	0.483	0.384
Bar	80.8	25.1	1.65	5.54	0.452	93.5	56.1	57.6	56.6	25.9	0.528	0.490
Daj	89.0	41.4	2.47	5.38	0.702	93.6	56.9	60.9	55.0	22.4	0.606	0.654
DN	85.4	39.3	0.10	5.30	0.754	97.2	55.9	58.8	57.4	27.9	0.618	0.686
Dua	88.2	35.6	2.10	5.26	0.658	92.5	74.5	52.2	52.3	23.6	0.464	0.561
ES	82.3	19.7	3.52	5.68	0.321	89.0	57.7	57.3	54.3	22.3	0.438	0.579
EP	81.4	17.0	4.65	3.21	0.281	90.1	39.5	59.3	59.6	22.5	0.492	0.387
Esp	89.1	40.2	2.50	3.80	0.732	94.0	53.4	59.2	50.3	25.7	0.458	0.595
HM	82.2	27.1	2.37	3.06	0.519	91.8	58.7	60.9	61.1	24.7	0.634	0.577
Ind	82.0	31.3	2.70	5.66	0.469	91.6	39.5	64.3	60.6	25.1	0.587	0.528
LA	81.6	26.4	0.41	7.12	0.506	94.8	53.3	55.6	55.6	29.9	0.445	0.475
LR	79.6	28.9	0.12	5.04	0.564	97.6	59.9	59.1	57.9	33.4	0.585	0.575
LV	86.2	30.7	2.26	5.39	0.566	93.4	55.8	59.8	56.2	28.6	0.517	0.541
MTS	86.3	39.3	2.37	4.39	0.668	94.0	54.4	54.3	53.0	21.1	0.488	0.578
MN	85.8	34.9	1.41	4.69	0.663	95.1	79.2	53.8	54.1	27.2	0.551	0.607
MC	87.1	37.9	3.11	4.84	0.616	93.7	49.0	61.4	54.0	24.0	0.545	0.581
MP	83.5	25.2	2.76	7.13	0.397	92.2	46.0	55.9	54.7	21.0	0.460	0.429
Ped	81.3	22.5	2.80	4.23	0.407	95.4	33.4	57.1	57.2	30.5	0.414	0.410
Per	85.3	23.9	0.86	11.49	0.409	90.2	59.4	54.8	48.1	32.8	0.202	0.305
PP	87.1	38.2	1.96	4.59	0.689	94.5	57.5	54.7	54.1	23.1	0.510	0.599
Sal	88.7	36.0	2.41	4.55	0.671	93.9	58.9	56.1	53.7	19.5	0.567	0.619
Sam	87.2	38.6	1.78	6.65	0.652	94.5	41.9	55.5	55.2	26.3	0.429	0.540
SC	88.4	32.0	1.74	5.40	0.644	94.2	57.8	57.8	56.3	29.7	0.499	0.571
SJO	88.5	33.7	2.75	3.87	0.645	91.0	43.2	51.5	53.0	18.6	0.358	0.502
SJ	82.9	29.7	3.40	1.70	0.532	93.0	51.2	59.8	59.9	25.9	0.580	0.556
SPM	84.5	33.8	1.02	4.53	0.657	95.9	60.0	56.0	55.9	30.3	0.507	0.582
SRam	88.3	31.6	2.78	6.26	0.560	94.1	69.7	53.6	55.0	23.0	0.551	0.555
Stgo	87.6	34.6	1.15	5.72	0.679	93.4	55.2	57.0	50.7	28.3	0.389	0.534
SRod	92.0	43.8	3.25	2.82	0.798	90.8	56.8	57.7	54.5	18.1	0.539	0.669
Val	88.7	37.2	1.38	5.29	0.720	92.1	73.0	56.4	54.6	25.9	0.518	0.619
<b>Total</b>	<b>85.6</b>	<b>34.5</b>	<b>1.43</b>	<b>5.23</b>	<b>0.641</b>	<b>94.7</b>	<b>56.9</b>	<b>57.6</b>	<b>55.5</b>	<b>26.7</b>	<b>0.529</b>	<b>0.585</b>
Promedio simple	85.2	31.7	2.18	5.09	0.571	93.3	55.2	57.3	55.2	25.6	0.496	0.533
Mediana	85.8	32.0	2.37	5.26	0.616	93.5	56.1	57.3	54.9	25.9	0.507	0.556
Mínimo	77.3	17.0	0.10	1.70	0.281	89.0	33.4	51.5	48.1	18.1	0.202	0.305
Máximo	92.0	43.8	4.65	11.49	0.798	97.6	79.2	64.3	61.1	33.4	0.634	0.686
Diferencia interprovincial	4%	22%	47%	33%	25%	2%	19%	5%	5%	16%	18%	17%

Fuente: ODH/PNUD

## Anexo III.7 | Año laboral docente

Nivel / Modalidad	Horas año /semana/día			Período de clases	Tandas			
	Total anual	Horas/semana	Horas diarias	Minutos	Matutina	Vespertina	Nocturna	Tanda única
Educación inicial	1,000	25	5	35	8:00 - 12:00	2:00-5:00		
Educación básica	1,000	25	5	45	8:00 - 12:30	2:00-6:30		
Educación especial	1,000	25	5	45	8:00 - 12:00	2:00-5:30		
Educación de adultos	1,000	30	6	45			6:00-10:00	
Educación media Modalidad general y artes	1,200	30	6	50	8:00 - 1:30	2:00-6:00	6:00-10:00	
Educación media Modalidad técnico-profesional	1,680	40	8	50	7:00 - 1:00	2:00-7:00		7:30-3:00

Fuente: ODH/PNUD 2008 con base en SEE

## Anexo III.8 | Años de escolaridad alcanzado y tasa de alfabetización, 2000-2007

Periodo	Años promedio de educación alcanzado, para personas de 15 y más años	Porcentaje de analfabetos, para 15 y más años de edad
2000	7.30	12.70
2001	7.30	13.05
2002	7.45	12.85
2003	7.60	11.95
2004	7.85	11.05
2005	7.85	11.00
2006	7.90	10.90
2007	8.10	10.20

Fuente: ENFT varios años

## Anexo III.9 | Nivel de analfabetismo de 15 años o más por condición laboral, 2000-2007

Años	PET	PEA	Ocupados	Desocupados	Inactivos
2000	12.7%	9.8%	10.2%	7.7%	17.7%
2001	13.0%	10.1%	10.5%	8.2%	17.9%
2002	12.9%	10.3%	11.0%	6.9%	17.3%
2003	11.6%	9.4%	10.0%	6.5%	15.4%
2004	11.0%	8.9%	9.5%	6.3%	15.0%
2005	11.0%	8.5%	9.3%	5.3%	15.4%
2006	10.9%	8.7%	9.3%	5.7%	14.9%
2007	10.2%	7.9%	8.4%	5.0%	14.4%

Fuente: ENFT varios años



**Anexo III.10** | Años de escolaridad promedio de las personas 18-24 años por zona de residencias, 2000-2007

Zona	Año	Edad							Total
		18	19	20	21	22	23	24	
Rural	2000	6.7	7.0	7.0	7.5	6.5	6.7	6.2	6.8
	2001	7.3	7.4	7.5	7.7	7.2	6.9	7.0	7.3
	2002	7.7	7.1	7.6	7.0	7.3	7.0	6.8	7.3
	2003	8.0	7.9	8.6	8.3	8.4	7.7	7.9	8.1
	2004	8.0	8.0	8.0	8.1	8.0	8.4	8.1	8.1
	2005	8.2	8.8	8.1	8.6	8.7	8.4	8.3	8.4
	2006	8.5	8.7	8.3	8.4	8.6	8.8	8.4	8.5
	2007	8.7	9.3	9.0	9.5	9.2	9.0	9.4	9.1
	<b>Promedio</b>	<b>7.9</b>	<b>8.1</b>	<b>8.1</b>	<b>8.1</b>	<b>8.0</b>	<b>7.9</b>	<b>7.8</b>	<b>8.0</b>
Urbano	2000	9.2	9.6	9.9	10.0	10.3	10.4	9.7	9.9
	2001	9.3	10.0	9.7	9.9	10.3	10.1	10.3	9.9
	2002	9.1	9.9	9.9	10.3	10.3	10.6	10.2	10.0
	2003	9.6	10.0	10.5	10.1	10.5	10.3	10.7	10.2
	2004	9.4	10.1	10.1	10.9	10.4	10.3	10.6	10.2
	2005	9.5	10.1	10.4	10.9	10.8	10.9	10.7	10.4
	2006	9.5	9.9	10.4	10.6	10.6	10.9	10.7	10.3
	2007	9.7	10.3	10.4	11.2	10.7	10.8	10.9	10.6
	<b>Promedio</b>	<b>9.4</b>	<b>10.0</b>	<b>10.2</b>	<b>10.5</b>	<b>10.5</b>	<b>10.5</b>	<b>10.5</b>	<b>10.2</b>
Total	2000	8.4	8.9	9.0	9.2	9.1	9.3	8.7	8.9
	2001	8.6	9.1	9.0	9.3	9.4	9.1	9.2	9.1
	2002	8.6	9.0	9.1	9.2	9.3	9.6	9.3	9.2
	2003	9.1	9.3	9.9	9.5	9.8	9.4	9.8	9.5
	2004	8.9	9.4	9.3	10.0	9.6	9.7	9.8	9.5
	2005	9.0	9.7	9.6	10.2	10.1	10.0	9.9	9.7
	2006	9.1	9.5	9.7	9.9	9.9	10.2	10.0	9.7
	2007	9.4	10.0	9.9	10.6	10.2	10.2	10.4	10.1
	<b>Promedio</b>	<b>8.9</b>	<b>9.4</b>	<b>9.5</b>	<b>9.8</b>	<b>9.7</b>	<b>9.7</b>	<b>9.7</b>	<b>9.5</b>

Fuente: ODH/PNUD con base en ENFT 2000-2007

**Anexo III.11** | Años promedio de educación para la población entre 20 y 24 años según grupo socioeconómico, 2006

Año de entrevista	Pobre I	Pobre II	No Pobre I	No Pobre II	Total
2000	3.21	6.54	9.56	12.83	9.05
2001	3.97	6.62	9.73	12.89	9.16
2002	3.3	6.69	9.83	13.0	9.31
2003	3.47	7.07	9.99	13.33	9.56
2004	3.56	7.37	9.93	13.22	9.66
2005	4.62	7.56	10.17	13.42	9.94
2006	3.68	7.55	10.18	13.13	9.95
2007	3.85	7.90	10.13	13.22	10.21
<b>Total</b>	<b>3.71</b>	<b>7.15</b>	<b>9.93</b>	<b>13.16</b>	<b>9.61</b>

Fuente: Procesamiento especial de la EFT 2006. UAES/SEEPyD.

## Anexo III.12 | Matrícula pública y privada por edad y cobertura, 1971-2006

Años	Población por edad				Cobertura bruta			
	de 3 a 5 años	de 6 a 13 años	de 14 a 17 Años	de 3 a 17 años	Inicial	Básica	Media	Total
1971	458,909	1,034,202	396,983	1,890,094		79.6%	18.6%	47.5%
1972	465,140	1,067,605	413,759	1,946,504		79.6%	20.2%	47.9%
1973	469,501	1,100,578	431,970	2,002,049		80.0%	24.4%	49.2%
1974	472,672	1,131,890	450,895	2,055,457		80.6%	25.5%	50.0%
1975	475,333	1,160,305	469,813	2,105,451		81.4%	26.8%	50.9%
1976	478,163	1,184,591	488,004	2,150,757		82.4%	29.4%	52.1%
1977	480,900	1,203,875	506,077	2,190,852		83.7%	31.8%	53.4%
1978	483,091	1,218,979	524,514	2,226,583		86.0%	29.9%	54.1%
1979	485,129	1,231,213	542,397	2,258,739		88.5%	25.4%	54.3%
1980	487,410	1,241,884	558,812	2,288,106		91.0%	26.3%	55.8%
1981	490,329	1,252,301	572,839	2,315,469	7.8%	92.9%	33.6%	60.2%
1982	493,820	1,261,758	584,192	2,339,770	7.3%	96.1%	36.2%	62.4%
1983	497,621	1,269,385	593,481	2,360,487	8.0%	99.1%	39.0%	64.8%
1984	501,828	1,276,237	601,139	2,379,204	8.6%	100.4%	40.0%	65.8%
1985	506,538	1,283,373	607,598	2,397,510	8.0%	97.7%	40.1%	64.2%
1986	511,848	1,291,851	613,292	2,416,991	9.3%	96.5%	38.7%	63.4%
1987	518,114	1,301,465	617,585	2,437,165	9.5%	98.5%	40.1%	64.8%
1988	525,273	1,311,511	620,190	2,456,974	9.4%	96.8%	36.7%	62.9%
1989	532,788	1,322,295	622,057	2,477,140	9.1%	97.2%	36.8%	63.1%
1990	540,123	1,334,126	624,140	2,498,388	8.4%	91.1%	34.5%	59.1%
1991	546,741	1,347,310	627,389	2,521,441	13.7%	91.2%	33.5%	60.0%
1992	553,044	1,362,561	631,903	2,547,507	19.0%	91.7%	32.8%	61.3%
1993	559,388	1,379,672	637,046	2,576,106	24.1%	93.0%	34.0%	63.4%
1994	565,173	1,397,576	642,673	2,605,423	26.7%	94.0%	33.6%	64.5%
1995	569,797	1,415,206	648,637	2,633,640	25.2%	92.7%	38.8%	64.8%
1996	572,658	1,431,494	654,792	2,658,944	31.3%	95.7%	41.0%	68.3%
1997	573,262	1,447,442	661,040	2,681,744	33.0%	94.0%	47.5%	69.5%
1998	572,012	1,463,764	667,477	2,703,253	33.2%	101.8%	49.4%	74.3%
1999	569,646	1,478,953	674,252	2,722,852	33.3%	104.7%	51.3%	76.5%
2000	566,906	1,491,505	681,513	2,739,924	35.6%	106.1%	53.3%	78.4%
2001	564,530	1,499,915	689,408	2,753,853	37.8%	108.0%	56.8%	80.8%
2002	562,434	1,503,210	699,001	2,764,646	33.7%	110.8%	62.3%	82.9%
2003	560,124	1,502,394	710,194	2,772,712	33.5%	108.3%	58.2%	80.4%
2004	557,728	1,498,925	721,390	2,778,043	32.0%	107.4%	61.4%	80.3%
2005	555,376	1,494,263	730,991	2,780,630	34.5%	107.6%	61.8%	81.0%
2006	553,195	1,489,868	737,400	2,780,463	37.2%	102.1%	63.6%	79.0%

Fuente: Secretaría de Estado de Educación (SEE)

Nota: los datos de matriculación de inicial para los años de 1985-1986, 1988-1989 y 1991-1992 son estimaciones de la ODH.

Anexo III.13 | Matrícula pública y privada por nivel educativo, 1971-2006

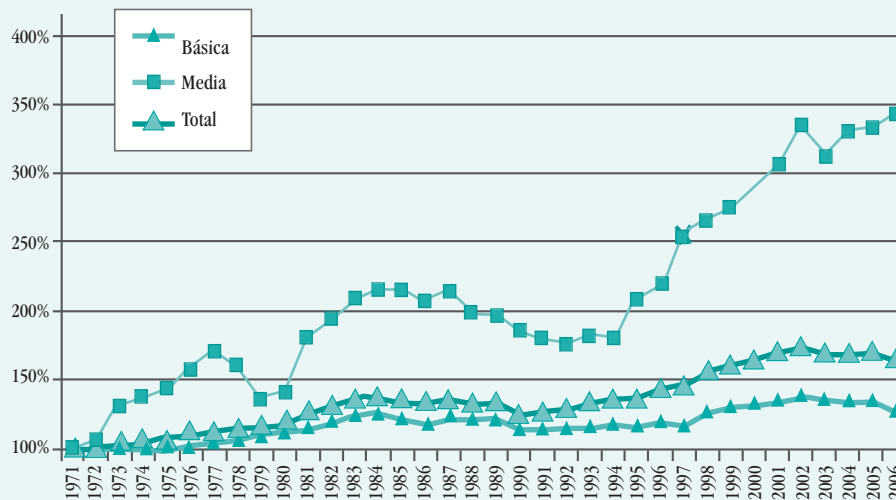
Año	Nivel inicial			Estudiantes nivel básico			Estudiantes nivel medio			Total población intervenida		
	Total	Pública	Privada	Total	Pública	Privada	Total	Pública	Privada	Total	Pública	Privada
	1971				823,249	740,051	83,198	73,733	59,203	14,530	896,982	799,254
1972				849,613	760,767	88,846	83,472	67,710	15,762	933,085	828,477	104,608
1973				880,172	785,295	94,877	105,214	88,116	17,098	985,386	873,411	111,975
1974				911,747	810,429	101,318	115,144	96,597	18,547	1,026,891	907,026	119,865
1975				944,816	836,429	108,387	126,142	106,022	20,120	1,070,958	942,451	128,507
1976				976,468	861,015	115,453	143,597	121,771	21,826	1,120,065	982,786	137,279
1977				1,008,115	885,011	123,104	160,724	137,048	23,676	1,168,839	1,022,059	146,780
1978				1,048,525	917,331	131,194	156,751	131,067	25,684	1,205,276	1,048,398	156,878
1979				1,090,020	950,279	139,741	157,542	109,681	27,861	1,227,562	1,059,960	167,602
1980				1,130,272	981,514	148,758	147,243	117,019	30,224	1,277,515	1,098,533	178,982
1981	38,142	18,244	19,898	1,163,228	1,004,966	158,262	192,419	159,633	32,786	1,393,789	1,182,843	210,946
1982	36,118	16,389	19,729	1,212,849	1,044,584	168,265	211,349	175,783	35,566	1,460,316	1,236,756	223,560
1983	39,742	16,837	22,905	1,257,754	1,078,973	178,781	231,509	192,928	38,581	1,529,005	1,288,738	240,267
1984	43,365	17,285	26,080	1,281,493	1,091,673	189,820	240,282	198,429	41,853	1,565,140	1,307,387	257,753
1985	40,295	13,815	26,480 <sup>1</sup>	1,254,092	1,052,701	201,391	243,631	198,230	45,401	1,538,018	1,264,746	273,272
1986	47,854	20,973	26,881 <sup>1</sup>	1,246,061	1,032,558	213,503	237,606	188,356	49,250	1,531,521	1,241,887	289,634
1987	49,135	21,854	27,281	1,281,650	1,055,491	226,159	247,678	194,252	53,426	1,578,463	1,271,597	306,866
1988	49,406	22,772	26,634 <sup>1</sup>	1,269,608	1,030,245	239,363	227,556	169,600	57,956	1,546,570	1,222,617	323,953
1989	48,224	22,237	25,987 <sup>1</sup>	1,285,170	1,032,055	253,115	229,061	166,192	62,869	1,562,455	1,220,484	341,971
1990	45,240	19,900	25,340	1,215,441	948,030	267,411	215,587	147,387	68,200	1,476,268	1,115,317	360,951
1991	75,028 <sup>1</sup>	37,482 <sup>1</sup>	37,546 <sup>1</sup>	1,228,885	948,790	280,095	209,888	138,278	71,610	1,513,801	1,124,550	389,251
1992	104,815 <sup>1</sup>	55,063 <sup>1</sup>	49,752 <sup>1</sup>	1,249,251	952,850	296,401	207,492	135,524	71,968	1,561,558	1,143,437	418,121
1993	134,603	72,645	61,958	1,283,125	990,290	292,835	216,479	144,372	72,107	1,634,207	1,207,307	426,900
1994	151,053	66,704	84,349	1,314,036	1,026,628	287,408	216,002	145,653	70,349	1,681,091	1,238,985	442,106
1995	143,475	72,296	71,179	1,312,325	1,041,141	271,184	251,424	166,400	85,024	1,707,224	1,279,837	427,387
1996	179,351	99,330	80,021	1,369,456	1,110,398	259,058	268,294	184,106	84,188	1,817,101	1,393,834	423,267
1997	189,085	112,027	77,058	1,360,044	1,149,051	210,993	313,840	242,542	71,298	1,862,969	1,503,620	359,349
1998	189,720	102,902	86,818	1,489,694	1,241,051	248,643	329,439	249,936	79,503	2,008,853	1,593,889	414,964
1999	189,493	103,864	85,629	1,548,005	1,292,929	255,076	345,701	262,965	82,736	2,083,199	1,659,758	423,441
2000	201,632	107,032	94,600	1,582,435	1,311,455	270,980	363,193	280,535	82,658	2,147,260	1,699,022	448,238
2001	213,537	127,872	85,665	1,619,686	1,364,585	255,101	391,604	296,517	95,087	2,224,827	1,788,974	435,853
2002	189,712	119,865	69,847	1,666,086	1,434,384	231,702	435,266	332,520	102,746	2,291,064	1,886,769	404,295
2003	187,852	106,119	81,733	1,627,327	1,360,226	267,101	413,111	321,697	91,414	2,228,290	1,788,042	440,248
2004	178,454	104,528	73,926	1,610,288	1,332,900	277,388	443,003	340,593	102,410	2,231,745	1,778,021	453,724
2005	191,845	112,523	79,322	1,608,110	1,339,005	269,105	452,086	345,288	106,798	2,252,041	1,796,816	455,225
2006	206,055	112,438	93,617	1,520,595	1,246,363	274,232	469,162	353,753	115,409	2,195,812	1,712,554	483,258

Fuente: Secretaría de Educación Pública

<sup>1</sup> Estimado linealmente por la ODH

Anexo III.14

Evolución de la matriculación bruta (nivel/población de edad) 1970 = 100, 1971-2006



Fuente: ODH con información de la SEE.

Anexo III.15

Volatilidad del crecimiento promedio de la matrícula de educación básica y media, 1970-2006

Períodos	Coeficiente de variación (CV)			Relación entre CV	
	Básica	Media	Total	Media/Básica	Media/Total
1970-2006	0.096	0.319	0.165	3.33	1.94
1970-1979	0.048	0.160	0.056	3.31	2.86
1980-1989	0.029	0.115	0.046	3.95	2.51
1990-1999	0.049	0.183	0.089	3.77	2.05
2000-2006	0.025	0.062	0.018	2.47	3.40

Fuente: ODH con información de SEE

Anexo III.16 | Tasas netas y brutas de asistencia a la escuela primaria por sexo, 2002 y 2007

Lugar de residencia	2002						2007					
	Tasa neta de asistencia			Tasa bruta de asistencia			Tasa neta de asistencia			Tasa bruta de asistencia		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
<b>Zona</b>												
Urbana	84.2	87.8	86.0	117.7	113.5	115.6	88.1	89.9	89.0	111.5	106.8	109.2
Rural	83.3	86.9	85.0	118.0	111.1	114.7	89.1	89.9	89.5	117.1	108.2	112.8
<b>Provincia</b>												
Duarte	87.3	89.1	88.2	122.0	112.7	117.4	93.5	96.2	94.9	115.9	111.3	113.6
Santiago Rodríguez	92.8	91.2	92.0	122.8	111.9	117.4	94.8	94.0	94.4	127.2	115.5	122.0
Hermanas Mirabal	85.4	92.1	88.7	115.0	112.6	113.8	92.7	95.0	93.8	116.7	109.5	113.4
San José de Ocoa	88.3	88.7	88.5	127.1	110.1	118.5	92.7	94.2	93.5	116.9	110.0	113.5
Monte Cristi	85.6	88.5	87.1	116.5	107.1	111.7	90.3	95.4	92.5	111.2	112.4	111.7
San Juan	81.4	84.6	82.9	119.9	107.3	113.7	91.5	92.8	92.1	118.0	112.3	115.4
María Trinidad Sánchez	86.5	86.1	86.3	116.8	109.6	113.5	91.9	91.0	91.5	118.6	107.6	113.3
Sánchez Ramírez	86.7	89.8	88.3	121.8	113.9	117.9	92.3	90.8	91.5	118.9	108.5	113.6
Independencia	79.6	84.7	82.0	114.6	112.1	113.2	92.3	89.8	91.1	123.7	111.7	117.9
Puerto Plata	84.7	89.4	87.1	118.8	112.5	115.6	88.9	92.8	90.8	116.9	108.8	113.0
Santiago	84.3	90.9	87.6	118.8	113.1	116.0	88.7	92.6	90.7	110.9	105.7	108.3
Españillat	88.9	89.3	89.1	121.5	114.6	118.2	90.9	90.0	90.5	111.5	109.9	110.8
La Vega	80.8	91.7	86.2	112.2	119.5	115.7	88.4	92.7	90.5	112.2	111.4	111.8
Bahoruco	72.9	82.0	77.3	112.5	109.6	111.1	91.1	89.6	90.3	123.4	113.2	118.4
Distrito Nacional	86.3	88.9	87.6	121.0	111.7	116.1	89.7	90.1	89.9	110.4	106.8	108.8
Santo Domingo	84.3	84.9	84.6	117.8	109.1	113.4	89.9	89.7	89.8	114.4	105.7	110.0
Azua	81.1	85.1	83.1	118.4	113.0	115.7	88.7	91.0	89.8	112.3	108.5	110.5
Dajabón	88.2	89.7	89.0	119.9	107.5	113.6	88.2	91.3	89.7	112.4	107.5	110.0
Valverde	85.5	92.2	88.7	116.1	117.8	116.9	89.5	89.9	89.7	114.6	110.7	112.6
Peravia	85.8	84.7	85.3	119.6	119.2	119.4	87.1	92.0	89.6	114.1	111.1	112.6
Samaná	84.8	89.6	87.2	113.9	117.7	115.8	89.0	90.3	89.6	110.9	111.3	111.1
San Cristóbal	86.8	90.0	88.4	122.7	120.8	121.7	89.7	89.3	89.5	114.2	107.8	111.1
Hato Mayor	75.4	89.2	82.2	113.0	110.8	111.9	90.9	88.0	89.5	117.8	105.6	111.9
Barahona	77.9	83.8	80.8	113.9	111.9	112.8	86.6	91.3	88.9	114.7	106.6	110.8
La Altagracia	80.9	82.5	81.6	113.6	109.0	111.5	84.6	90.6	87.7	107.8	112.2	110.1
Pedernales	78.2	84.4	81.3	109.0	113.1	111.1	88.4	86.0	87.2	114.9	110.5	112.8
Elías Piña	79.4	83.4	81.4	125.3	109.4	117.4	84.8	88.5	86.5	115.8	108.3	112.2
Monte Plata	82.4	84.6	83.5	115.3	116.9	116.1	84.2	86.4	85.3	115.8	108.3	112.2
Monseñor Nouel	83.2	88.3	85.8	118.4	113.8	116.0	85.8	84.2	85.1	108.0	100.8	104.7
El Seybo	82.2	82.4	82.3	114.5	106.1	110.6	83.5	82.7	83.1	111.7	101.9	107.1
La Romana	76.2	82.9	79.6	111.9	108.8	110.3	76.7	85.1	81.0	104.5	105.5	105.0
San Pedro de Macorís	82.8	86.5	84.5	110.4	116.7	113.3	71.0	74.4	72.7	107.5	93.9	100.7
<b>Total</b>	<b>83.8</b>	<b>87.4</b>	<b>85.6</b>	<b>117.8</b>	<b>112.7</b>	<b>115.3</b>	<b>88.4</b>	<b>89.9</b>	<b>89.1</b>	<b>113.4</b>	<b>107.2</b>	<b>110.4</b>
Máximo	92.8	92.2	92.0	127.1	120.8	121.7	94.8	96.2	94.9	127.2	115.5	122.0
Mínimo	72.9	82.0	77.3	109.0	106.1	110.3	71.0	74.4	72.7	104.5	93.9	100.7
Diferencia	19.9	10.2	14.7	18.1	14.7	11.4	23.8	21.8	22.2	22.7	21.6	21.3
Diferencia Interprovincial media	5.2%	3.6%	4.0%	3.7%	3.4%	2.5%	5.4%	4.7%	4.8%	4.3%	3.8%	3.6%

Fuente: ENDESA 2007 y 2002

## Anexo III.17 | Tasa de asistencia escolar de nivel medio por sexo y lugar de residencia, 2002 y 2007

Lugar de residencia	2002						2007					
	Tasa neta de asistencia			Tasa bruta de asistencia			Tasa neta de asistencia			Tasa bruta de asistencia		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
<b>Zona</b>												
Urbana	33.6	43.1	38.3	56.7	66.9	61.8	42.5	56.7	49.5	68.1	89.0	78.4
Rural	21.8	34.1	27.3	39.0	53.2	45.4	27.8	44.2	35.6	50.5	70.6	60.1
<b>Provincia</b>												
Distrito Nacional	41.0	48.6	45.0	70.0	73.9	72.0	43.4	57.4	50.5	74.9	95.2	85.1
Santo Domingo	31.6	44.8	38.4	57.9	68.6	63.4	44.7	58.4	51.4	64.5	89.8	76.8
Monte Plata	22.2	28.1	25.2	41.7	48.6	45.2	19.4	41.8	30.6	47.5	66.0	56.7
Azua	18.9	33.5	25.5	36.2	54.5	44.5	30.6	42.2	36.1	60.5	73.2	66.5
Peravia	17.4	30.1	23.9	31.0	45.6	38.5	28.9	49.7	39.3	48.3	84.9	66.6
San Cristóbal	30.1	34.0	32.0	47.7	53.5	50.5	39.6	51.5	45.6	78.8	87.7	83.2
San José de Ocoa	25.0	44.2	33.7	40.4	63.6	50.9	40.1	58.3	48.5	70.6	96.3	82.5
Españillat	37.7	42.9	40.2	58.6	65.8	62.2	36.7	51.6	43.7	61.5	83.5	71.9
Puerto Plata	33.7	43.1	38.2	60.6	63.7	62.1	33.8	49.5	41.5	51.6	81.3	66.3
Santiago	28.0	42.4	34.6	46.5	64.9	54.9	43.3	60.2	51.8	62.9	93.3	78.2
Duarte	30.8	41.1	35.6	52.2	70.3	60.6	46.3	58.2	52.1	74.4	85.4	79.7
María Trinidad Sánchez	34.3	45.3	39.3	53.3	66.9	59.4	41.2	52.8	46.6	66.0	75.9	70.6
Hermanas Mirabal	26.8	45.3	36.0	50.0	58.4	54.2	42.5	66.7	53.3	66.6	94.9	79.1
Samaná	38.2	38.9	38.6	63.7	57.5	60.5	40.4	51.6	46.2	69.2	67.8	68.5
Bahoruco	15.0	28.1	20.8	24.9	47.0	34.7	21.3	28.5	24.9	43.4	48.9	46.1
Barahona	18.0	32.6	25.1	36.5	53.4	44.7	21.9	39.7	29.4	52.2	72.8	60.9
Independencia	29.6	33.3	31.3	47.6	60.3	53.4	24.4	43.9	33.9	56.3	70.4	63.1
Pedernales	17.6	27.4	22.5	38.6	39.7	39.2	29.8	34.1	32.0	59.4	56.4	57.9
El Seybo	13.0	27.4	19.7	26.0	48.1	36.3	22.9	43.1	31.8	40.8	73.0	55.0
Hato Mayor	18.5	37.2	27.1	32.1	51.8	41.1	38.8	55.1	46.6	64.5	96.8	80.0
La Altagracia	22.8	30.8	26.4	32.9	48.3	39.8	33.9	47.7	41.3	66.4	78.6	72.9
La Romana	24.4	34.3	28.9	46.4	61.6	53.3	28.0	43.4	35.9	55.6	67.1	61.5
San Pedro de Macorís	33.3	34.3	33.8	52.0	58.1	55.1	25.3	40.2	31.9	45.0	68.6	55.4
Elías Piña	10.2	26.2	17.0	23.1	42.1	31.1	27.6	43.6	35.4	55.1	71.7	63.2
San Juan	25.7	35.3	29.7	44.7	55.9	49.4	34.2	45.8	39.8	62.9	72.7	67.7
Dajabón	28.4	56.8	41.4	42.0	77.7	58.3	32.0	56.0	44.8	54.7	82.3	69.4
Monte Cristi	31.1	46.3	37.9	47.3	66.9	56.1	44.6	55.6	49.3	69.3	76.0	72.2
Santiago Rodríguez	39.7	48.5	43.8	62.9	62.3	62.6	37.9	50.1	42.9	61.6	78.3	68.5
Valverde	34.0	40.6	37.2	53.1	65.2	58.9	33.0	46.7	40.4	71.9	73.3	72.6
La Vega	25.5	36.5	30.7	43.2	57.0	49.8	33.6	52.3	43.0	58.4	73.2	65.8
Monseñor Nouel	31.3	38.9	34.9	51.5	61.7	56.4	25.6	48.1	36.8	43.7	79.4	61.4
Sánchez Ramírez	27.3	36.7	31.6	49.1	62.1	55.0	43.9	62.7	52.6	65.1	93.7	78.3
<b>Total</b>	<b>29.2</b>	<b>40.1</b>	<b>34.5</b>	<b>50.2</b>	<b>62.4</b>	<b>56.1</b>	<b>37.7</b>	<b>52.9</b>	<b>45.1</b>	<b>62.5</b>	<b>83.3</b>	<b>72.6</b>
Máximo	41.0	56.8	45.0	70.0	77.7	72.0	46.3	66.7	53.3	78.8	96.8	83.2
Mínimo	10.2	26.2	17.0	23.1	39.7	31.1	19.4	28.5	24.9	40.8	48.9	46.1
Mediana	27.7	37.0	32.9	46.9	59.4	53.8	33.9	49.9	42.2	61.6	77.2	68.5
Diferencia (Max-min)	30.8	30.6	28.0	46.9	38.0	40.9	26.9	38.2	28.4	38.0	47.9	37.1
Diferencia Interprovincial media	29%	20%	23%	25%	16%	19%	23%	17%	18%	16%	14%	13%

Fuente: ENDESA 2002 y 2007

**Anexo III.18** Matrícula de nivel medio, según tanda (Periodo 2005-2006) en porcentaje, sector público y semioficial

Regionales	Total	Matutina	Vespertina	Nocturna
15 Santo Domingo	100%	34%	21%	45%
10 Santo Domingo	100%	31%	23%	46%
08 Santiago	100%	34%	28%	39%
06 La Vega	100%	40%	32%	29%
04 San Cristóbal	100%	33%	25%	42%
05 San Pedro de Macorís	100%	40%	33%	26%
07 San Francisco	100%	47%	34%	19%
03 Azua	100%	37%	55%	8%
16 Cotuí	100%	36%	37%	28%
11 Puerto Plata	100%	35%	32%	32%
02 San Juan	100%	65%	26%	9%
14 Nagua	100%	47%	35%	18%
09 Mao	100%	59%	22%	19%
01 Barahona	100%	46%	34%	20%
13 Montecristi	100%	73%	10%	17%
12 Higüey	100%	52%	36%	12%
17 Monte Plata	100%	51%	25%	24%
18 Bahoruco	100%	41%	59%	-
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>40%</b>	<b>30%</b>	<b>30%</b>

Fuente: Secretaría de Estado de Educación. Plan Decenal de Educación 2008-2018

**Anexo III.19** Tasa de asistencia neta y bruta por quintil de riqueza en la escuela de nivel medio, 2007

Quintil de riqueza	Tasa neta de asistencia (%)			Tasa bruta de asistencia (%)		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Inferior	15.6	27.0	20.7	31.8	45.2	37.8
Segundo	22.6	41.1	31.5	46.4	72.8	59.2
Intermedio	32.7	51.0	41.7	60.3	85.7	72.7
Cuarto	53.1	65.2	59.2	84.4	101.8	93.2
Superior	65.2	73.8	69.6	90.3	103.0	96.8
<b>Total</b>	<b>37.7</b>	<b>52.9</b>	<b>45.1</b>	<b>62.5</b>	<b>83.3</b>	<b>72.6</b>
Diferencias						
Segundo	7.0	14.1	10.8	14.6	27.6	21.4
Intermedio	10.1	9.9	10.2	13.9	12.9	13.5
Cuarto	20.4	14.2	17.5	24.1	16.1	20.5
Superior	12.1	8.6	10.4	5.9	1.2	3.6
<b>Total</b>	<b>49.6</b>	<b>46.8</b>	<b>48.9</b>	<b>58.5</b>	<b>57.8</b>	<b>59.0</b>

Fuente: ENDESA 2007



**Anexo III.20 | Sector público: indicadores del nivel básico por año, (en porcentaje), 2000-2005**

Indicadores	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
Promovidos	85.5	87.6	87.2	88.2	86.3
Repitentes	7.6	7.3	7.2	7.4	7.3
Abandono	6.9	5.1	5.6	4.3	6.4
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: SEE. Síntesis de las Estadísticas e Indicadores. 2006-2007

**Anexo III.21 | Sector público: indicadores del nivel medio por año, (en porcentaje), 1999-2005**

Indicadores	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
Promovidos	82.8	81.8	80.9	83.6	83.1	84.8
Repitentes	5.5	7.0	5.6	7.0	3.6	6.4
Abandono	11.7	11.2	13.5	9.4	13.3	8.8
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: SEE. Síntesis de las Estadísticas e Indicadores. 2006-2007

Anexo III.22 Tasas de repitencia para la población de jure de los hogares de 5-24 años, por sexo y lugar de residencia, (en porcentaje), 2002 y 2007

Característica	Grado escolar 2002								Grado escolar 2007							
	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Sexo</b>																
Hombre	10.9	6.2	6.3	5.9	4.5	3.1	1.6	2.9	11.5	5.7	6.8	6.3	6.4	4.5	3.3	3.7
Mujer	7.8	4.2	5.4	4.1	2.7	2.2	2.6	1.1	8.2	3.6	3.8	3.9	1.7	1.8	1.9	2.0
<b>Zona de residencia</b>																
Urbana	8.3	4.1	4.9	5.0	3.2	2.6	1.6	2.0	8.6	4.0	4.6	5.3	3.9	2.6	2.3	2.6
Rural	11.2	7.0	7.3	5.0	4.1	2.6	3.1	2.1	12.6	6.1	6.9	4.9	4.6	4.5	3.3	3.2
<b>Provincia</b>																
Distrito Nacional	6.0	5.2	2.9	5.9	0.0	1.2	0.0	1.4	10.6	3.1	2.8	4.5	2.7	2.4	1.4	1.7
Santo Domingo	3.7	3.7	4.3	3.5	1.5	2.3	1.8	2.0	9.3	2.6	4.1	7.4	5.3	1.9	0.0	2.7
Monte Plata	7.8	6.4	1.8	4.9	5.1	3.9	3.1	0.0	5.6	7.2	6.2	5.4	6.7	6.3	0.7	0.0
Azua	12.9	6.3	5.1	6.2	0.9	0.0	4.1	2.6	18.5	4.5	2.8	4.2	1.4	0.7	1.2	0.0
Peravia	18.0	13.3	17.5	10.2	6.5	4.8	1.4	5.1	9.9	6.4	7.4	3.8	2.4	4.5	0.0	3.1
San Cristóbal	8.5	4.1	4.7	4.1	2.8	2.4	1.8	2.1	9.8	4.3	5.4	1.9	5.0	5.3	1.9	2.8
San José de Ocoa	18.7	9.3	11.6	11.3	5.0	1.6	1.7	5.5	13.6	3.4	4.0	3.0	2.5	1.8	2.0	7.0
Españillat	8.7	4.4	6.3	5.6	3.8	0.0	4.5	3.1	7.4	0.5	4.8	5.6	2.3	3.9	0.0	4.0
Puerto Plata	9.2	2.9	3.9	3.9	1.1	0.0	1.3	0.0	4.0	5.5	2.5	3.8	5.4	2.6	2.8	7.7
Santiago	8.9	3.5	4.4	4.8	4.6	3.2	2.7	2.6	10.1	6.0	10.0	3.0	4.1	2.1	1.7	4.0
Duarte	1.9	2.7	5.3	3.7	4.1	2.0	2.8	1.1	7.1	4.3	8.3	5.3	2.8	6.4	2.6	1.1
María Trinidad Sánchez	12.1	9.3	6.8	0.0	4.5	2.8	1.5	0.0	5.8	5.2	7.3	5.4	4.6	4.5	5.4	0.0
Salcedo	4.5	3.6	9.6	6.2	3.1	0.0	5.0	0.0	3.8	4.8	6.1	4.8	2.2	3.2	0.0	1.5
Samaná	14.8	12.0	7.5	9.0	8.7	4.8	2.7	4.3	10.7	4.0	0.0	4.4	3.3	0.0	1.0	2.5
Bahoruco	30.3	9.6	5.4	16.7	7.8	9.6	6.0	2.3	22.9	2.8	3.1	4.0	2.1	1.1	0.0	1.0
Barahona	21.2	9.7	10.3	7.2	4.4	4.9	8.5	8.8	9.9	3.6	5.4	5.5	4.0	0.9	10.4	2.2
Independencia	18.0	4.8	7.4	9.0	5.2	2.2	3.2	4.9	13.1	5.9	6.4	7.7	5.6	5.4	5.5	0.0
Pedernales	28.7	6.7	7.4	1.4	3.9	8.0	6.0	7.5	15.8	7.1	7.4	7.9	1.4	1.5	4.3	1.8
El Seybo	18.6	10.5	9.6	10.1	2.9	1.6	5.4	2.3	24.0	20.1	11.7	21.1	7.5	5.0	7.3	10.2
Hato Mayor	14.5	10.9	6.5	5.5	9.1	3.2	3.6	0.0	9.4	1.1	4.0	4.6	0.5	1.9	0.8	0.8
La Altagracia	12.2	2.5	2.3	5.6	11.6	0.0	0.0	0.0	9.1	11.8	6.7	13.0	4.6	2.6	30.2	-8.4
La Romana	5.4	8.1	6.4	1.9	3.2	4.4	6.0	4.8	8.3	9.5	3.2	4.0	4.3	3.5	0.9	1.5
San Pedro de Macorís	4.0	2.4	1.2	3.5	2.2	0.0	1.4	1.4	10.6	9.7	4.4	5.0	3.4	10.0	1.8	1.9
Elías Piña	21.7	12.1	13.7	10.3	9.9	4.5	1.3	*	11.6	5.3	4.4	3.1	5.3	7.4	5.7	2.0
San Juan	18.8	5.5	10.2	5.3	8.8	4.1	0.0	1.8	23.1	3.9	6.2	4.9	5.1	4.5	4.7	4.8
Dajabón	10.1	4.1	8.6	5.2	1.6	5.2	0.0	0.0	11.1	2.2	6.6	7.7	4.8	3.3	0.0	4.1
Montecristi	6.7	6.3	0.0	3.2	2.9	2.9	0.0	1.9	10.3	6.4	6.1	1.3	2.7	0.0	6.2	1.2
Santiago Rodríguez	4.0	4.3	9.2	9.2	3.6	1.7	3.3	3.7	10.2	6.4	9.4	4.9	1.2	3.4	4.1	5.2
Valverde	5.7	3.2	14.1	10.9	9.8	4.9	1.6	1.7	5.5	8.2	4.6	2.3	6.3	2.9	6.9	2.9
La Vega	8.9	5.9	9.5	4.4	4.1	5.1	2.1	1.2	4.8	4.9	4.6	1.2	0.5	4.2	4.0	0.5
Monseñor Nouel	18.7	4.8	8.0	2.7	6.7	3.8	1.5	3.8	3.8	3.2	11.4	6.1	4.7	6.6	11.1	3.4
Sánchez Ramírez	9.6	6.5	7.6	5.9	3.6	5.1	2.2	1.5	4.3	1.6	3.3	7.0	2.2	2.0	2.4	4.3
<b>Total</b>	<b>9.5</b>	<b>5.3</b>	<b>5.8</b>	<b>5.0</b>	<b>3.5</b>	<b>2.6</b>	<b>2.1</b>	<b>2.0</b>	<b>10.1</b>	<b>4.8</b>	<b>5.4</b>	<b>5.1</b>	<b>4.1</b>	<b>3.2</b>	<b>2.6</b>	<b>2.8</b>
Máximo	30.3	13.3	17.5	16.7	11.6	9.6	8.5	8.8	24.0	20.1	11.7	21.1	7.5	10.0	30.2	10.2
Mínimo	1.9	2.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.8	0.5	0.0	1.2	0.5	0.0	0.0	-8.4
Mediana	9.9	5.7	7.1	5.6	4.1	3.1	2.2	2.0	9.9	4.9	5.4	4.9	3.7	3.3	2.2	2.1
Diferencia	28.4	10.9	17.5	16.7	11.6	9.6	8.5	8.8	20.2	19.6	11.7	19.9	7.0	10.0	30.2	18.6
Diferencia interprovincial media	59%	49%	54%	56%	61%	74%	78%	90%	52%	67%	46%	67%	50%	65%	142%	127%

Fuente: ODH/PNUD. ENDESA 2002 y 2007

**Anexo III.23 | Tasa de repitencia escolar por grado y quintil de riqueza  
(en porcentaje), 2007**

Quintil de riqueza	Grado escolar							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Inferior	14.6	7.0	6.7	5.5	5.7	4.6	4.6	3.8
Segundo	10.5	4.0	7.7	7.3	7.7	4.5	2.7	2.6
Intermedio	9.0	3.3	6.2	5.6	2.4	3.0	2.3	3.7
Cuarto	3.7	7.0	2.4	3.0	2.8	2.3	3.1	2.4
Superior	9.7	1.3	1.6	3.2	1.3	2.0	0.8	1.8
Total 2007	10.1	4.8	5.4	5.1	4.1	3.2	2.6	2.8

Fuente: ENDESA 2007

Anexo III.24 Tasas de deserción para la población de jure de los hogares de 5-24 años por grado escolar, según sexo y lugar de residencia, 2002 y 2007

Característica	Grado escolar 2002								Grado escolar 2007							
	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Sexo</b>																
Hombre	1.8	1.7	2.4	1.4	2.5	3.2	4.8	5.2	4.6	4.7	4.7	4.3	4.3	5.5	5.6	9.5
Mujer	2.2	0.7	1.4	1.1	2.6	3.7	3.8	6.1	2.8	3.4	4.1	3.3	4.8	5.0	4.2	9.2
<b>Zona de residencia</b>																
Urbana	1.8	0.8	1.6	1.2	2.3	3.2	3.8	4.9	4	4.6	4.7	4.1	4.3	4.9	4.7	8.5
Rural	2.3	1.8	2.3	1.3	3.0	4.0	5.3	7.4	3.4	3.2	4.0	3.4	5.1	6.0	5.3	11.2
<b>Provincia</b>																
D. N	0.9	1.0	0.0	0.0	2.2	4.8	1.7	2.7	2.7	3.0	3.1	2.2	4.5	1.9	2.7	7.6
Santo Domingo	1.8	0.0	0.7	0.7	1.5	2.3	2.6	2.0	3.2	5.6	4.3	2.2	3.4	4.4	2.9	7.4
Monte Plata	0.0	0.0	0.0	3.7	1.3	0.0	12.3	10.4	6.9	13.1	10.2	2.9	11.1	11.0	6.6	9.2
Azua	4.1	1.6	3.4	1.8	4.6	9.1	2.7	10.3	3.6	3.4	7.1	5.2	3.5	3.9	12.6	13.8
Peravia	5.7	3.3	5.3	0.0	3.3	3.6	8.6	15.4	4.1	4.2	2.6	4.1	2.0	4.5	8.1	9.2
San Cristóbal	1.5	0.7	0.7	0.7	1.4	3.3	3.6	2.1	2.7	1.4	1.3	0.8	3.4	5.8	2.0	10.7
S. José de Ocoa	2.8	1.3	4.3	2.8	5.0	1.6	8.6	9.1	2.5	0.0	2.3	1.4	2.9	3.8	6.9	3.7
Españillat	1.9	0.0	1.1	1.4	3.8	0.0	4.5	6.2	0.0	0.0	1.3	2.0	1.8	4.2	3.4	9.8
Puerto Plata	1.8	1.0	0.0	1.0	3.3	1.1	1.3	3.4	3.0	4.0	0.0	4.0	2.5	7.0	1.9	8.8
Santiago	0.0	2.1	3.6	0.8	4.6	3.2	6.4	7.7	2.1	0.7	2.5	2.1	5.9	3.2	3.6	7.9
Duarte	0.6	0.0	0.8	0.0	1.0	3.9	3.7	4.4	1.6	0.7	0.8	2.0	1.2	3.1	3.5	3.9
María Trinidad Sánchez	0.0	2.1	2.3	2.6	3.0	2.8	0.0	4.5	2.1	0.0	3.3	0.0	6.5	5.8	3.6	7.9
Salcedo	3.0	1.2	1.2	3.7	0.0	0.0	1.7	10.2	0.8	0.0	2.8	4.5	2.0	1.5	2.2	4.4
Samaná	0.8	1.0	0.0	0.0	0.0	3.6	2.7	7.1	1.4	1.9	0.0	2.2	3.7	2.6	9.1	7.0
Bahoruco	6.4	0.9	5.4	3.8	5.2	2.4	7.5	16.3	4.7	2.0	2.3	3.7	6.2	11.1	4.2	19.8
Barahona	5.5	2.8	4.0	6.0	3.3	9.8	7.0	14	2.0	3.7	3.9	6.1	3.2	1.2	6.0	22.0
Independencia	4.7	4.8	3.2	4.0	5.2	4.4	4.3	3.3	3.0	0.5	1.9	4.4	4.0	3.1	9.8	9.0
Pedernales	3.3	0.8	4.3	9.7	9.1	6.7	3.0	15	3.7	0.6	6.7	4.6	12.9	0.0	11.2	14.2
El Seybo	1.8	0.9	7.2	1.4	2.9	7.8	10.8	14	13.7	10.8	10.6	9.7	4.1	15.6	8.1	16.9
Hato Mayor	2.3	6.9	4.3	2.2	4.5	3.2	1.8	6.0	0.6	1.0	0.4	0.0	0.0	6.4	1.4	5.5
La Altagracia	5.1	1.2	3.5	1.4	4.3	2.0	14.6	4.5	0.6	2.0	0.0	0.0	1.6	2.2	1.6	0.0
La Romana	2.3	0.0	0.9	0.0	1.1	2.2	0.0	1.6	4.3	11.2	10.6	13.2	12.5	5.7	12.6	16.3
S. Pedro de Macorís	2.4	0.0	0.0	1.2	0.0	3.5	6.8	1.4	19.9	18.5	27.4	19.5	14.9	18.1	20.0	21.7
Elías Piña	6.5	1.3	3.2	1.9	2.5	3.0	5.3		4.4	3.3	5.5	2.2	2.8	3.8	3.2	6.9
San Juan	1.1	4.7	7.9	4.2	3.3	8.1	11.5	12.3	2.9	3.5	0.8	11.1	3.1	5.0	4.9	9.5
Dajabón	1.8	0.8	0.0	2.1	1.6	2.6	9.0	7.5	3.6	0.0	3.6	2.8	4.0	1.1	7.3	5.3
Montecristi	1.1	0.0	1.3	0.0	1.4	4.3	6.3	3.8	0.0	1.9	3.0	4.5	0.0	4.3	10.6	8.6
Santiago Rodríguez	1.0	1.1	2.3	1.5	0.0	0.0	0.0	3.7	1.2	3.1	2.9	1.8	2.5	2.4	0.4	5.7
Valverde	1.9	0.0	1.3	3.1	3.3	4.9	4.8	13.3	3.8	0.8	2.9	0.0	4.0	3.6	4.4	5.1
La Vega	4.1	2.2	1.7	1.8	4.1	5.1	4.2	13.6	0.7	4.3	2.2	5.4	2.6	5.6	6.6	9.1
M. Nouel	1.4	3.8	1.8	1.4	3.3	6.3	1.5	9.4	11.5	6.3	8.5	10.4	8.6	21.5	5.1	18.9
S. Ramírez	3.7	0.0	3.5	1.0	2.7	3.1	5.5	3.0	2.3	0.0	2.7	0.9	3.7	4.3	1.1	2.5
Total	2.0	1.2	1.9	1.2	2.6	3.5	4.3	5.7	3.8	4.1	4.4	3.8	4.6	5.3	4.9	9.3
Máximo	6.5	6.9	7.9	9.7	9.1	9.8	14.6	16.3	19.9	18.5	27.4	19.5	14.9	21.5	20.0	22.0
Mínimo	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0
Mediana	1.9	1.0	2.1	1.5	3.2	3.3	4.4	7.1	2.8	2.0	2.9	2.9	3.5	4.3	4.7	8.7
Diferencia	6.5	6.9	7.9	9.7	9.1	9.8	14.6	14.9	19.9	18.5	27.4	19.5	14.9	21.5	19.6	22.0
Diferencia interprovincial media	74%	112%	86%	99%	68%	69%	73%	62%	111%	124%	121%	102%	81%	88%	73%	58%

Fuente: ENDESA 2002 y 2007

**Anexo III.25 | Tasa de deserción por quintil de riqueza y grado escolar, 2007**

Quintil de riqueza	1	2	3	4	5	6	7	8
Inferior	5.9	6.6	7.2	9.6	8.5	10	11	19.8
Segundo	4.7	4	4.5	3.4	3.6	6.6	5.8	15.5
Intermedio	2.5	4.1	4.8	1.9	5.1	4.7	5.3	8.2
Cuarto	2.5	1.4	1.5	2.6	2.6	4.4	2.3	3.9
Superior	1.2	2.9	2.9	1.2	2.6	1.3	1.6	2.9
<b>Total 2007</b>	<b>3.8</b>	<b>4.1</b>	<b>4.4</b>	<b>3.8</b>	<b>4.6</b>	<b>5.3</b>	<b>4.9</b>	<b>9.3</b>

Fuente: ENDESA 2007

**Anexo III.26 | Algunos indicadores de formación de parejas y nacimientos de mujeres, 2007 y 2002**

Indicadores	2007	2002
% de mujeres casadas o uniones antes de 19 años	18.8%	22.4%
% de mujeres casadas o uniones entre 20-24 años	47.9%	52.0%
Edad mediana de la primera unión entre mujeres de 25 -49 años	18.8 años	19 años
Zona urbana	19.2 años	19.3 años
Zona rural	18 años	18.5 años
Porcentaje de mujeres que hoy tienen entre 25-49 años y que han tenido hijo antes de cumplir:		
15 años	4.5%	4.4%
18 años	24.7%	24.8%
20 años	44.3%	41.5%
22 años	60.3%	57.7%
25 años	76.3%	75.9%
Edad mediana al primer nacimiento entre mujeres de 25-49 años de edad actual	20.6 años	20.8 años
Zona urbana	21 años	21.1 años
Zona rural	19.9 años	20.2 años

Fuente: ENDESA 2007 y 2002

**Anexo III.27 | Coeficiente de variación de las variables de categorización de las escuelas privadas, 2003**

Categorías	Profesionalización	Planta Física	Administración	Equipamiento	Seguridad social
1-A - Excelente	8%	4%	3%	4%	16%
1-B - Excelente	13%	7%	6%	14%	7%
2-A - Muy Bueno	17%	9%	11%	16%	9%
2-B - Muy Bueno	26%	12%	14%	27%	14%
3-A - Bueno	34%	16%	18%	36%	14%
3-B - Bueno	48%	19%	24%	38%	14%
4-A - Regular	99%	20%	31%	36%	14%
4-B - Regular	184%	21%	43%	38%	21%
5-A - Mejorable	402%	29%	74%	59%	34%
5-B - Mejorable	N.D.	52%	142%	145%	58%
Media	94%	31%	50%	63%	18%

Fuente: SEE 2003

Anexo III.28 | Categorización de las escuelas privadas por distritos, 2003

Distrito	Categorías					Distribución de los centros por distritos escolares por nivel de calidad											
	Profesional	Planta Física	Admon	Equipam.	Seguridad social	Ranking	Total general	1-A - Excelente	1-B - Excelente	2-A - Muy Bueno	2-B - Muy Bueno	3-A - Bueno	3-B - Bueno	4-A - Regular	4-B - Regular	5-A - Mejorable	5-B - Mejorable
	Salcedo	131	165	134	93	50	573	4				2	1	1			
Sánchez	121	173	143	81	50	568	5	1	1	1				1			
Constanza	104	161	123	101	50	539	5	1		1				2			
San Francisco de Macorís Sur-E	120	153	137	76	49	534	18	3	3	6	6	2	3	2	2		
Santo Domingo Suroeste	121	159	109	93	48	529	193	5	12	25	33	35	23	35	23	2	
Moca	131	152	104	84	49	520	34		2	5	5	8	4	6	3	1	
San Francisco de Macorís Nor-O	150	134	114	70	50	517	19		2	3	3	4	8	1		1	
Yáguate	108	141	152	60	48	509	5			1	1	2	2				
Nagua	107	153	108	86	46	500	11	1	1	1	1	1	4	1	2		
Santiago Sur-Este	113	148	107	83	48	497	70	1	6	8	6	15	8	11	12	3	
Jarabacoa	115	167	84	75	50	491	6		1	1		1	2	2			
Santiago Noreste	103	148	116	68	50	485	39			2	6	9	12	6	4		
San José de Ocoa	140	139	98	57	49	483	5			1	1	1	2	1			
Comendador	182	125	61	63	50	481	1						1				
Cotuí	126	133	111	61	50	480	20			6	6	2	7	2	3		
Bonao	114	146	99	69	49	476	27	1	1	1	1	6	11	6	1		
La Vega Oeste	115	137	95	76	49	472	11		1	1		3	4	2	1		
Cevicos	80	153	85	103	50	471	1						1				
San Pedro de Macorís Oeste	80	142	107	89	49	467	29		3	3	2	8	7	5	2	2	
Piedra Blanca	81	148	116	73	50	467	8				2	1	2	3			
Azua	109	136	102	63	47	456	17			1	3	2	5	5		1	
Santiago Centro-Oeste	103	134	105	65	48	455	59	1	7	5	5	11	11	11	9	4	
San Juan Este	108	145	95	63	41	452	18		2	2	2	3	2	5	3	1	
Bani	129	128	98	49	46	449	32			2	2	9	11	8	2		
Villa Rivas	75	151	132	65	25	448	1						1				
Sosúa	94	136	100	67	48	445	18			3	3	4	4	4	3		
San José de Las Matas	100	148	121	39	30	438	1						1				
Barahona	87	144	95	67	44	436	12		1	1	1	3		5	2		
Santo Domingo Sureste	77	134	100	66	47	423	183	5	7	16	16	26	30	52	44	3	
La Vega Este	89	135	82	71	44	423	28		2	3	3	4	5	7	5	2	
San Cristóbal Norte	71	136	100	65	46	417	24	1			1	2	7	9	4		
Luperón	50	146	69	94	50	409	1						1				
Santiago Noroeste	86	124	91	59	47	407	70	2		6	6	16	9	18	17	1	1
San Cristóbal Sur	96	114	88	58	48	404	28		2	2	1	2	9	9	2	3	
Santo Domingo Nor-Oeste	66	132	90	66	47	402	105	2	5	7	7	15	18	24	26	8	
Haina	78	123	93	56	46	396	35	1		2	1	5	6	6	12	2	
Mao	93	130	72	58	43	396	14				2	1	3	4	3	1	
Nacional Sureste	64	129	93	59	48	393	87			10	10	9	19	25	19	5	
La Romana	71	123	91	58	48	390	84		1	6	6	11	27	15	14	10	
Herrera	67	123	88	57	47	382	256	1	8	12	12	30	55	66	62	22	
Puerto Plata	78	121	75	61	46	381	44	2	2	1	1	6	4	12	9	8	
Villa Altagracia	74	118	91	47	49	378	16		1			1	5	3	6		
Fantino	113	102	71	41	50	376	4					1	1	1		1	

## Continuación Anexo III.28 | Categorización de las escuelas privadas por distritos, 2003

Distrito	Categorías					Distribución por distritos escolares de la calidad											
	Profesional	Planta Física	Admon	Equipam.	Seguridad social	Ranking	Total general	1-A - Excelente	1-B - Excelente	2-A - Muy Bueno	2-B - Muy Bueno	3-A - Bueno	3-B - Bueno	4-A - Regular	4-B - Regular	5-A - Mejorable	5-B - Mejorable
Tenares	80	121	91	36	47	375	5					1	2	1		1	
Tamayo	84	113	77	49	50	372	2					1	1	1			
Villa Mella	69	115	83	49	49	365	105			2	2	13	22	25	35	6	
Río San Juan	0	150	99	67	50	365	2					1	1	1			
Padre de Las Casas	80	103	96	34	50	363	1					1	1	2	1	1	
Hato Mayor	76	116	83	43	40	358	6					1	1	2	1	1	
Villa Isabela	73	119	59	57	50	357	2					1	1			1	
Castillo	81	101	92	33	48	355	4					2				2	
Sabana Grande de Boyá	18	129	109	49	50	354	4					1	2	1	1		
Mención	78	133	47	46	50	353	2					1	1	1	1		
Higüey	64	118	70	51	44	347	27				1	3	7	7	3	5	1
Neyba	35	129	106	53	25	347	2					1	1	1	1		
Sabana Perdida	60	107	88	46	46	346	60			1	3	4	11	16	19	6	
Imbert	30	142	74	50	50	346	1						1				
Villa Vásquez	38	137	65	54	48	343	3					1			2		
Santo Domingo Noreste	44	115	84	51	49	342	102			1	1	3	8	15	30	14	
Villa Bisonó (Navarrete)	55	113	78	45	50	340	13					1	1	3	5	2	
Samaná	33	118	100	36	50	337	3						1	1	1		
San Pedro de Macorís Este	63	107	68	42	47	327	33					3	6	9	10	5	
Santo Domingo Sur-Central	60	105	71	44	45	325	111			2	3	9	15	28	25	25	3
El Cercado	0	139	69	66	50	324	1							1			
San Ignacio de Sabaneta	43	108	49	50	49	298	4					1	1	1		2	
Monte Cristi	53	99	56	32	48	287	3						1	1	2		
Las Matas de Parfán	49	108	61	33	36	287	4					1	1	1		2	
Monte Plata	13	112	64	39	50	277	4						1	1	3		
El Seybo	0	130	44	52	50	276	1								1		
Cabrera	56	120	16	28	50	269	2							1		1	
Los Alcarrizos	48	88	55	33	42	265	102				1	3	13	24	23	32	6
Consuelo	0	98	30	24	50	202	3							2	2	1	
Bayaguana	0	82	37	30	49	198	5							3	3	2	
Esperanza	1	86	33	27	48	196	6							3	3	2	1
Guayubín	0	96	37	12	50	194	2							1	1	1	
Altamira	0	80	28	33	50	191	2							1	1	1	
El Maney	0	0	10	0	50	60	1										1
<b>Total general</b>	<b>80</b>	<b>128</b>	<b>91</b>	<b>61</b>	<b>47</b>	<b>407</b>	<b>2276</b>	<b>7</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>172</b>	<b>309</b>	<b>441</b>	<b>533</b>	<b>468</b>	<b>193</b>	<b>13</b>

Fuente: SEE 2003



Anexo III.29 | Colegios privados por área geográfica y calificación, 2003

Calificación	Cantidad				Distribución en % por área geográfica y calificación				Distribución en % por área geográfica y calificación			
	Santo Domingo	Santiago	Resto	Total general	Santo Domingo	Santiago	Resto	Total general	Santo Domingo	Santiago	Resto	Total general
Total general	1048	238	990	2276	46%	10%	43%	100%	100%	100%	100%	100%
1-A - Excelente	5	1	1	7	71%	14%	14%	100%	0.5%	0.4%	0%	0.3%
1-B - Excelente	21	9	10	40	53%	23%	25%	100%	2.0%	3.8%	1%	1.8%
2-A - Muy Bueno	43	17	40	100	43%	17%	40%	100%	4.1%	7.1%	4%	4.4%
2-B - Muy Bueno	78	23	71	172	45%	13%	41%	100%	7.4%	9.7%	7%	7.6%
3-A - Bueno	122	51	136	309	39%	17%	44%	100%	11.6%	21.4%	14%	13.6%
3-B - Bueno	166	40	235	441	38%	9%	53%	100%	15.8%	16.8%	24%	19.4%
4-A - Regular	259	46	228	533	49%	9%	43%	100%	24.7%	19.3%	23%	23.4%
4-B - Regular	244	42	182	468	52%	9%	39%	100%	23.3%	17.6%	18%	20.6%
5-A - Mejorable	101	8	84	193	52%	4%	44%	100%	9.6%	3.4%	8%	8.5%
5-B - Mejorable	9	1	3	13	69%	8%	23%	100%	0.9%	0.4%	0%	0.6%

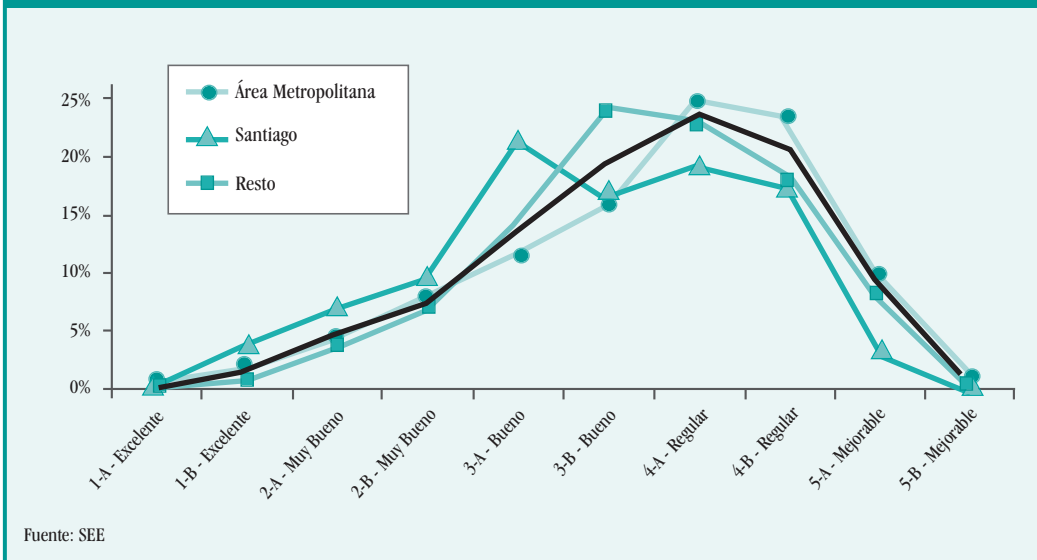
Santiago incluye los siguientes distritos: Santiago Centro-Oeste, Santiago Noreste, Santiago Noroeste y Santiago Sur-Este

Santo Domingo incluye los siguientes distritos: DN Sureste, Los Alcarrizos, Sabana Perdida, Santo Domingo Noreste, Santo Domingo Nor-Oeste, Santo Domingo Sur-Central, Santo Domingo Sureste, Santo Domingo Suroeste, Villa Mella

Fuente: SEE 2003

Anexo III.30

Distribución en porcentaje de colegios privados por áreas geográficas y calificaciones, 2003



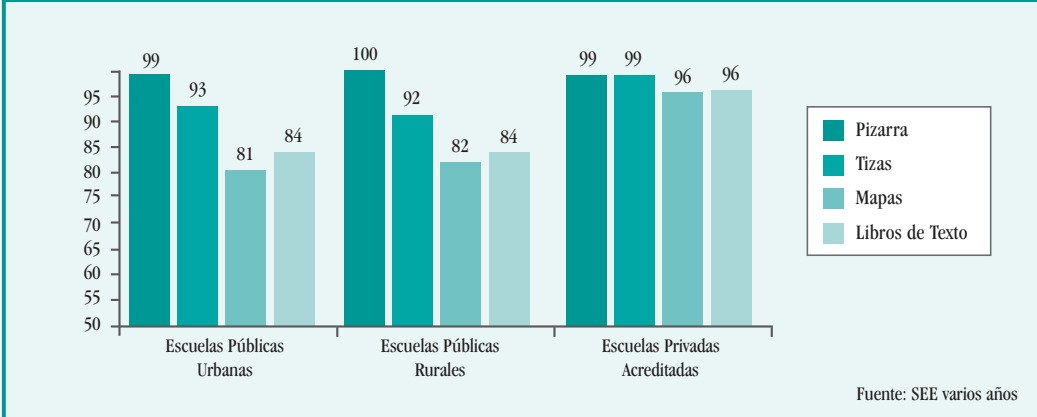
Anexo III.31

Tasa de crecimiento promedio anual de la matrícula pública y privada por nivel educativo, 1971-2006

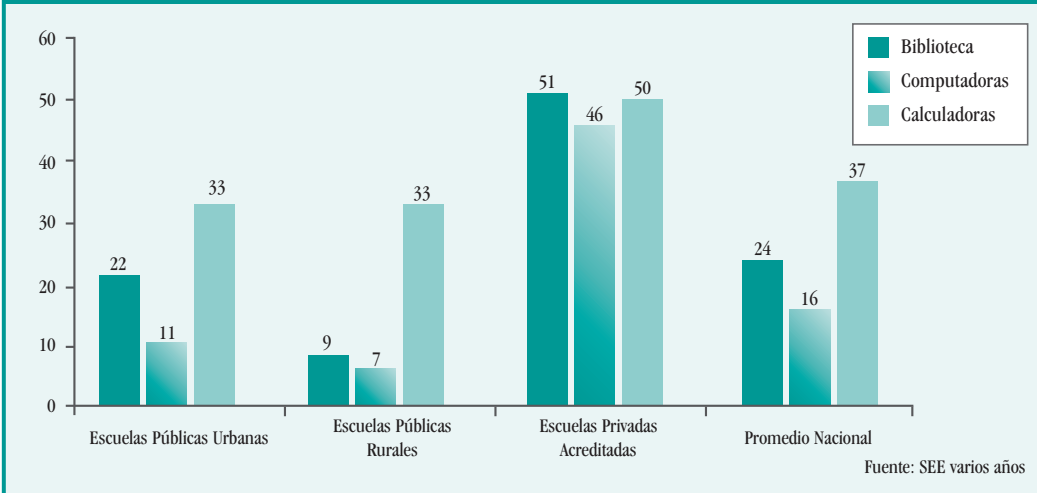
Nivel educativo		1971-1980	1981-1990	1991-2000	2001-2006
Inicial	Total		2.2%	17.8%	0.6%
	Pública		2.5%	21.3%	1.3%
	Privada		2.9%	15.6%	0.8%
Básica	Total	3.6%	0.8%	2.7%	-0.6%
	Pública	3.2%	-0.3%	3.3%	-0.7%
	Privada	6.7%	6.0%	0.6%	0.5%
Medio	Total	8.5%	4.4%	5.5%	4.5%
	Pública	8.6%	3.1%	7.1%	4.0%
	Privada	8.5%	8.5%	2.3%	6.1%
Matrícula Total	Total	4.0%	1.5%	3.8%	0.4%
	Pública	3.6%	0.3%	4.3%	0.2%
	Privada	7.0%	7.3%	2.5%	1.4%

Fuente: Secretaría de Estado de Educación.

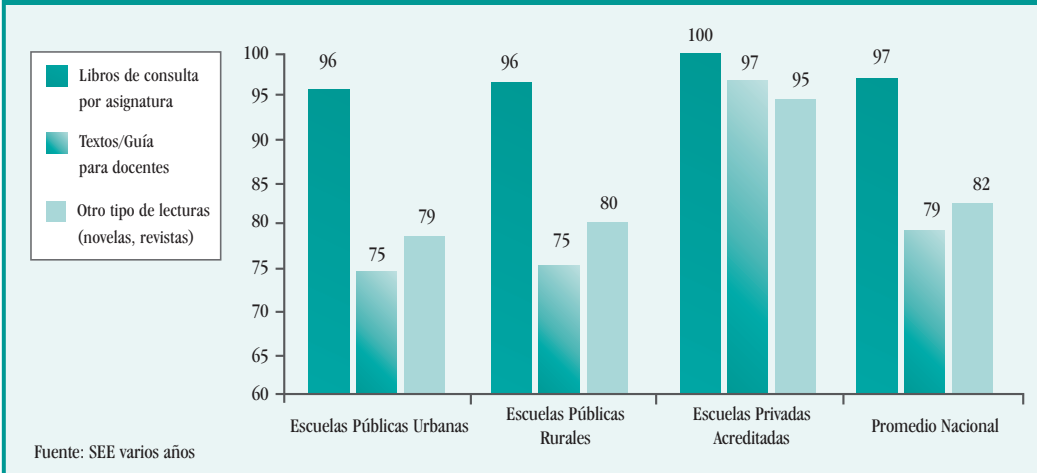
Anexo III.32 | Escuelas con recursos disponibles (en porcentaje)



Anexo III.33 | Escuelas con otros recursos disponibles (en porcentaje)



Anexo III.34 | Escuelas con disponibilidad de materiales de lectura (en porcentaje)



Anexo III.35 | Salario en la SEE, nominal y real (RD\$/mensual) de 1991

Años	IPC	Maestros básicos		Directores de básica		Maestros media general		Directores media		Maestros técnico profesional		Técnicos distritales		Técnicos docentes		Técnicos Regionales	
		Nominal	Real	Nominal	Real	Nominal	Real	Nominal	Real	Nominal	Real	Salario	Real	Salario	Real	Salario	Real
1996	83.81	1,294	1,543	1,658	1,979	2300	2,744	2312	2759	2,300	2,744	2,654	3,166	3,265	3,896	3,023	3,607
1997	90.77	2,500	2,754	2,800	3,085	2500	2,754	3500	3856	3,300	3,636	6,300	6,941	6,800	7,491	6,500	7,161
1998	95.15	2,500	2,627	2,800	2,943	2500	2,627	3500	3678	3,800	3,994	6,300	6,621	6,800	7,147	6,500	6,831
1999	101.31	2,500	2,468	2,800	2,764	2500	2,468	3500	3455	3,800	3,751	6,300	6,219	6,800	6,712	6,500	6,416
2000	109.13	2,500	2,291	2,800	2,566	2500	2,291	3500	3207	3,800	3,482	6,300	5,773	6,800	6,231	6,500	5,956
2001	118.83	2,750	2,314	3,080	2,592	2750	2,314	3850	3240	3,800	3,198	6,930	5,832	7,480	6,295	7,150	6,017
2002	125.03	3,600	2,879	4,704	3,762	3600	2,879	5376	4300	4,180	3,343	12,000	9,598	14,000	11,197	13,000	10,398
2003	159.35	3,600	2,259	4,704	2,952	3600	2,259	5376	3374	7,360	4,619	12,000	7,531	14,000	8,786	13,000	8,158
2004	241.36	3,924	1,626	5,127	2,124	3924	1,626	5860	2428	7,360	3,049	13,080	5,419	15,260	6,323	14,170	5,871
2005	251.47	5,101	2,029	6,666	2,651	5101	2,029	7618	3029	8,022	3,190	17,004	6,762	19,838	7,889	18,421	7,325
2006	270.51	5,101	1,886	6,667	2,464	5101	1,886	7618	2816	10,429	3,855	17,004	6,286	19,838	7,334	18,421	6,810
2007	287.13	5,101	1,777	6,668	2,322	5101	1,777	7618	2653	10,429	3,632	17,004	5,922	19,838	6,909	18,421	6,416
2008	303.84	6785	2233	7,599	2501	8141	2,679	8684	2858	11,889	3,913	19,361	6,372	22,624	7,446	20,985	6,907

Fuente: SEE [http://www.see.gov.do/sites/see/planificacion/estudios\_economicos.html]

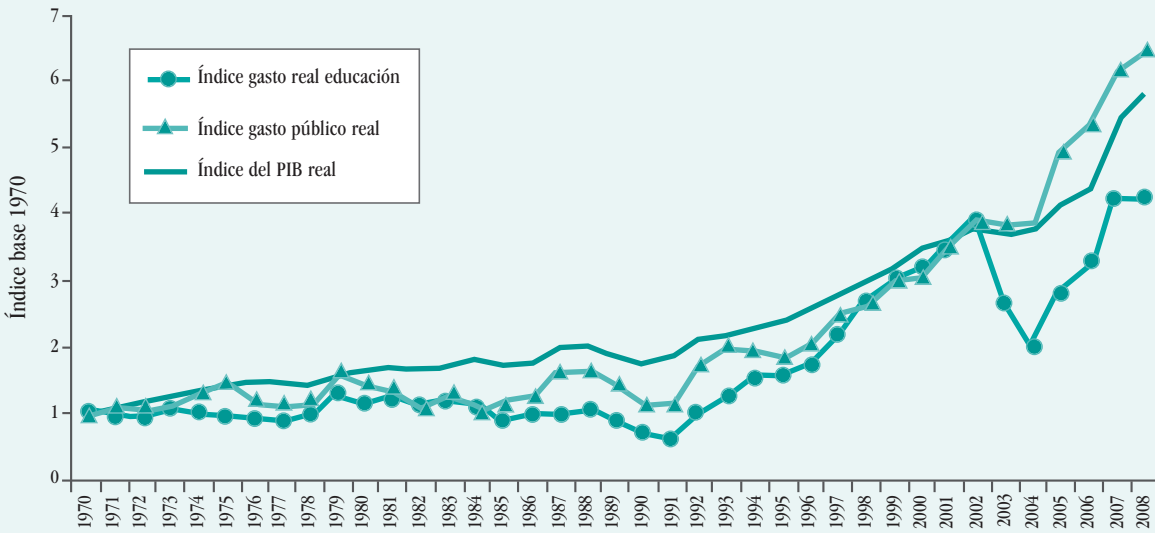
Anexo III.36		Precio de la canasta de consumo nacional por quintiles (RD\$/mes), 1999-2008				
Años	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5	Promedio
2000	2,701	4,009	5,320	7,332	14,736	6,811
2001	2,931	4,342	5,769	8,002	16,120	7,416
2002	3,057	4,555	6,054	8,393	16,977	7,803
2003	3,843	5,746	7,691	10,627	21,987	9,945
2004	6,054	8,895	11,866	16,123	32,596	15,063
2005	6,168	9,132	12,223	16,822	33,649	15,694
2006	6,547	9,721	13,025	18,021	36,640	16,882
2007	6,966	10,329	13,809	19,151	38,948	17,919
2008	7,905	11,633	15,432	21,219	42,530	19,852
<b>Al mes de diciembre</b>						
2000	2,637	3,908	5,176	7,064	14,138	6,594
2001	2,873	4,246	5,625	7,775	15,506	7,189
2002	2,970	4,407	5,847	8,105	16,295	7,504
2003	3,214	4,830	6,454	8,872	18,196	8,293
2004	4,671	6,924	9,241	12,786	26,321	11,830
2005	6,389	9,454	12,660	17,472	35,238	16,363
2006	6,719	9,958	13,298	18,341	37,181	17,181
2007	7,342	10,856	14,472	20,015	40,435	18,706
2008	8,069	11,850	15,634	21,178	42,106	19,830
Fuente: Banco Central de la República Dominicana						

## Anexo III.37 | Indicadores de gasto público en educación, 1970-2008

Años	Gobierno Central en millones RD\$ Corrientes	SEE en millones RD\$ Corrientes	Porcentaje de SEE como Gasto del GC	Gasto en Educación en RD\$ Corrientes	Ejecución SEE como % Gasto de Educación	Índice precios Base 1999	Gasto de la SEE en millones RD\$ Constantes	Gasto en Educación en millones RD\$	PIB Corriente (en millones constantes RD\$)	PIB Constante (en millones RD\$)
1970	265	36	13.7%	42	86.5%	1.74	2,086	2,412	1,486	85,374
1971	305	38	12.6%	44	87.4%	1.82	2,108	2,412	1,667	91,566
1972	334	40	12.1%	46	87.2%	1.96	2,065	2,368	1,987	101,398
1973	387	43	11.1%	58	74.0%	2.26	1,904	2,573	2,345	103,752
1974	509	45	8.8%	63	71.1%	2.55	1,757	2,469	2,926	114,733
1975	665	47	7.1%	66	71.4%	2.92	1,619	2,266	3,599	123,260
1976	581	60	10.3%	74	81.3%	3.15	1,907	2,346	3,952	125,444
1977	631	62	9.8%	77	79.6%	3.56	1,731	2,175	4,587	128,851
1978	690	70	10.2%	93	75.6%	3.81	1,842	2,435	4,734	124,262
1979	1,019	107	10.5%	133	80.3%	4.16	2,578	3,208	5,499	132,183
1980	1,066	115	10.8%	139	82.9%	4.86	2,362	2,850	6,761	139,121
1981	1,098	131	11.9%	161	81.6%	5.22	2,514	3,083	7,561	144,852
1982	1,017	148	14.6%	167	88.9%	5.89	2,520	2,834	8,267	140,363
1983	1,199	152	12.6%	177	85.5%	6.22	2,438	2,852	9,221	148,241
1984	1,284	175	13.6%	198	88.5%	7.48	2,340	2,643	11,594	155,000
1985	1,894	214	11.3%	240	89.0%	10.87	1,965	2,208	15,702	144,451
1986	2,271	224	9.9%	282	79.3%	11.70	1,914	2,415	17,781	151,972
1987	3,293	263	8.0%	322	81.7%	13.28	1,980	2,422	22,404	168,702
1988	4,877	330	6.8%	492	67.1%	19.11	1,729	2,576	32,851	171,902
1989	6,060	398	6.6%	575	69.2%	26.88	1,479	2,138	42,393	157,712
1990	7,172	535	7.5%	707	75.7%	40.44	1,324	1,749	60,305	149,123
1991	10,815	522	4.8%	936	55.7%	59.48	877	1,574	96,333	161,959
1992	16,815	994	5.9%	1,502	66.2%	62.01	1,602	2,422	112,698	181,741
1993	20,380	1,352	6.6%	2,007	67.3%	65.27	2,071	3,076	121,808	186,622
1994	21,374	1,745	8.2%	2,606	66.9%	70.66	2,469	3,688	137,566	194,688
1995	22,838	2,354	10.3%	3,019	78.0%	79.52	2,960	3,797	162,283	204,078
1996	26,399	3,013	11.4%	3,537	85.2%	83.81	3,595	4,220	183,361	218,782
1997	34,540	3,661	10.6%	4,778	76.6%	90.77	4,033	5,263	214,864	236,712
1998	39,120	5,405	13.8%	6,083	88.9%	95.15	5,680	6,393	241,977	254,311
1999	46,280	6,981	15.1%	7,545	92.5%	101.31	6,891	7,447	278,630	275,027
2000	50,464	7,542	14.9%	8,522	88.5%	109.13	6,911	7,809	324,562	297,408
2001	64,312	8,472	13.2%	10,012	84.6%	118.83	7,130	8,425	366,232	308,198
2002	73,850	9,151	12.4%	11,772	77.7%	125.03	7,319	9,416	402,432	321,869
2003	93,650	9,484	10.1%	10,092	94.0%	159.35	5,951	6,333	503,300	315,846
2004	142,062	11,725	8.3%	11,780	99.5%	241.36	4,858	4,881	777,188	322,003
2005	188,833	15,353	8.1%	17,198	89.3%	251.47	6,105	6,839	884,939	351,906
2006	220,618	17,783	8.1%	21,462	82.9%	270.51	6,574	7,934	1,018,565	376,535
2007	270,803	25,512	9.4%	29,309	87.0%	287.13	8,885	10,208	1,327,088	462,190
2008	300,889	29,854	9.9%	31,158	95.8%	303.84	9,826	10,255	1,500,000	493,686

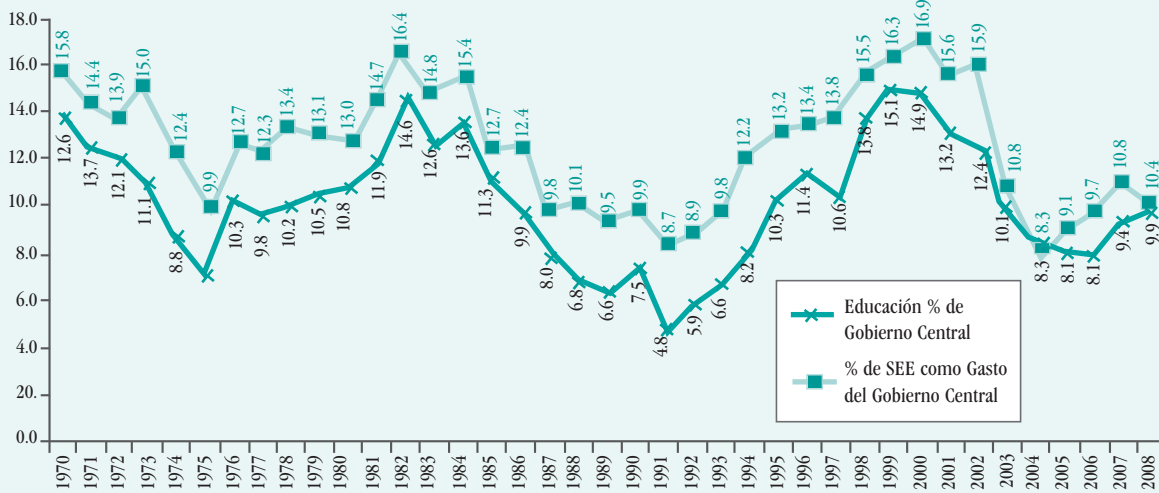
Fuente: SEE

Anexo III.38 | Índice del gasto real en educación, del gasto público real y del PIB real, 1970 - 2008



Fuente: SEE

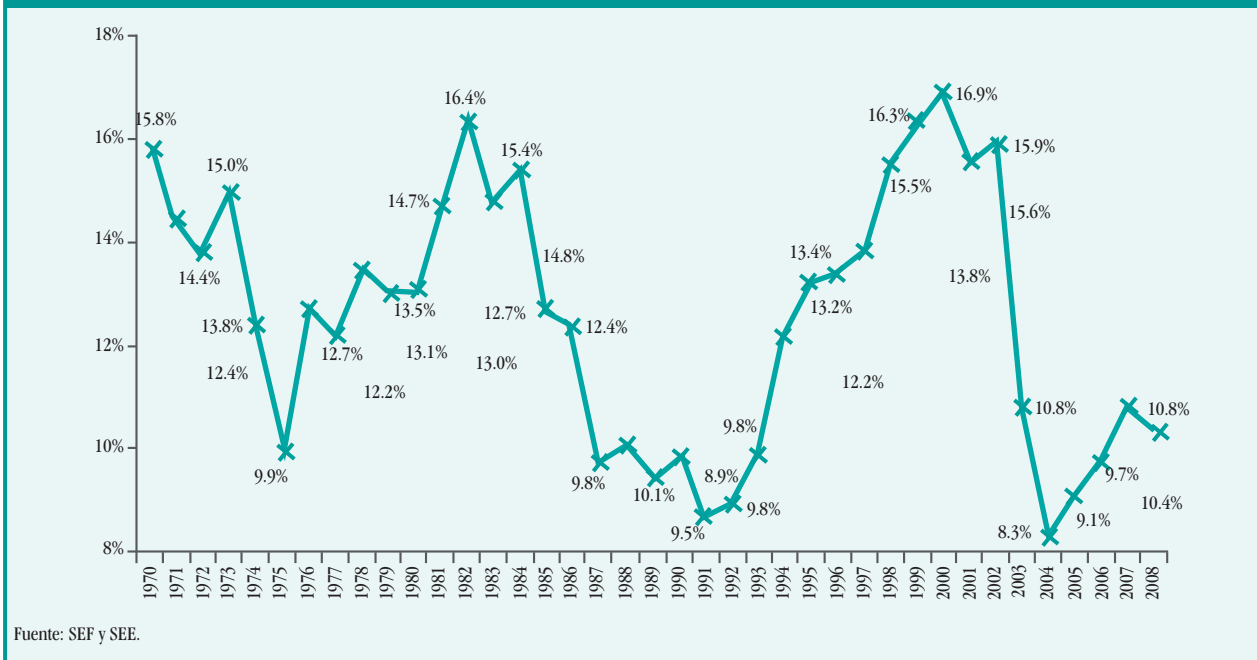
Anexo III.39 | Gasto público en SEE y en educación (funcional) como porcentaje del gasto público total (1970-2000)



Fuente: SEE



Anexo III.40 | Gasto público en educación, según clasificación funcional en porcentaje del gasto público total



Anexo III.41 | Relación entre años de prioridad educativa (GE/GP) y cambios en el gasto público en porcentaje del PIB (GP/PIB), 1971-2008



**Anexo III.42 | Prioridad del gasto en educación (GE/GP) en el marco de expansión o contracción del gasto público (GP/PIB)**

Años	Administración	Expansión o contracción del gasto público	Prioridad o no prioridad de educación	Intensidad de la prioridad	Comentario
1971-1978	PRSC	-0.41%	-0.30%	0.73	No es prioridad con contracción del gasto público
1979-1982	PRD	-0.57%	0.74%	-1.29	Prioridad con reducción del gasto público
1983-1986	PRD	0.12%	-1.00%	-8.52	No es prioridad con expansión del gasto público
1987-1990	PRSC	-0.22%	-0.64%	2.91	No es prioridad con contracción del gasto público
1991-1996	PRSC	0.42%	0.59%	1.41	Prioridad con expansión del gasto público
1999-2000	PLD	0.29%	0.87%	3.03	Prioridad con expansión del gasto público
2001-2004	PRD	0.68%	-2.15%	-3.15	No es prioridad con expansión del gasto público
2005-2008	PLD	0.45%	0.52%	1.16	Prioridad con expansión del gasto público

Fuente: ODH con información de la SEF, varios años.

**Anexo III.43 | Estructura de financiamiento de la educación, 1996-2005**

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Prom.
Estado	49.9%	48.9%	50.2%	51.8%	52.6%	52.3%	52.4%	52.6%	51.6%	52.1%	51.4%
SEE y SEECSTY	46.0%	41.3%	44.9%	45.8%	45.9%	46.0%	47.2%	47.1%	44.8%	46.6%	45.6%
Otros. Instituciones del Gobierno	3.9%	7.6%	5.3%	6.0%	6.7%	6.2%	5.2%	5.5%	6.9%	5.5%	5.9%
Familias	44.0%	42.8%	36.4%	38.2%	39.2%	40.5%	39.3%	36.7%	37.1%	39.1%	39.3%
Otros	4.2%	6.0%	4.7%	3.7%	3.9%	4.4%	4.2%	4.3%	4.4%	4.6%	4.5%
Empresas	2.0%	2.0%	1.7%	1.8%	1.7%	2.0%	1.8%	1.9%	2.0%	2.0%	1.9%
Otros. Entidades privadas	0.3%	0.7%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%	0.2%
Otros recursos	2.0%	3.3%	3.0%	1.9%	2.1%	2.3%	2.3%	2.3%	2.4%	2.5%	2.4%
Fuentes externas	1.9%	2.3%	8.6%	6.3%	4.2%	2.9%	4.0%	6.4%	6.8%	4.1%	4.8%
Préstamos externos	0.5%	0.4%	0.6%	2.3%	2.6%	1.8%	3.0%	4.7%	4.5%	2.9%	2.3%
Donación externa	1.4%	1.9%	8.1%	4.0%	1.7%	1.1%	1.0%	1.7%	2.3%	1.2%	2.4%
Total gasto de educación	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
En % del PIB	3.0%	3.1%	3.8%	3.9%	4.0%	4.2%	4.3%	3.9%	3.3%	3.5%	3.7%

Fuente:

- 1) Para datos del período 1996-2004. Secretaría de Estado de Educación. Plan Decenal de Educación 2008-2018. Primera parte. Realidad Educativa Dominicana en una perspectiva histórica. 6ta. Revisión..
- 2) Para datos del 2005. SEE-HIPE 2007. Sergé Péano e Isabel Da Costa (HIPE), Modesto Ozuna y Grismal de Balcaer 2007. El Gasto de Educación 1996-2005. Componente Costos y Financiación de la Educación Programa de Fortalecimiento de las Capacidades Institucionales.

**Anexo III.44 | Gasto en educación por niveles educativos (en millones de RD\$ corrientes), 1996-2006**

Gasto por nivel	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Inicial	378	464	581	654	740	801	922	1,121	1,499	1,971
Básica	2,914	3,650	5,456	5,741	6,457	7,009	8,011	10,383	12,343	15,051
Media general	841	1,084	1,334	1,433	1,676	1,899	2,189	2,472	2,950	4,326
Técnica y profesional	114	140	171	266	234	333	405	436	665	692
Educación superior	1,454	1,871	2,559	2,901	3,568	4,124	4,673	5,406	7,003	8,911
Educación de adultos	125	136	167	202	232	263	343	380	498	542
Formación continua	304	432	556	687	822	1,041	1,188	1,515	2,201	1,716
Administración general	809	825	1,101	1,477	1,598	1,899	2,059	2,112	2,156	2,167
Formación del personal educativo	28	14	18	70	64	86	189	244	333	285
Total gasto de educación	6,968	8,616	11,943	13,432	15,391	17,455	19,980	24,068	29,649	35,662

Fuente: Estudio sobre Financiamiento y Gastos Educativos HIPE/UNESCO/SEE. 2005 y 2007

## Anexo III.45 | Estructura del gasto en educación por niveles educativos (en porcentaje), 1996-2006

Gasto por nivel	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Inicial	5.4%	5.4%	4.9%	4.9%	4.8%	4.6%	4.6%	4.7%	5.1%	5.5%
Básica	41.8%	42.4%	45.7%	42.7%	42.0%	40.2%	40.1%	43.1%	41.6%	42.2%
Media general	12.1%	12.6%	11.2%	10.7%	10.9%	10.9%	11.0%	10.3%	10.0%	12.1%
Técnica y profesional	1.6%	1.6%	1.4%	2.0%	1.5%	1.9%	2.0%	1.8%	2.2%	1.9%
Educación superior	20.9%	21.7%	21.4%	21.6%	23.2%	23.6%	23.4%	22.5%	23.6%	25.0%
Educación de adultos	1.8%	1.6%	1.4%	1.5%	1.5%	1.5%	1.7%	1.6%	1.7%	1.5%
Formación continua	4.4%	5.0%	4.7%	5.1%	5.3%	6.0%	5.9%	6.3%	7.4%	4.8%
Administración general	11.6%	9.6%	9.2%	11.0%	10.4%	10.9%	10.3%	8.8%	7.3%	6.1%
Formación del personal educativo	0.4%	0.2%	0.1%	0.5%	0.4%	0.5%	0.9%	1.0%	1.1%	0.8%
Total gasto de educación	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Estudio sobre Financiamiento y Gastos Educativos HIPE/UNESCO/SEE. 2005 y 2007

## Anexo III.46 | Gastos promedios por alumno en el sector público, 2005

Concepto	Inicial	Básica	Media General	Técnica y Profesional	Superior
Financiamiento total	100%	100%	100%	100%	100%
Gobierno	92%	91%	70%	73%	85%
Recursos externos	6%	3%	20%	12%	
Entidades privadas	2%	6%	11%	11%	13%
Otros recursos propios				3%	2%
Gasto total	100%	100%	100%	100%	100%
Docentes	57%	55%	45%	60%	46%
Personal no docente	5%	6%	9%	22%	20%
Gastos corrientes pedagógico	11%	5%	15%	1%	11%
Inversiones	9%	11%	27%	15%	2%
Comidas, transporte	16%	21%	3%	1%	0%
Ayudas a las familias	2%	2%			20%
Financiamiento por alumno (RD\$)	9,792	8,178	6,482	18,497	15,119
Pagos directos de las familias (RD\$)	-	709	1,018	1,273	1,528
Gasto por alumno (RD\$)	9,792	8,887	7,500	19,770	1,6647

Fuente: SEE-HIPE 2007. Sergé Péano e Isabel Da Costa (HIPE), Modesto Ozuna y Grismal de Balcácer 2007. El Gasto de Educación 1996-2005. Componente Costos y Financiación de la Educación Programa de Fortalecimiento de las Capacidades Institucionales.

**Anexo III.47 | Gastos promedios por alumno en el sector semi-oficial, 2005**

Concepto	Inicial	Básica	Media General	Técnica y Profesional
Financiamiento total	100%	100%	100%	100%
Gobierno	61%	63%	51%	77%
Recursos externos				
Hogares	39%	37%	49%	23%
Otros. Privados				
Gasto total	100%	100%	100%	100%
Docentes	69%	70%	42%	61%
Personal no docente	6%	8%	8%	17%
Gastos corrientes pedagógicos	13%	7%	47%	22%
Inversiones	11%			
Comidas, transporte		2%	2%	1%
Financiamiento por alumno (RD\$)	6,280	7,592	7,949	16,875
Pagos directos de las familias (RD\$)	-	763	1 016	1 266
Gasto por alumno (RD\$)	6280	8355	8967	18141

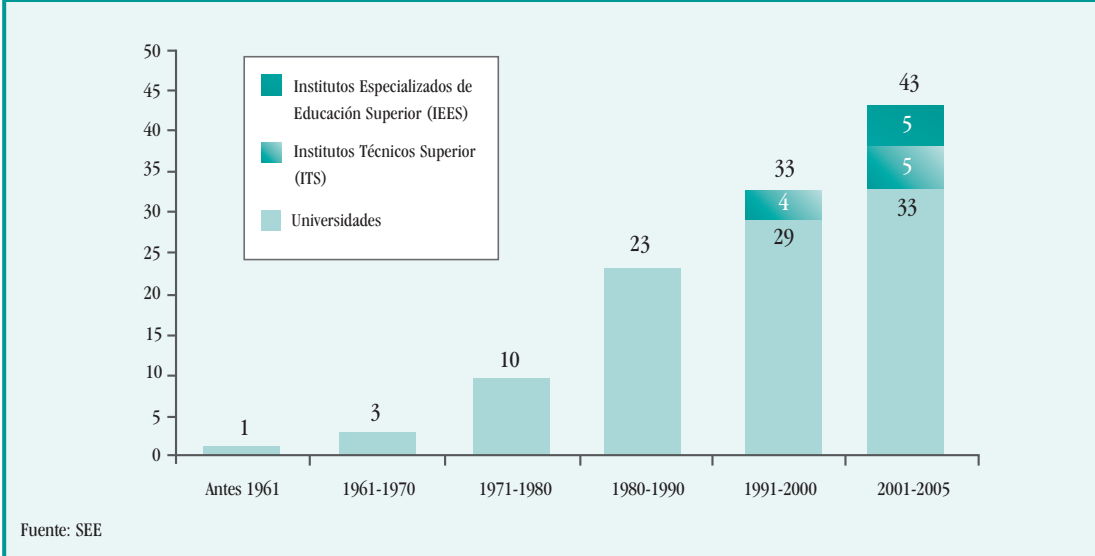
Fuente: SEE-IPE 2007. Sergé Péano e Isabel Da Costa (IPE), Modesto Ozuna y Grismal de Balcacer 2007. El Gasto de Educación 1996-2005. Componente Costos y Financiación de la Educación Programa de Fortalecimiento de las Capacidades Institucionales.

**Anexo III.48 | Gastos promedios por alumno en el sector privado, 2005**

Concepto	Inicial	Básica	Media General	Técnica y Profesional	Superior
Financiamiento total	100%	100%	100%	100%	100%
Gobierno					1%
Hogares	100%	100%			84%
Otros. Privados					15%
Gasto promedio	100%	100%	100%	100%	100%
Docentes	58%	57%	57%	57%	48%
Personal no docente	22%	22%	22%	22%	18%
Gastos corrientes pedagógico	12%	12%	12%	12%	25%
Inversiones	8%	8%	8%	8%	4%
Comidas, transporte		2%	1%	1%	1%
Ayudas a las familias					4%
Financiamiento por alumno (RD\$)	9,406	10,228	14,638	12,385	35,399
Pagos directos de las familias (RD\$)	-	1,475	1,966	2,458	2,950
Gasto por alumno (RD\$)	9,406	11,703	16,604	14,843	38,349

Fuente: SEE-IPE 2007. Sergé Péano e Isabel Da Costa (IPE), Modesto Ozuna y Grismal de Balcacer 2007. El Gasto de Educación 1996-2005. Componente Costos y Financiación de la Educación Programa de Fortalecimiento de las Capacidades Institucionales.

Anexo III.49 | Evolución de los Institutos de Educación Superior (IES) en el periodo 1961-2005



Anexo III.50 | Instituciones de educación superior, distribución de la matrícula por sexo y estructura, 2005

Institución de educación superior	Cantidad			Distribución por sexo según IES			Estructura por sexo de cada IES		
	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total
<b>Total universidades</b>	<b>121,134</b>	<b>194,717</b>	<b>318,727*</b>	<b>98.8%</b>	<b>98.9%</b>	<b>98.9%</b>	<b>38%</b>	<b>61%</b>	<b>100%</b>
1 Universidad Autónoma de Santo Domingo, UASD	54,516	102,004	159,396*	44%	52%	49%	34%	64%	100%
2 Universidad Tecnológica de Santiago, UTESA	15,774	23,096	38,870	13%	12%	12%	41%	59%	100%
3 Universidad Dominicana Org. y Método, O&M	14,019	18,852	32,871	11%	10%	10%	43%	57%	100%
4 Universidad Del Caribe, UNICARIBE	6,997	6,974	13,971	6%	4%	4%	50%	50%	100%
5 Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, PUCMM	5,679	7,371	13,050	5%	4%	4%	44%	56%	100%
6 Universidad Católica de Santo Domingo, UCSD	2,499	4,916	7,415	2%	2%	2%	34%	66%	100%
7 Universidad Apec, UNAPEC	3,311	3,956	7,267	3%	2%	2%	46%	54%	100%
8 Universidad Central del Este, UCE	3,059	3,765	6,824	2%	2%	2%	45%	55%	100%
9 Universidad Católica Tecnológica del Cibao, UCATECI	2,301	2,918	5,219	2%	1%	2%	44%	56%	100%
10 Instituto Tecnológico de Santo Domingo, INTEC	2,833	2,259	5,092	2%	1%	2%	56%	44%	100%
11 Universidad Abierta para Adultos, UAPA	1,487	3,019	4,506	1%	2%	1%	33%	67%	100%
12 Universidad Iberoamericana, UNIBE	1,601	2,288	3,889	1%	1%	1%	41%	59%	100%
13 Universidad Católica Nordestana, UCNE	1,390	2,075	3,465	1%	1%	1%	40%	60%	100%
14 Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, UNPHU	1,093	1,841	2,934	1%	1%	1%	37%	63%	100%
15 Instituto Tecnológico del Cibao Oriental, ITECO	686	1,782	2,470	1%	1%	1%	28%	72%	100%
16 Universidad Federico Henríquez Y Carvajal, UFHEC	523	1,398	1,921	0%	1%	1%	27%	73%	100%
17 Universidad Tecnológica del Sur, UTESUR	427	1,262	1,689	0%	1%	1%	25%	75%	100%
18 Universidad de la Tercera Edad, UTE	486	1,032	1,518	0%	1%	0%	32%	68%	100%
19 Universidad Nacional Evangélica, UNEV	303	933	1,236	0%	0%	0%	25%	75%	100%
20 Universidad Nacional Adventista, UNAD	466	677	1,143	0%	0%	0%	41%	59%	100%
21 Universidad Eugenio María de Hostos, UNIREMHOS	55	577	632	0%	0%	0%	9%	91%	100%
22 Instituto Superior de Agricultura, ISA	439	183	622	0%	0%	0%	71%	29%	100%
23 Universidad Interamericana, UNICA	299	333	562	0%	0%	0%	53%	59%	100%
24 Universidad Cultural Domingo Americana, UNICDA	150	220	352	0%	0%	0%	43%	63%	100%
25 Universidad Nacional de Ciencias Exactas, INCE	199	130	329	0%	0%	0%	60%	40%	100%
26 Universidad Católica Tecnológica de Barahona, UCATEBA	121	171	292	0%	0%	0%	41%	59%	100%
27 Universidad Agroforestal Fernando Arturo de Meriño, UAFAM	105	179	284	0%	0%	0%	37%	63%	100%
28 Universidad Psicología Industrial Dominicana, UPID	80	185	265	0%	0%	0%	30%	70%	100%
29 Universidad Central Dominicana de Estudios Profesionales, UCDEP	57	107	164	0%	0%	0%	35%	65%	100%
30 Universidad Católica del Este, UCADE	52	100	152	0%	0%	0%	34%	66%	100%
31 Universidad Experimental Félix Adames, UNEFA	68	56	124	0%	0%	0%	55%	45%	100%
32 Universidad Nacional Tecnológica, UNNATEC	51	28	79	0%	0%	0%	65%	35%	100%
33 Universidad Odontológica Dominicana, UOD	8	30	38	0%	0%	0%	21%	79%	100%
<b>Total de instituciones especializadas</b>	<b>1,111</b>	<b>1,904</b>	<b>3,015</b>	<b>0.9%</b>	<b>1.0%</b>	<b>0.9%</b>	<b>37%</b>	<b>63%</b>	<b>100%</b>
1 Instituto de Formación de Maestros Salome Ureña	915	1,863	2,778	1%	1%	1%	33%	67%	100%
2 Instituto de Estudios Especiales Superiores de las FFAA, IEESFA	156	0	156	0%	0%	0%	100%	0%	100%
3 BARNA Business Scholl	28	24	52	0%	0%	0%	54%	46%	100%
4 Instituto Cristiano de Estudios Superiores Especializados ICES	12	17	29	0%	0%	0%	41%	59%	100%
<b>Total de institutos técnicos superiores</b>	<b>354</b>	<b>301</b>	<b>655</b>	<b>0.3%</b>	<b>0.2%</b>	<b>0.2%</b>	<b>54%</b>	<b>46%</b>	<b>100%</b>
1 Instituto Politécnico Loyola, IPL	263	138	401	0%	0%	0%	66%	34%	100%
2 Instituto Técnico Superior Oscus San Valero	45	20	65	0%	0%	0%	69%	31%	100%
3 Instituto Técnico Superior Mercy Jácquez, ITESUMJ	9	140	149	0%	0%	0%	6%	94%	100%
4 Instituto Dominicano de Tecnología, IDT	37	3	40	0%	0%	0%	93%	8%	100%
<b>Total general</b>	<b>122,599</b>	<b>196,922</b>	<b>322,311*</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>38%</b>	<b>61%</b>	<b>100%</b>

\* Incluye 2,790 estudiantes de los registrados en la UASD cuyo sexo no había sido especificado.

Fuente: Departamento de Estadística, SEESCYT

## Anexo III.51

## Instituciones de Educación Superior al 2007, según la ley 139-01 de Educación Superior, Ciencia y Tecnología en su art. 24

No	INSTITUTOS TÉCNICOS DE ESTUDIOS SUPERIORES. TOTAL DE ITES: 6
1	Instituto Dominicano de Tecnología, IDT
2	Instituto Politécnico Loyola, IPL
3	Instituto Superior de Tecnología Universal, INSUTEC
4	Instituto Técnico Superior -Oscus- San Valero, OSCUS
5	Instituto Tecnológico Mercy Jácquez, ITESUMJ
6	Instituto Tecnológico de las Américas, ITLA
No	INSTITUTOS ESPECIALIZADOS DE ESTUDIOS SUPERIORES. TOTAL DE IEES: 6
7	Instituto Cristiano de Estudios Superiores Especializados, ICES -Santiago-
8	Instituto Especializado de Estudios Superiores de las Fuerzas Armadas, IEESEA-INSUDE
9	Instituto Especializado de Estudios Superiores de las Policía Nacional, IEESPON
10	Instituto Especializado de Estudios Superiores de Negocios, BARNA
11	Instituto Superior de Formación Docente Salome Ureña, INFODOSU
12	Stevens Institute of Technology International, SITT
No	UNIVERSIDADES. TOTAL DE UNIVERSIDADES: 33
13	Instituto Nacional de Ciencias Exactas, INCE
14	Instituto Superior Agrícola, ISA -Santiago-
15	Instituto Tecnológico del Cibao Oriental, ITECO -Cotuí-
16	Instituto Tecnológico de Santo Domingo, INTEC
17	Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, PUCMM -Santiago-
18	Universidad Abierta para Adultos, UAPA -Santiago-
19	Universidad Adventista Dominicana, UNAD -Bonaó-
20	Universidad Agroforestal Fernando Arturo de Meriño, UAFAM -Jarabacoa-
21	Universidad Autónoma de Santo Domingo, UASD
22	Universidad Católica de Santo Domingo, UCSD
23	Universidad Católica del Este, UCADE -Higüey-
24	Universidad Católica Nordestana, UCNE -San Francisco de Macorís-
25	Universidad Católica Tecnológica de Barahona, UCATEBA
26	Universidad Católica Tecnológica del Cibao, UCATECI -La Vega-
27	Universidad Central del Este, UCE -San Pedro de Macorís-
28	Universidad Central Dominicana de Estudios Profesionales, UCDEP
29	Universidad Cultural Dominico Americana, UNICDA
30	Universidad de Acción Pro Educación y Cultura, UNAPEC
31	Universidad de la Tercera Edad, UTE
32	Universidad del Caribe, UNICARIBE
33	Universidad Dominicana Organización y Método, O&M
34	Universidad Eugenio María de Hostos, UNIRHEMOS
35	Universidad Experimental Félix Adam, UNEFA
36	Universidad Federico Henríquez y Carvajal, UFHEC
37	Universidad Iberoamericana, UNIBE
38	Universidad Interamericana, UNICA
39	Universidad Nacional Evangélica, UNEV
40	Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, UNPHU
41	Universidad Nacional Tecnológica, UNNATEC
42	Universidad Odontológica Dominicana, UOD
43	Universidad Psicología Industrial Dominicana, UPID
44	Universidad Tecnológica de Santiago, UTESA -Santiago-
45	Universidad Tecnológica del Sur, UTESUR -Azua-

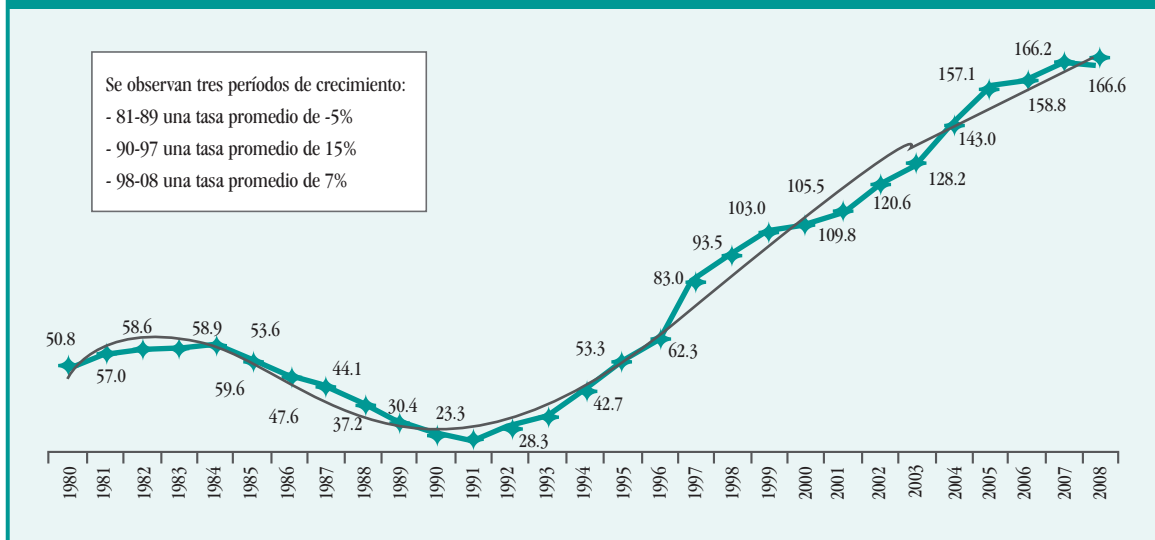
Fuente: Departamento de Estadística, SEESCyT, 2007. Nota: Las instituciones sombreadas son públicas.



Anexo III.52 | Estudiantes matriculados en educación superior por nivel, según carrera, 2005

	Carrera	Total	Técnico	Grado	Especialidad	Maestría	Participación
		322,311	12,501	301,697	3,218	4,727	100%
1	Educación	47,881	2,453	44,470	342	615	14.9%
2	Contabilidad	34,815	1,819	32,555	36	405	10.8%
3	Derecho	29,985	0	29,370	244	371	9.3%
4	Administración	26,854	159	24,214	663	1,818	8.3%
5	Informática	25,706	4,796	20,733	10	167	8.0%
6	Mercadotecnia	24,577	414	23,882	77	204	7.6%
7	Medicina	24,216	26	23,248	942	0	7.5%
8	Psicología	15,293	8	14,993	30	262	4.7%
9	Ingeniería Civil	12,564	88	12,426	37	13	3.9%
10	Ingeniería Industrial	11,484	81	11,378	25	0	3.6%
11	Administración Turística y Hotelera	7,378	980	6,398	0	0	2.3%
12	Arquitectura	6,845	9	6,788	0	48	2.1%
13	Comunicación Social	6,726	0	6,590	86	50	2.1%
14	Bioanálisis	6,569	185	6,384	0	0	2.0%
15	Publicidad	6,041	81	5,960	0	0	1.9%
16	Ingeniería Electromecánica	5,924	0	5,924	0	0	1.8%
17	Enfermería	4,868	8	4,860	0	0	1.5%
18	Lenguas Modernas	4,083	0	4,083	0	0	1.3%
19	Ingeniería Electrónica	2,621	262	2,359	0	0	0.8%
20	Fármaco-Bioquímica	2,518	0	2,518	0	0	0.8%
21	Odontología	2,216	53	2,044	119	0	0.7%
22	Ingeniería Agronómica	2,207	151	2,006	30	20	0.7%
23	Agrimensura	1,077	0	1,077	0	0	0.3%
24	Ingeniería Eléctrica	1,051	132	919	0	0	0.3%
25	Economía	787	0	787	0	0	0.2%
<b>Total</b>		<b>314,286</b>	<b>11,705</b>	<b>295,966</b>	<b>2,641</b>	<b>3,973</b>	<b>97.5%</b>

Anexo III.53 | Cantidad de estudiantes de la UASD, (en miles) 1980-2006



**Anexo III.54 | Matriculación bruta universitaria, 1989-2007**

Años	Población de 18 a 24 años	Matrícula Universitaria	Matriculación Bruta
1989	987,198	106,110	10.7%
1990	999,637	102,069	10.2%
1991	1,012,997	98,276	9.7%
1992	1,025,609	100,226	9.8%
1993	1,037,940	108,335	10.4%
1994	1,050,455	128,335	12.2%
1995	1,063,621	136,467	12.8%
1996	1,077,320	146,786	13.6%
1997	1,091,231	179,826	16.5%
1998	1,105,546	197,211	17.8%
1999	1,120,443	224,075	20.0%
2000	1,136,108	245,056	21.6%
2001	1,153,191	261,035	22.6%
2002	1,171,568	286,134	24.4%
2003	1,190,264	298,092	25.0%
2004	1,208,295	313,427	25.9%
2005	1,224,685	322,311	26.3%
2006	1,239,412		
2007	1,253,134		

Fuente: ONE y SEESCyT.

**Anexo III.55 | Gasto en educación superior, 1996-2007**

Años	PIB nominal (en millones RD\$)	Ejecución presupuesto (en millones RD\$)	Gasto total en educación (en millones RD\$)	Gasto en Educación Superior (millones RD\$)	Subsidio a la UASD (en millones RD\$)
1996	233,833.3	26,388	6,968	1,454	384
1997	274,423.9	34,566	8,616	1,871	602
1998	311,282.8	40,515	11,943	2,559	794
1999	343,745.3	48,828	13,432	2,901	800
2000	388,301.9	53,669	15,391	3,568	900
2001	415,520.9	67,334	17,455	4,124	968
2002	463,624.3	76,650	19,980	4,673	1,078
2003	617,988.9	91,144	24,068	5,406	1,157
2004	909,036.8	167,451	29,649	7,003	1,381
2005	1,020,002.0	192,669	35,662	8,911	1,778
2006		234,997			2,078
2007					2,577

Fuente: Anexos III. 45 y III.46, UASD y Banco Central.

**Anexo III.56 | Resultados de pruebas de orientación y medición académica (POMA) a estudiantes de nuevo ingreso por contenido y universidad, 2007-2008**

UNIVERS-IES	Cantidad	Verbal	R	Matemáticas	R	Espacio Estructural	R	Ciencias Naturales	R	Ciencia Sociales	R	Psico-social	R	Total ponderado	R
NTEC	769	11	1	9,05	1	8,4	1	8,54	1	9,74	1	10,6	1	67,61	1
UNIBE	943	10,5	2	8,6	2	7,97	3	7,87	2	8,57	2	9,27	4	64,48	2
LOYOLA	265	10,3	3	7,71	3	7,61	2	7,72	3	8,28	4	8,85	6	62,96	3
INCE	43	9,42	5	7,11	4	7,23	4	7,32	5	7,65	5	9,7	2	61,34	4
UNAPEC	57	9,68	4	6,51	6	6,53	6	7,03	7	8,4	3	9,49	3	60,84	5
UNICA	46	9,21	6	6,54	5	6,52	7	7,65	4	7,6	6	9,04	5	59,99	6
UNNATEC	29	8,23	13	5,71	11	6,28	10	7,24	6	7,21	7	8,79	7	58,42	7
UASD	21,588	8,98	8	5,98	7	6,6	5	6,73	8	7,18	8	8,15	8	58,39	8
UTESA	1,182	9,02	7	5,95	8	6,47	8	6,57	10	6,65	10	7,59	13	57,23	9
UNAD	157	8,89	10	5,66	12	6,22	12	6,58	9	6,9	9	7,8	10	57,07	10
O&M	7,208	8,53	12	5,59	13	6,23	11	6,39	12	6,61	7	8,14	9	56,59	11
UAPA	942	8,55	11	5,72	10	5,98	13	6,42	11	6,57	11	7,74	11	56,32	12
ISFODOSU	2,561	8,03	15	5,29	15	5,77	15	6,09	13	6,14	13	7,7	12	54,93	13
UCATECI	711	8,92	9	5,88	9	6,4	9	6,04	14	5,39	16	6,1	16	54,92	14
ITECO	209	8,08	14	5,33	14	5,87	14	5,9	15	6,13	14	6,97	14	54,5	15
UTESUR	283	7,49	16	4,97	16	5,44	16	5,36	16	5,55	15	6,73	15	52,58	16

Nota: R indica la posición del centro entre todos los centros.

Fuente: Dr. José V. Díaz Esteve y Carlos Ruiz Matuk (agosto 2008). Informe síntesis de los resultados de las diversas aplicaciones del POMA.3 durante el año escolar 2007-8. SEESCyT

## Anexo III.57 | Ejecución presupuestaria de la UASD en millones RD\$, 2000-2007

Conceptos	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Total de Ingresos Corrientes	980.7	1,077.3	1,229.3	1,338.6	1,641.4	2,022.3	2,358.4	2,912.5
Entradas Propias Corrientes	77.5	99.3	141.6	175.8	241.5	220.1	255.6	319.7
Derechos Académicos	5.3	85.0	119.4	141.2	205.7	178.5	198.3	245.7
Subsidio Gobierno	900.0	967.7	1,078.4	1,156.7	1,381.2	1,778.4	2,077.8	2,577.2
Otros Aportes e Ingresos Corrientes	3.2	10.3	9.2	6.1	18.6	23.7	24.9	15.5
Total de Ingresos de Capital	85.8	83.9	3.1	67.2	93.4	152.6	144.0	208.2
Total de Ingresos Corrientes y de Capital	1,066.5	1,161.2	1,232.4	1,405.8	1,734.8	2,174.9	2,502.4	3,120.7
A. Gastos Corrientes	995.1	1,049.5	1,093.1	1,206.6	1,619.4	2,055.7	2,350.5	3,099.5
Gastos de Operación	872.6	916.4	941.9	1,018.1	1,353.5	1,689.2	2,007.9	2,634.8
Servicios Personales	804.9	833.9	858.2	900.2	1,135.6	1,497.6	1,794.6	2,403.0
Servicios No Personales	44.2	51.2	53.1	65.9	107.5	99.5	124.5	136.4
Materiales y Suministro	23.6	31.4	30.6	52.0	110.3	92.2	88.8	95.4
Aportes Corrientes	118.6	130.4	147.6	187.9	262.7	365.2	340.0	459.0
Intereses Deuda y Pago Diferido	3.8	2.7	3.0	0.6	3.2	1.3	2.6	5.7
B. Gastos de Capital	115.7	113.0	89.1	90.5	173.3	166.7	157.2	206.4
Inversión Real	12.3	19.3	17.6	31.4	83.8	54.1	17.3	23.8
Adquisición Activos Existentes	-	3.8	-	1.5	0.1	-	0.0	0.1
Amortización de la Deuda	31.2	15.9	14.7	2.3	20.1	18.0	32.5	46.1
Inversiones Financieras	72.2	74.0	56.8	55.2	69.4	94.6	107.4	136.5
Total Gastos Corriente + Gastos de Capital	1,110.8	1,162.6	1,182.2	1,297.1	1,792.8	2,222.4	2,507.6	3,305.9
Superávit o déficit del periodo	(44.3)	(1.4)	50.2	108.6	(58.0)	(47.6)	(5.3)	(185.2)

Fuente: Oficina Ejecución de Presupuesto

## Anexo III.58 | Profesores de las IES y grado académico por institución, 2005

Concepto	Maestros total <sup>(1)</sup>	E + M + D <sup>(2)</sup>	Alumnos/maestros <sup>(1)</sup>	Alumnos <sup>(2)</sup> (E + M + D) <sup>(2)</sup>	Distribución de profesores por IES		Distribución de estudiantes por IES	
					Maestros total <sup>(1)</sup>	E + M + D <sup>(2)</sup>	%	Posición
Alumnos por docentes	11,250	3,929	28.38	39.9	100%	100%	100%	
BARNA Business Scholl	43	43	1.21	1.2	0.40%	1.10%	0.00%	36
Instituto Cristiano de Estudios Superiores Especializados ICES	18	4	1.61	7.3	0.20%	0.10%	0.00%	37
Universidad Odontológica Dominicana, UOD	23	0	1.65	0.0	0.20%	0.00%	0.00%	33
Universidad Católica del Este, UCADE	67	10	2.27	15.2	0.60%	0.30%	0.00%	30
Instituto de Estudios Especiales Superiores de las FFAA, IEESFA	58	21	2.69	7.4	0.50%	0.50%	0.00%	35
Universidad Experimental Félix Adames, UNEFA	30	27	4.13	4.6	0.30%	0.70%	0.00%	31
Instituto Técnico Superior Oscus San Valero	15	8	4.33	8.1	0.10%	0.20%	0.00%	39
Universidad Eugenio María de Hostos, UNIREMHOS	126	62	5.02	10.2	1.10%	1.60%	0.20%	21
Universidad Central Dominicana de Estudios Profesionales, UCDEP	31	4	5.29	41.0	0.30%	0.10%	0.10%	29
Universidad Psicología Industrial Dominicana, UPID	49	24	5.41	11.0	0.40%	0.60%	0.10%	28
Universidad Cultural Dominicano Americana, UNICDA	65	41	5.42	8.6	0.60%	1.00%	0.10%	24
Instituto Dominicano de Tecnología, IDT	6	1	6.67	40.0	0.10%	0.00%	0.00%	41
Universidad Católica Tecnológica de Barahona, UCATEBA	43	28	6.79	10.4	0.40%	0.70%	0.10%	26
Universidad Iberoamericana, UNIBE	572	454	6.8	8.6	5.10%	11.60%	1.20%	12
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, UNPHU	380	nd	7.72	nd	3.40%	nd	0.90%	14
Universidad Agroforestal Fernando Arturo de Meriño, UAFAM	36	12	7.89	23.7	0.30%	0.30%	0.10%	27
Universidad Federico Henríquez y Carvajal, UFHEC	222	123	8.65	15.6	2.00%	3.10%	0.60%	16
Instituto Politécnico Loyola, IPL	46	12	8.72	33.4	0.40%	0.30%	0.10%	38
Universidad Nacional Tecnológica, UNNATEC	9	7	8.78	11.3	0.10%	0.20%	0.00%	32
Instituto Tecnológico de Santo Domingo, INTEC	577	404	8.82	12.6	5.10%	10.30%	1.60%	10
Instituto Técnico Superior Mercy Jácquez (ITESUMJ)	15	2	9.93	74.5	0.10%	0.10%	0.00%	40
Instituto Superior de Agricultura, ISA	61	16	10.2	38.9	0.50%	0.40%	0.20%	22
Universidad Central del Este, UCE	669	78	10.2	87.5	5.90%	2.00%	2.10%	8
Universidad de la Tercera Edad, UTE	144	91	10.54	16.7	1.30%	2.30%	0.50%	18
Universidad Nacional Evangélica, UNEV	114	55	10.84	22.5	1.00%	1.40%	0.40%	19
Universidad Católica Nordestana, UCNE	318	1	10.9	3,465.0	2.80%	0.00%	1.10%	13
Universidad Nacional Adventista, UNAD	86	42	13.29	27.2	0.80%	1.10%	0.40%	20
Universidad Apec, UNAPEC	528	360	13.76	20.2	4.70%	9.20%	2.30%	7
Pontificia Un. Católica Madre y Maestra, PUCMM	854	538	15.28	24.3	7.60%	13.70%	4.00%	5
Universidad Católica Tecnológica del Cibao, UCATECI	300	166	17.4	31.4	2.70%	4.20%	1.60%	9
Universidad Católica de Santo Domingo, UCSD	340	189	21.81	39.2	3.00%	4.80%	2.30%	6
Universidad Del Caribe, UNICARIBE	539	86	25.92	162.5	4.80%	2.20%	4.30%	4
Universidad Abierta para Adultos, UAPA	171	138	26.35	32.7	1.50%	3.50%	1.40%	11
Universidad Tecnológica del Sur, UTESUR	64	45	26.39	37.5	0.60%	1.10%	0.50%	17
Instituto de Formación de Maestros Salomé Ureña	103	69	26.97	40.3	0.90%	1.80%	0.90%	34
Universidad Tecnológica de Santiago, UTESA	1,239	553	31.37	70.3	11.00%	14.10%	12.10%	2
Universidad Nacional de Ciencias Exactas, INCE	8	7	41.13	47.0	0.10%	0.20%	0.10%	25
Universidad Dominicana Organización y Método, O&M	563	208	58.39	158.0	5.00%	5.30%	10.20%	3
Universidad Autónoma de Santo Domingo, UASD	2,718	nd	58.64	nd	24.20%	nd	49.50%	1
Instituto Tecnológico del Cibao Oriental, ITECO	nd	nd	nd	nd	nd	nd	0.80%	15
Universidad Interamericana, UNICA	nd	nd	nd	nd	nd	nd	0.20%	23

(1) UNICA e ITECO que no reportan cantidad de profesores

(2) UNICA, ITECO, UASD y UNPHU que no reportan datos de profesores con especialidad, maestría y doctorado

E= Especialidad, M=Maestría y D=Doctorado

**Anexo III.59 | Educación superior y entrenamiento, Preparación tecnológica e Innovación: posición de República Dominicana y los países de Centroamérica 2008, a nivel mundial (entre 134 países) y a nivel regional (entre siete países)**

	<b>RD</b>	<b>Guatemala</b>	<b>Honduras</b>	<b>El Salvador</b>	<b>Nicaragua</b>	<b>Costa Rica</b>	<b>Panamá</b>
Educación superior y entrenamiento	99	103	93	95	113	49	77
A. Cantidad de la educación	90	112	92	98	99	76	70
5.01 Matriculación en secundaria*	96	105	91	101	99	71	93
5.02 Matriculación en terciaria*	61	107	89	82	87	78	47
B. Calidad de la educación	120	105	112	103	122	39	102
5.03 Calidad del sistema educativo	131	118	116	102	130	32	108
5.04 Calidad de la educación en matemáticas y ciencia	131	120	117	108	129	64	112
5.05 Calidad de la administración de las escuelas	100	47	101	70	83	20	91
5.06 Acceso al internet en las escuelas	83	93	92	85	117	68	80
C. Formación en el trabajo	84	51	78	71	116	31	59
5.07 Disponibilidad local de servicios de investigación y entrenamiento	89	48	83	81	112	40	65
5.08 Difusión de la formación de la empleomanía	78	55	77	66	115	25	58
Preparación tecnológica	73	74	96	90	122	60	62
9.01 Disponibilidad de las últimas tecnologías	87	72	102	105	128	76	68
9.02 Absorción de la tecnología al nivel de la empresa	62	51	95	93	117	55	56
9.03 Leyes relacionadas a las TIC	58	80	89	83	116	67	50
9.04 IED y transferencia de tecnologías	49	30	29	91	122	8	19
9.05 Abonados a teléfonos móviles*	83	76	97	77	93	92	67
9.06 Usuarios de internet*	71	86	108	87	115	49	72
9.07 Computadoras personales*	99	103	106	84	83	39	87
9.08 Abonados a internet de banda ancha	67	90	126	73	85	58	71
Innovación	103	74	104	118	127	38	73
12.01 Capacidad de innovación	91	65	93	96	127	43	102
12.02 Calidad de las instituciones de investigación	124	103	122	127	125	34	87
12.03 Gasto de las empresas en investigación y desarrollo	100	60	94	117	132	30	63
12.04 Colaboración en investigación entre las universidades y las industrias	95	52	104	115	117	33	74
12.05 Compra gubernamental de productos de alta tecnología	72	68	77	95	108	38	52
12.06 Disponibilidad de ingenieros y científicos	107	90	106	124	123	46	91
12.07 Patentes por utilidad	75	88	73	88	88	53	88

Fuente: Foro Económico Mundial. Índice de Competitividad Mundial. [<http://www.weforum.org/en/initiatives/gcp/Global%20Competitiveness%20Report/index.htm>]

seguridad social  
empleo justicias  
asistencias social  
desarrollo humano  
justicias salud educación  
políticas social  
inmigración haitiana  
cohesión social  
asentamientos humanos  
justicias salud empleo  
derechos educación  
asistencias social  
desarrollo humano

Capítulo IV

Salud

inmigración haitiana  
cohesión social  
asentamientos humanos  
justicias salud empleo  
derechos educación  
asistencias social  
seguridad social  
empleo justicias  
asistencias social  
desarrollo humano  
justicias salud educación  
políticas social  
desarrollo humano

## IV.1 Introducción

---

La definición de salud ha evolucionado con el tiempo, ha pasado de un concepto de carácter claramente curativo y procedimental hacia uno basado en una condición positiva existencial. Las concepciones más modernas sobre la salud tienden a abarcar las dimensiones física, mental, social, emocional y espiritual, aspectos que interactúan simultáneamente en un ser humano interrelacionado con el medio que lo rodea. Este concepto holístico<sup>1</sup> de salud enfatiza el bienestar en vez de la enfermedad, integra el medio ambiente natural y social, concibe el ser humano como una totalidad y su propósito principal es la enseñanza de prácticas para una vida saludable.

Para Amartya Sen “la salud es una de las condiciones más importantes de la vida humana y un componente fundamental de las posibilidades humanas que tenemos motivos para valorar. Ninguna concepción de la justicia social que acepte la necesidad de una distribución equitativa y de una formación eficiente de las posibilidades humanas, puede ignorar el papel de la salud en la vida humana y en las oportunidades de las personas para alcanzar una vida, sin enfermedades y sufrimientos evitables ni mortalidad prematura. La equidad en la realización y distribución de la salud queda así incorporada y forma parte integral de un concepto más amplio de la justicia”.

Este capítulo analiza la situación de salud en el país desde una perspectiva sistémica tal como fue discutido en el Capítulo II de este informe. Para ello hace una revisión del marco legal e institucional, revisa los principales indicadores de salud, los objetivos de desarrollo del milenio, hace un análisis integral del sistema de salud, discute la participación social y municipal para finalizar con un balance general y recomendaciones.

## IV.2 Marco teórico

---

La salud puede también visualizarse desde distintas perspectivas, como el enfoque de capacidades, el de cohesión social, el de ciclo de vida, el de género, como derecho y como producción social. Todos estos enfoques son complementarios entre sí y tienen varios puntos de contacto, como son: la equidad, la eficiencia, la inclusión y la participación social. Puntos que pueden ser utilizados para fines de análisis, pero cuyo valor principal es que se constituyan en ejes transversales de las acciones del sistema de salud. Sin embargo, esto constituye un gran desafío debido a las limitaciones culturales y gerenciales para la puesta en práctica de los mismos.

Este informe analiza la situación de salud desde el enfoque de capacidades, es decir, desde el desarrollo humano, entendido como la ampliación de las libertades reales para que las personas puedan elegir lo que valoran en la vida. La hipótesis central es que una política efectiva y deliberada que genere desarrollo humano contribuirá a fortalecer la cohesión social. Para ese fin, entonces las políticas sociales y en este caso las políticas de salud deberán organizarse de una determinada manera para producir el resultado esperado. Los instrumentos de políticas son conocidos, lo importante es combinarlos para mejorar las condiciones de vida de las personas.

Desde la perspectiva de las capacidades se entiende la salud como una condición básica del accionar y el bienestar del ser humano, que se constituye en un determinante para la gestión individual y colectiva de las libertades, permitiendo el aprovechamiento de oportunidades conducentes a obtener lo que se quiere y se aspira en la vida. La salud es un requerimiento primario para el buen ejercicio de las capacidades que incide en cómo los seres humanos desarrollan y viven su existencia, por lo que se constituye en una de las variables constitutiva de calidad de vida de las personas.

---

1 El Concepto de Salud [<http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaCon.html>]



La ausencia de salud, por el contrario, constriñe la libertad y las iniciativas individuales para el aprovechamiento de las oportunidades sociales. En ese sentido, es un factor restrictivo de la capacidad de autogestión y de bienestar humano. Por tanto, la concepción de la salud como capacidad, amplía la visión tradicional curativa y biológica, que la entendía como un mero proceso técnico intervencionista de recuperación de una situación perdida. Inclusive, trasciende también la concepción más moderna de producción y reproducción social de la salud, al ubicarla en una perspectiva ontológica, como un estado vivencial básico y deseable para el adecuado ejercicio de las capacidades y las libertades individuales y colectivas.

Actualmente se reconoce que la población de un país es su mejor activo, siendo la salud una condición imprescindible para que ese activo pueda reeditar beneficios sociales que se traduzcan en bienestar individual y colectivo. En tal sentido, el mantenimiento y la mejora del estado de salud general de la población es un eje central de la política de reducción de las desigualdades y las inequidades sociales.

### Salud y cohesión social

La cohesión social son las fuerzas intangibles que adhieren, atraen y vinculan los componentes de un colectivo humano. Subjetivamente, es el sentido de pertenencia, de integración gregaria, con relación al referente social al que se está vinculado. Su vivencia individual se puede traducir como sensación de formar parte de un grupo social determinado. Es opuesta a la exclusión.

La cohesión social además tiene que ver con el sentido de paridad, con la sensación de ser igual al otro. Por tanto, cualquier sentido de superioridad social o individual rompe con la percepción de paridad y genera distancia y desigualdad con relación a otras individualidades sociales. Pero igualmente, aunque en sentido contrario, el menosprecio a sí mismo, el considerarse menos produce separación y distancia, debilita también la cohesión en el grupo social. De ahí que la percepción de enfermedad o falta de salud, como factor que restringe las capacidades y la gestión individual, como situación que aísla y transmite la sensación de estar en defecto o en una condición de inferioridad o desventaja frente a las otras personas, se convierte también en un factor de separación y desigualdad que debilita la cohesión del entorno social del individuo.

Dentro de esta perspectiva, las políticas públicas pueden contribuir o no a intensificar el distanciamiento o la proximidad entre los ciudadanos y las ciudadanas. De ahí que las políticas sociales que tiendan a recuperar o garantizar el estado de salud de una población, al igual que las políticas que fomenten la inclusión, la igualdad y la equidad, incidirán en el grado de cohesión que tendrá la sociedad. De la misma manera, al constituirse la salud en una condición básica del estado personal que se considera “normal” en una sociedad, se convierte también en un factor de ciudadanía que subjetivamente empodera mejor a los individuos para su desempeño social.

### La producción social de la salud

Se refiere a que la salud es resultado de múltiples factores sociales y actúa en forma combinada, entre los que se encuentran: los biológicos (como la genética y la condición orgánica); los ambientales (aire que se respira, agua que se consume, etc); los socioeconómicos (nivel de ingreso, las condiciones de la vivienda, entre otros); y los servicios de salud (cantidad y calidad de servicios de salud que se reciben)<sup>2</sup>.

2 Ministerio de Salud de Costa Rica [http://www.ministeriodesalud.go.cr/desaorga/documentos/modeloconceptualestra.pdf] p.5

Es una concepción multifactorial que comprende la salud y la enfermedad como estados condicionados y dependientes de una diversidad de factores naturales y sociales que interactúan entre sí. Entiende además, que el 80%<sup>3</sup> de los factores que inciden tanto en la salud como en la enfermedad, son de carácter ambiental y socioeconómico, y sólo el 20% de tipo biológico y relacionado con los servicios de salud.

Visualizar la salud de esta forma confiere gran responsabilidad a los sujetos sociales y políticos, en la creación social de condiciones socioeconómicas y ambientales adecuadas, además de las que deben primar en los servicios de salud. Pero también exige responsabilidad a los individuos.

### **La salud como derecho**

La salud y la alimentación son dos derechos humanos básicos y fundamentales. Se puede sobrevivir sin educación, como la humanidad lo ha hecho la mayor parte de su historia, pero no sin salud y menos sin alimentación.

A pesar de los avances producidos en los derechos ciudadanos en las últimas décadas, una parte importante de las autoridades y la población continúa entendiendo la prestación de los servicios de salud como una concesión o un favor del Estado. Percepción contraria a una perspectiva de derecho, que aspira a que las personas integrantes de una sociedad entiendan la salud como una de las responsabilidades primarias y fundamentales de un sistema democrático. En el caso específico de República Dominicana, las políticas sociales asistencialistas y populistas aplicadas a lo largo de la historia republicana han construido y reforzado la visión de la salud como dádiva, como parte de una política clientelista<sup>4</sup>, que degrada a quienes la reciben y no genera ningún tipo de corresponsabilidad ciudadana.

### **La salud y los ciclos de vida**

Los ciclos son un conjunto de momentos con características similares que se producen ordenadamente en el desarrollo de la vida y marcan un patrón de similitudes. En la vida de los seres humanos los principales son: nacimiento, niñez, juventud, adultez, vejez y muerte<sup>5</sup>. Cada uno caracterizado por diferencias biológicas, psicológicas y de actividades ocupacionales. La perspectiva de la salud como ciclo de vida toma en cuenta las características específicas de cada uno de esos momentos para especializar las intervenciones y hacerlas más dirigidas y eficaces. Mejoran su impacto en la población.

### **La perspectiva de género en la salud**

La perspectiva de género es transversal para este informe y requiere el reconocimiento de las diferencias naturales que vienen dadas por el sexo, además de las desigualdades sociales y de relaciones de poder que se producen por el género. Trata de propiciar y garantizar la equidad entre hombres y mujeres y, en este sentido, se constituye en un factor integral del desarrollo humano. Desde el punto de vista de la salud, la perspectiva de género busca que se tomen en cuenta las diferencias sexuales y de género con la finalidad de hacer más efectivas las políticas y las intervenciones de salud.

---

3 Ministerio de Salud de Costa Rica [<http://www.ministeriodesalud.go.cr/desaorga/documentos/modeloconceptuallestra.pdf>] p.6

4 En el Capítulo I se discute este aspecto.

5 Los ciclos de vida y el riesgo asociado se discute en el Capítulo VI sobre Seguridad Social y Asistencia Social.

### IV.3 La situación nacional de salud

La economía de República Dominicana ha tenido un gran crecimiento en los últimos cincuenta años, en algunos períodos el más alto del continente. Sin embargo, no ha aprovechado esta creación de riquezas para mejorar el nivel de vida de las personas, lo que ha producido un rezago del progreso del índice de desarrollo humano frente al avance del PIB per cápita<sup>6</sup>. Se ha evidenciado que la economía dominicana redistribuye poco, no produce muchos empleos de calidad y concentra las riquezas en una pequeña proporción de la población, lo que genera una elevada vulnerabilidad social<sup>7</sup>. El bajo gasto público en salud y su contrapartida, el elevado “gasto familiar de bolsillo”, constituyen una de las expresiones más agudas de esta realidad. La estimación preliminar realizada por la Fundación Plenitud indica que el gasto de los hogares o gasto de bolsillo ha rondado el 50%<sup>8</sup> del gasto nacional en salud del país en los últimos años.

Bajo estas condiciones, el desarrollo de un sistema efectivo de salud constituye uno de los pilares estratégicos para el establecimiento de las redes institucionales de protección social, creación de condiciones favorables para el fortalecimiento del desarrollo humano y la cohesión social.

Desde la perspectiva de las políticas públicas, se encuentran dos grandes grupos de problemas prioritarios en el área de salud: a) los que expresan la llamada “deuda social acumulada”, que se caracterizan por la presencia de rezagos propios de los modelos de sociedad superados; y b) los que representan desafíos no tradicionales y expresan las nuevas formas emergentes de estilos de vida de las poblaciones y la sociedad en su conjunto.

Dentro de la perspectiva de las políticas públicas que persigue el desarrollo humano, se deberá considerar que la situación de salud está vinculada a las condiciones de vida de las diferentes poblaciones, por lo que el logro de las metas básicas de transformación de la situación de salud debe ser un compromiso del Estado y la sociedad y no sólo del Sistema Nacional de Salud. Dentro de esta lógica, es oportuno identificar los determinantes generales de la salud, entendidos como las condiciones externas al sector que inciden en la situación de salud de la población del país y los determinantes específicos.

- La localización geográfica: la condición de país tropical determina una vulnerabilidad a enfermedades, cuyos reservorios o medios de transmisión son característicos de dichas condiciones climáticas y ecológicas y por lo tanto difícilmente eliminables. De igual manera, la ubicación geográfica condiciona además un alto riesgo de desastres naturales provocados por huracanes y tormentas, por lo que se necesita una mayor capacidad del sistema de salud para la prevención<sup>9</sup> y atención de las personas lesionadas, desplazadas o damnificadas. Por último, la vecindad con Haití favorece un mayor intercambio de enfermedades transmisibles como malaria, VIH/SIDA (a lo que se adiciona la condición dominicana de país turístico), la tuberculosis y la rabia animal.
- Las inequidades sociales: las distintas condiciones de vida de las poblaciones generan diferencias en la situación de salud de las poblaciones. Se destaca cómo el Índice de Esperanza de Vida al nacer está más asociado el Índice de Educación ( $r = 0.834$ ) que con el de Ingreso ( $r =$

<sup>6</sup> ODH/PNUD 2005, p. 5

<sup>7</sup> Véase el Capítulo I de este informe

<sup>8</sup> Rathe, Magdalena 2000

<sup>9</sup> En tema de prevención a desastres es tratado en el Capítulo VII sobre asentamientos humanos.

0.746)<sup>10</sup>, lo cual es coincidente con la tradicionalmente conocida asociación entre nivel educativo y situación de salud, y permite inferir que si bien elevar los ingresos familiares aporta significativamente a mejorar la situación de salud, sobre todo en las poblaciones más empobrecidas, no es suficiente y se logra mayor impacto si se asocia a partir de la elevación del nivel educativo.

- Los procesos demográficos: la tendencia histórica de la situación de salud del país ha presentado significativos cambios positivos, relacionados con la mejoría progresiva de las condiciones de vida y con los cambios demográficos, ambos articulados con las modificaciones en el modelo económico y social. Se observan progresos en indicadores como la esperanza de vida al nacer que pasa de 64.1 a 72.2 años del 1980-85 al 2005-2010 y la mortalidad infantil, de 81.6 por cada mil nacidos vivos en 1980-85 a 33.7- en el 2005-10<sup>11</sup>. Estos cambios han tenido un impacto demográfico, con un elevado crecimiento de la población, lo que coloca al país en el estadio intermedio de la “transición demográfica”, aunque se ha producido una reducción en la tasa de crecimiento poblacional de los últimos decenios.

Actualmente, el grupo de edad que más crece es el de 15 a 64 años, es decir la población en edad de trabajar (PET), que de acuerdo a las proyecciones<sup>12</sup>, entre 2003 y 2015 se incorporarán a la población económicamente activa (PEA) unas 102 mil personas cada año, que representan el 65% del total de la población. Esta estructura de edad representa una ventana de oportunidad para el desarrollo, ya que el índice de dependencia (= 53.4) es relativamente bajo, pero crecerá progresivamente a medida que en los próximos 25 años la población envejezca.

Sin embargo, esta estructura etaria representa también grandes desafíos, porque el país acumula una deuda social y estos jóvenes que ingresan cada año al mercado laboral, han tenido acceso limitado al sistema de educación y al de salud. Se estima que entre 2008 y 2015 habrá que asegurar atención integral de salud y cobertura de protección social para 1.2 millones de nuevos habitantes, (alrededor de 150 mil cada año)<sup>13</sup>, además de superar la exclusión acumulada históricamente. En términos de salud, esto significa la necesidad de desarrollar capacidades para atender el desafiante perfil específico de salud de los adultos y jóvenes, casi 7 millones<sup>14</sup>, y al mismo tiempo dar respuesta a las necesidades particulares de casi 3 millones de menores de 15 años.

Los determinantes específicos de la salud se refiere a los procesos internos del sistema que inciden directamente en la situación de salud de la población. Entre estos destacan:

- La baja efectividad del sistema de salud, que a pesar del esfuerzo para aumentar la disponibilidad de instalaciones e infraestructura para la atención, que se traduce en una alta cobertura y accesibilidad por parte de la población, mantiene una baja calidad en la provisión de los servicios e ineficiente gestión de los recursos, que resulta en una escasa efectividad sobre la situación de salud. Actualmente las marcadas diferencias sociales no son de acceso, sino de calidad en la prestación de los servicios, que ha estado condicionada por la capacidad de pago de las personas, tanto a nivel privado como público.

---

<sup>10</sup> SESPAS 2008

<sup>11</sup> Anexo I.2. Estos progresos se analizan más ampliamente en el Capítulo II de este informe

<sup>12</sup> SESPAS 2008

<sup>13</sup> SESPAS 2008

<sup>14</sup> DIGEPI SESPAS. ASIS 2003. Santo Domingo 2004. CEPAL Anuario Estadístico de AL 2005. Santiago de Chile 2006.

La limitada calidad del servicio de salud está asociada a factores como son: un gasto público en salud muy bajo (alrededor de 1.6% del PIB en los últimos años)<sup>15</sup>, la estructura y la calidad del gasto; el limitado desarrollo de algunas de las funciones del sistema de salud; el predominio de un modelo de atención y de gestión que resultan inadecuados para la realidad nacional; la carencia de planes con enfoque estratégico y la no profesionalización sanitaria.

Para aumentar la efectividad del sistema de salud, es necesario avanzar considerablemente en la reestructuración y reorganización del sistema público, según lo establecen las leyes, marco de seguridad social y general de salud.

- Un segundo determinante de la salud en el país, es el modelo de atención predominantemente curativo, basado en la atención de la demanda espontánea e individual, principalmente a través de los establecimientos hospitalarios, y “centrados en una oferta restringida de servicios de atención curativa especializada”<sup>16</sup>. Junto con ello, los servicios de salud que promueven la focalización en el tratamiento y control de enfermedades con una visión de corto plazo que fragmenta la provisión de dichos servicios. Este modelo ha tenido un enfoque asistencialista, por tanto, suele estar más preocupado por afrontar los daños que en identificar los procesos determinantes y atacar las causas.
- Un tercer factor es el alto gasto familiar en salud, como respuesta a la baja inversión pública en este sector, donde las familias invierten más del doble por cada unidad monetaria invertida por el Estado. Algunos estudios han mostrado que mientras más pobre es la familia, mayor es la proporción de sus ingresos gastados en salud<sup>17</sup>, de modo que las enfermedades catastróficas constituyen una de las causas frecuentes de quiebra de micro y pequeñas empresas en el país<sup>18</sup>.

Por último, otro componente de gran relevancia para el sistema de salud es la participación social, considerada de importancia estratégica, dado que en el campo de la salud confluyen diferentes sectores con intereses particulares encontrados y en ocasiones contrarios entre sí. Tradicionalmente en el país la participación social ha sido muy limitada, tanto en la toma de decisiones como en la supervisión y la gestión. Tanto la Ley General de Salud 42-01, la 87-01 de Seguridad Social, como sus reglamentos, tienen un buen espíritu de participación social, pero hasta el momento ha sido muy tímido el impulso de espacios e iniciativas en esa dirección.

### IV.3.1 Mortalidad

En términos generales, tanto en hombres como en mujeres la mortalidad aumenta con la edad, aunque los riesgos son mayores para los hombres que para las mujeres y esta diferencia crece en el tiempo. La esperanza de vida al nacer, para el periodo 2005-10, según CELADE<sup>19</sup> es de 72.2 años, pero es de 69.2 años para los hombres versus 75.5 para las mujeres y la diferencia entre sexos pasó de 2.6 años en la década del cincuenta a 6.3 en el segundo lustro del año 2000. En las mujeres se evidencia una menor tasa de mortalidad, la cual se estima en 1.7 por mil nacidas, mientras en los hombres es de 3.1<sup>20</sup>.

---

<sup>15</sup> Lizardo, Jeffrey 2005

<sup>16</sup> OMS 2008

<sup>17</sup> Grupo de Estudios Económicos de la Universidad del Rosario

<sup>18</sup> Ortiz y Mena 2007

<sup>19</sup> CELADE 2007

<sup>20</sup> ENDESA 2007, p.145

**Cuadro IV.1 | Mortalidad registrada y diagnosticada (lista agrupada), 1999 y 2005**

Causa	Muertes Registradas		%		Tasa por 100,000 h	
	1999	2005	1999	2005	1999	2005
Cardiovasculares	8,354	10,268	34.85	39.95	100.0	114.1
E Transmisibles	2,578	3,128	10.75	12.17	30.9	34.8
Tumores malignos	3,391	4,543	14.14	17.68	40.6	50.5
Orig. período Perinatal	1,236	1,989	5.16	7.74	14.8	22.1
Causas externas (violentas)	3,668	3,737	15.30	14.54	43.9	41.5
Otras diagnosticadas	4,746	2,035	19.8	7.92	—	—
Total diagnosticadas	23,973	25,700	100.0	100.0	—	—
Mal definidas	3,120	1,929	11.5	6.88	—	—
<b>Total</b>	<b>27,093</b>	<b>27,599</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>3.2</b>	<b>3.1</b>

Fuente: 1999 DIGEPI/SESPAS2003 y 2005 Calculado con base en datos preliminares de mortalidad 2005 suministrados por la SESPAS/DIGEPI.

Los registros de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS)<sup>21</sup> muestran que las principales causas de mortalidad registradas y diagnosticadas son las enfermedades cardiovasculares (el 40% del total de muertes diagnosticadas), con una tasa de 114.1 por 100,000 en 2005, en comparación con América Latina y el Caribe donde este tipo de enfermedad representó una tasa de 177.1 por 100,000 en 2004. Es probable que el país mantenga una tendencia ascendente, a medida que la población aumente su edad promedio, si no se logra implementar intervenciones efectivas de promoción de la salud y cambios en la calidad de vida que controlen la tendencia al aumento de los factores de riesgo (Cuadro IV.1).

La mortalidad por tumores malignos constituye el 17.6% del total diagnosticado, con una tasa de 50.5 por 100,000, menor que la tasa para América Latina y el Caribe calculada en 95 por 100,000 (Cuadro IV.1). Estas cifras podrían reducir considerablemente si se lograra la cobertura universal, con intervenciones de búsqueda activa y diagnóstico temprano en casos de alta frecuencia, tales como el cáncer ginecológico, sobre todo el de cuello uterino, el de mama, el cáncer de pulmón y los de vías digestivas. Por otro lado, la mortalidad relacionada con el período perinatal constituye un importante desafío (una tasa de 22.1 por 100,000), si se considera que casi el 100% de los nacimientos ocurren en instituciones hospitalarias y reciben atención prenatal profesional. Reducir las causas de muerte evitables en este grupo de edad requeriría mejoras significativas de la calidad de la atención perinatal de las madres y sus neonatos.

La mortalidad por accidentes y violencia constituye otro importante desafío. A menos que se logre implantar intervenciones efectivas de promoción de condiciones de vida más saludables, de reducción de la violencia intrafamiliar y vinculada al género, así como de la violencia social, es de esperarse que las tasas correspondientes de mortalidad continúen ascendiendo. Para lograrlo, se requiere un abordaje intersectorial e interdisciplinario y una alta priorización.

En el grupo de “otras” se destacan la diabetes y la cirrosis hepática. El peso de la primera en la mortalidad general ha ido ascendiendo en forma progresiva, estimada en una tasa de mortalidad de 12 por 100,000 habitantes para el año 2003<sup>22</sup>, que asumiendo esta misma tasa para el año 2006 se habría registrado alrededor de 1,200 muertes atribuibles a esta enfermedad. La diabetes se ubica entre las 10 primeras causas específicas de mortalidad general, al igual que las cirrosis hepática.

21 SESPAS 2008

22 SESPAS 2005

En septiembre de 2005, luego del compromiso asumido por el país para lograr los Objetivos y Metas de Desarrollo del Milenio, la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) inició la movilización nacional “Tolerancia Cero” como estrategia a la ocurrencia de casos y muertes por problemas de salud evitables.

Tolerancia cero frente a:

- Muertes maternas y de menores de cinco años evitables
- Enfermedades y muertes prevenibles por el esquema nacional de inmunización
- Casos de tuberculosis
- Muertes por malaria y brotes de malaria en poblaciones o territorios priorizados alrededor de áreas cañeras
- Muertes por dengue

- Transmisión vertical del VIH evitable

Las estrategias planteadas están dirigidas a elevar la calidad de la atención, asegurar la disponibilidad de vacunas y medicamentos en todo el sistema nacional de salud y reforzar la vigilancia epidemiológica y la participación social en la planificación, gestión, monitoreo y evaluación de las intervenciones.

Hasta diciembre de 2008 la Dirección General de Epidemiología elaboró 37 informes mensuales “Tolerancia Cero”, en los cuales se presenta una selección de indicadores que muestra la situación epidemiológica nacional y desagregada al nivel provincial, así como, indicadores operativos de captación, notificación e investigación epidemiológica por parte de los centros de salud de la red.

Fuente: ODH/PNUD con base en UNICEF y SESPAS 2008

La OPS señala la existencia de importantes sub registros en las cifras sobre mortalidad, situación asociada a la limitada utilización de los sistemas de información disponibles, la baja capacidad técnica, la rotación de los recursos humanos y los problemas burocráticos. La Mobilización Tolerancia Cero creado en 2005 ha intentado reducir este subregistro, mejorando notablemente los sistemas de registro, monitoreo y evaluación (Recuadro IV.1).

La comparación entre 1999 y 2005 muestra que el subregistro de muertes podría no haberse reducido de manera apreciable entre 1999 y 2005, ya que la tasa de mortalidad diagnosticada se mantiene alrededor de 3.1, lo que representaría un subregistro alrededor del 50% de las muertes estimadas totales<sup>23</sup>.

El subregistro de las muertes en menores de un año es de 52% en 2006. El país ha realizado esfuerzos para mejorar la calidad de los diagnósticos de mortalidad y es probable que los mismos estén mejorando, ya que se ha reducido el porcentaje de muertes registradas mal definidas de 11.6% a 6.9% entre 1999 y 2005.

En el caso particular del registro de las muertes por SIDA, cuya estimación en 2005<sup>24</sup> era de alrededor de 6,000 personas, cabe destacar la presencia de un subregistro más acusado que puede deberse al estigma que rodea esta condición y a que en muchos casos la muerte no se diagnostica por SIDA sino por alguna de las enfermedades oportunistas que afecta al sistema inmune de la persona viviendo con VIH.

Una tabulación preliminar de las principales causas de mortalidad registradas en el año 2006, de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10)<sup>25</sup> (Anexo IV.3), muestra que, con excepción del VIH/SIDA y las neumonías, estas corresponden a enfermedades crónicas y problemas

<sup>23</sup> La tasa general de mortalidad estimada para 2000-2005 fue de 6.03. ONE.- op.cit.

<sup>24</sup> DIGECITSS/SESPAS 2005

<sup>25</sup> Esta lista de la CIE X comprende 1,000 diagnósticos y numerosas sub categorías. Su principal utilidad es de carácter clínico y para evidenciar los diagnósticos específicos más frecuentes, los cuales tienden a ocultarse cuando se trabaja con listas agrupadas.



no transmisibles. En este grupo se destacan las enfermedades cardiovasculares (incluidas las cerebrovasculares, infartos y otras cardiopatías isquémicas, la diabetes, la cirrosis hepática, la hipertensión). Entre las primeras causas de muerte aparecen también el cáncer de próstata y algunas de las muertes por accidentes. La mayoría de estas enfermedades están relacionadas con el llamado “síndrome metabólico”, que tienen en común los siguientes factores:

- Alimentación inadecuada (alta en grasas y carbohidratos, baja en vegetales y frutas).
- Limitada actividad física y sobrepeso.
- Abuso de sustancias adictivas como el tabaco y el alcohol.

Lo anterior muestra que las primeras causas de muerte son en su gran mayoría prevenibles y evitables, si se tiene acceso oportuno a atenciones de calidad que aseguren la promoción de una vida saludable y la prevención a tiempo de sus principales factores de riesgo.

En general, el perfil de mortalidad evidencia una alta vulnerabilidad por las condiciones de vida no saludables y las limitaciones de acceso a servicios de calidad de gran parte de la población dominicana. Este perfil demanda cambios significativos en la cultura institucional de los servicios de salud para incorporar estrategias más efectivas de promoción, prevención y la aplicación de un modelo de atención más integral.

### IV.3.2 La mortalidad en la niñez

La mortalidad en la niñez, aún cuando ha descendido de manera sostenida en los últimos decenios, continúa siendo superior a la de muchos países de América Latina y el Caribe con condiciones económicas similares o inferiores. En efecto, tal como se discutió en el Capítulo II de este informe, el valor registrado de mortalidad es un 11% superior al valor esperado dado el estándar mundial asociado a la riqueza por habitante y la tasa de mortalidad infantil (menor a un año) ha disminuido, su reducción ha sido menor que el promedio de América Latina y está un 18% por encima del valor esperado dado el estándar mundial que asocia esta tasa de mortalidad con el ingreso por habitante.

Los descensos históricos de la mortalidad en la niñez han ocurrido básicamente en la mortalidad post-neonatal, infantil y post infantil (Cuadro IV.2), como expresión

del esfuerzo de inmunización y de la ampliación del acceso a la rehidratación oral, al manejo simplificado de las infecciones respiratorias agudas y otras acciones similares, es decir, por la aplicación masiva de tecnologías de bajo costo y baja complejidad técnica. En los noventa se implementó la “Iniciativa Hospital Amigo de la Niñez y de las Madres” la cual, a través de una estrategia de bajo costo, consiguió buenos resultados en la reducción de la morbilidad y mortalidad infantil (Recuadro IV.2).

Sin embargo, la mortalidad neonatal (menores de 28 días) se ha mantenido alta y casi sin reducción desde 1991. De acuerdo con la SESPAS, las muertes neonatales representaron en el año 2006 el 82.4 % de las muertes en menores de un año y alrededor del 70 % de las de menores de 5 años<sup>26</sup>.

**Cuadro IV.2 Evolución de las tasas de mortalidad en la niñez, (diversos años) (muertes por mil)**

Tasa de mortalidad	1986	1991	1996	2002	2007
Mortalidad neonatal (MN)	40	24	27	22	23
Mortalidad post-neonatal (MPN)	28	19	20	10	10
Mortalidad infantil (1q0)	67	43	47	31	32
Mortalidad post-infantil (4q1)	22	17	11	7	5
En la niñez (5q0)	88	59	57	38	36

Fuente: ENDESA 2007, p. 139



En 1992 República Dominicana asume la estrategia "Iniciativa Hospital Amigo de la Niñez y de las Madres" de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Oficina Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), promoviendo diez pasos hacia una lactancia materna exitosa. La meta de la iniciativa es la certificación de 45 establecimientos de salud, en 1996 existían 15 hospitales trabajando activamente y 8 certificados.

#### Los objetivos de la Iniciativa Hospital Amigo de la Niñez y de las Madres

- Contribuir a la disminución de la morbilidad y la mortalidad infantil, materna y adolescentes en los servicios de salud.
- Elevar la calidad de la atención de los servicios y mejorar el grado de satisfacción de las personas demandantes.

#### Pasos

1. Disponer de políticas y normas por escrito relativas a la atención integral materno-infantil y adolescente, que sistemáticamente se pongan en conocimiento de todo el personal de salud.
2. Capacitar al personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica las políticas y normas de acciones integrales materno-infantil y adolescente.
3. Orientar a usuarios (as) de los servicios sobre una adecuada conservación de salud acorde a la estrategia de acciones integrales materno-infantil y adolescente.
4. Informar a las embarazadas los beneficios que ofrece la lactancia materna y cómo ponerla en práctica.
5. Ayudar a la madre a iniciar la lactancia materna durante la media hora después del parto (apego precoz).
6. Mostrar a las madres cómo debe dar de mamar al niño (a) y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
7. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento de bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
8. Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y sus hijos e hijas desde el nacimiento y durante las 24 horas del día.
9. Fomentar la lactancia natural cada vez que se necesite
10. No dar a alimentados de pecho biberones ni biberones

#### Impacto de la iniciativa en República Dominicana

- Disminución de la relación entre casos de, enfermedad diarreica aguda (EDA) e infección respiratoria aguda (IRA) con respecto al total de consultas de pediatría.
- El porcentaje de niños que empezó a lactar dentro de la primera hora de vida aumentó de 33% a 63% (1991-1996).
- Reducción del porcentaje de niños que no están siendo amamantados. De 12% a 7% para niños menores de un mes, de 24% a 19% para niños de 2 a 3 meses y de 39% a 29% para niños de 4 a 5 meses. (1991-1996).
- La mortalidad en menores de un año con relación al total de egresos de pediatría en los establecimientos presentó una tendencia a la disminución.

Fuente: ODH/PNUD con base en SESPAS 1999 y CESDEM 1998

Del 100 % de muertes neonatales en 2007, solo el 9.5% tuvo análisis de evitabilidad y del total de muertes analizadas, el 40.7% corresponde a muertes evitables<sup>27</sup>.

Las principales causas de muerte neonatal son: síndrome dificultad respiratoria del recién nacido, sepsis bacteriana del recién nacido, hipoxia intrauterina y asfixia del nacimiento, neumonía congénita, síndrome de aspiración neonatal y prematuridad<sup>28</sup>. Las tres primeras son evitables con una adecuada gestión de los cuidados en el entorno hospitalario, y el personal adecuado (en cantidad y con las competencias requeridas) debidamente capacitado<sup>29</sup>.

Entre las estrategias y acciones priorizadas por el "cluster" (grupos interprogramáticos) coordinado para la Movilización Compromiso Nacional Tolerancia Cero, para abordar las altas tasas de mor-

<sup>27</sup> Borrador del Estudio realizado por la Dirección Nacional de Enfermería de SESPAS 2009 "Análisis comparativo de la gestión de los cuidados del entorno hospitalario en las dimensiones de Bioseguridad y gestión de suministros de los servicios de cuidados obstétricos y neonatales en 8 Hospitales priorizados de la SESPAS durante el periodo Febrero- Abril 2008."

<sup>28</sup> SESPAS 2008 [<http://www.sespasdigepi.gob.do/>]

<sup>29</sup> Borrador del Estudio realizado por la Dirección Nacional de Enfermería de SESPAS 2009 "Análisis comparativo de la gestión de los cuidados del entorno hospitalario en las dimensiones de Bioseguridad y gestión de suministros de los servicios de cuidados obstétricos y neonatales en 8 Hospitales priorizados de la SESPAS durante el periodo Febrero- Abril 2008."

alidad materna y neonatal, se incluyen esencialmente acciones vinculadas con el mejoramiento de la calidad de la atención materna y neonatal, mejoramiento del registro clínico y la obligatoriedad del análisis de evitabilidad que pueden impactar la situación epidemiológica del país, sin embargo, gran parte de estas medidas no han podido ser implementadas<sup>30</sup>.

Existen grandes disparidades en la mortalidad infantil asociadas al ingreso, al nivel educativo de las madres y al territorio. En 2007 el estrato más pobre registraba una tasa de mortalidad de menores de 5 años que era 1.89 veces la del grupo más rico y la tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año) era 1.65 veces la de dicho grupo. Las menores diferencias entre las distintas tasas de mortalidad por estratos de ingresos se presentan en la mortalidad neonatal, es decir, en el primer mes de vida, y crecen a medida que aumentan los años de vida. La inequidad social se expresa en una probabilidad mayor de morir así como en baja calidad de los servicios de salud a los cuales tienen acceso. (Cuadro IV.3).

Entre las disparidades vinculadas a la educación se pueden identificar varias tendencias entre 2002 y 2007:

- A mayor educación menor tasa de mortalidad. La probabilidad de que el hijo de una madre sin educación formal muera antes de los 5 años es 3 veces mayor que si la madre tiene educación universitaria<sup>31</sup>.
- La distancia promedio entre las distintas tasas de mortalidad, dado los niveles educativos, se reducen cuando se compara 2007 y 2002, con excepción de la mortalidad neonatal, lo que está indicando que existen otros factores (asociados a la calidad de la provisión de los servicios) que están afectando más que el nivel educativo.
- La distancia de las tasas de mortalidad entre el estrato de nivel educativo más alto y más bajo aumenta entre 2002 y 2007, polarizando la sociedad. (Anexo IV.4). Estas evidencias resaltan la importancia del impacto que podría tener la elevación del nivel educativo de las madres en la reducción de la mortalidad infantil.

A nivel territorial se aprecia que en 2007, la diferencia interprovincial sigue el mismo patrón, las provincias con baja mortalidad son consistentes en la mortalidad neonatal, infantil y menores de 5 años.

Se observa una tendencia a la convergencia por regiones de salud, entre 2002 y 2007, en la tasa de mortalidad neonatal, infantil, post-infantil y en la niñez, no así en la post-neonatal. Las diferencias interregionales en la tasa de mortalidad neonatal en 2007 era la más baja, mientras que la tasa de mortalidad infantil y en la niñez tienen el mismo orden de diferencia interregional (Cuadro IV.4).

**Cuadro IV.3**

**Tasa de mortalidad neonatal, post-neonatal, infantil, post-infantil y en la niñez, 2007**

Quintil de riqueza	Mortalidad neonatal (MN)	Post- neonatal (MPN)	Mortalidad infantil (1q0)	Post-infantil (4q1)	En la niñez (5q0)
Inferior	24	19	43	11	53
Segundo	25	10	35	5	40
Intermedio	22	9	31	3	33
Cuarto	18	5	23	2	25
Superior	18	8	26	2	28
Media Nacional	23	10	32	5	36
Coficiente de variación	0.15	0.52	0.25	0.82	0.31
estrato superior/Inferior	1.3	2.4	1.7	5.5	1.9

Fuente: ENDESA 2007, p.141

30 DIGEPI-SESPAS 2008

31 ENDESA 2007

Cuadro IV.4

### Diferencia interregionales: tasas de mortalidad neonatal, post-neonatal, infantil, post-infantil y en la niñez, 2002 y 2007

Año	Mortalidad neonatal (MN)	Post- neonatal (MPN)	Mortalidad infantil (1q0)	Post-infantil (4q1)	En la niñez (5q0)
2002	0.183	0.351	0.231	0.630	0.301
2007	0.139	0.503	0.219	0.448	0.215

Fuente: ODH/PNUD en base a ENDESA 2007 y 2002

Finalmente, según los datos reportados por ENDESA 2007 no hay gran diferencia en las tasas de mortalidad urbana y rural, lo cual contrasta positivamente con la información del año 2002 donde si eran mucho más acentuadas las diferencias.

### IV.3.3 La mortalidad materna

La cobertura de atención profesional prenatal (98.9%), de atención institucional de los partos (97.5%) y de la atención profesional durante el parto (97.8%)<sup>32</sup>, son muy superiores a la mayoría de los países latinoamericanos (62.4% promedio continental). Además la cobertura de atención es homogénea en todas las provincias del país.

Estimaciones realizadas por la SESPAS para el 2007 situaron la mortalidad materna entre 80 y 100 por 100,000 nacidos vivos<sup>33</sup> según comportamiento epidemiológico en el periodo de un año. Esto ha sido monitoreado en el marco de la movilización “Tolerancia Cero”.

Los datos de la ENDESA 2007 establecen que la tasa de mortalidad materna entre 1997-2007 fue de 159<sup>34</sup> defunciones maternas por cada 100,000 nacidos vivos. La mayor incidencia ocurre en el grupo de edad de 30 a 34 años (0.23 por 1,000 mujeres) y las adolescentes del tramo comprendido entre 15-19 años (0.19 por 1,000 mujeres).

Los indicadores de monitoreo de la SESPAS confirman que por lo menos el 67.7% de dichas muertes han sido evitables y del total de muertes maternas apenas el 68.4% fue sometido a análisis de evitabilidad (auditoría médica realizada por comité hospitalario) aun cuando muestra mejoría con relación al indicador del año 2006<sup>35</sup>.

Las principales causas registradas son por toxemia, hemorragias, complicaciones puerperales, incluidas la sepsis puerperal y abortos (Cuadro IV.5). Estas causas de muerte materna son fácilmente evitables si se cuenta con los equipos adecuados, suministros (medicamentos e insumos), seguimien-

to a los protocolos de intervención (elaboración de los documentos si no están disponibles) y el personal adecuado debidamente capacitado. La misma SESPAS indica: “Tanto la alta tasa por complicaciones derivadas de los Síndromes Hipertensivos del Embarazo (toxemia) como la relativamente alta tasa de partos obstruidos son sorprendentes, dada la prevalencia de parto institucional.

Durante el 2008, de 16 muertes registradas durante el mes de Enero, el 62.5% no había sido auditada (10) y de las auditadas, el 80% (4) correspondía a muertes derivadas de la asistencia sanitaria<sup>36</sup>.

Cuadro IV.5

### Principales causas directas de mortalidad materna diagnosticada; 1999, 2002, 2005, 2007

Causas	1999	2002	2005	2007
Toxemia	27%	21%	23%	24%
Hemorragias durante y después del parto	10%	20%	17%	15%
Complicaciones puerperio (incluye sepsis puerperal)	10%	13%	17%	15%
Abortos	7%	10%	9%	9%

Fuente: SESPAS. DIGEPI. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica MM. Santo Domingo 2008.

<sup>32</sup> Idem

<sup>33</sup> DIGEPI/SESPAS 2007b

<sup>34</sup> Según ENDESA 2007, tomando en cuenta el error muestral, el intervalo de confianza es de 105 a 213

<sup>35</sup> DIGEPI/SESPAS 2007b

<sup>36</sup> DIGEPI/SESPAS 2008a

Esta situación refleja importantes debilidades de atención prenatal, en el parto y en el período puerperal y perinatal. Para reducir las muertes maternas se necesita “la sinergia en el control de las variables del entorno institucional para ofertar un parto limpio (bioseguridad: limpieza hospitalaria, asepsia y antisepsia, procesos de esterilización, prevención de infecciones intrahospitalarias y manejo de desechos) con recursos humanos competentes y calificados, que permita el manejo de las complicaciones obstétricas y neonatales en el momento oportuno y cada vez que se presenten; con una adecuada articulación de los servicios hospitalarios en los distintos niveles de atención para el manejo de las emergencias obstétricas debidamente protocolizadas. Esto, junto con la activación de un sistema de comunicación, información y transporte para la referencia oportuna de las usuarias en situación de urgencia a centros hospitalarios en los cuales exista una adecuada logística de suministros: medicamentos (antibióticos y oxitócicos) e insumos suficientes en calidad y cantidad, bancos de sangre disponibles, con estandarización en la disposición y habilitación de los recursos de infraestructura requerida, sin duda impactarían en el corto plazo sobre las altas tasas de morbimortalidad materna y neonatal existentes en nuestro país”<sup>37</sup>.

Finalmente, tal como fue discutido en el Capítulo II de este informe, el valor esperado de la tasa de mortalidad materna dado el estándar mundial asociado al porcentaje de partos institucionalizados debería ser la quinta parte del valor registrado, lo que está indicando que detrás de esta situación existe un problema técnico y un tema ético del ejercicio de la profesión de la salud en República Dominicana.

#### **IV.3.4 La morbilidad**

En este apartado se repasarán las principales causas de enfermedad que afectan a la población dominicana.

##### **La morbilidad en la niñez**

La diarrea, la desnutrición y las infecciones respiratorias agudas constituyen las principales causas de morbilidad infantil en los países en desarrollo. Según ENDESA 2007, el 14.7% de los niños y niñas menores de cinco años presentan al menos un episodio diarreico en los últimos 15 días. Esta incidencia se ha mantenido similar en los últimos quinquenios: 15.7% en ENDESA 1996 y 14.0% en ENDESA 2002<sup>38</sup>, lo que representa una alta carga de morbilidad evitable. El porcentaje es ligeramente superior en la zona rural (16.2%), en los estratos más pobres y en las provincias de Bahoruco, Barahona, Pedernales, Independencia, Peravia, Valverde y Sánchez Ramírez, cuyos porcentajes de incidencia superan el 20%.

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) se presentaron en el 19.6% de estos niños en la ENDESA 2002 y para el 2007 se encontró una incidencia de 7%. La IRA constituye el primer motivo de consulta en los servicios ambulatorios de salud. Esta incidencia es aún mayor en la zona rural (8%), especialmente alta en las provincias de Pedernales (15.5%), Valverde (11.3%), Elías Piña (11.1%) y La Vega (11.0%). También son notables las diferencias según grupo socioeconómico, valores que oscilan entre 8.5% para el quintil más pobre y 4% para el superior.

La situación de desnutrición crónica en menores de cinco años (Anexo IV.5) es inferior a las de algunos de los países centroamericanos y sudamericanos. Los datos de ENDESA 2007 dan cuenta de

---

<sup>37</sup> SESPAS 2009

<sup>38</sup> Los márgenes de confianza de esta variable en 2002 fueron de 13.0 a 14.9. Si en el 2007 los márgenes fueron similares (aun no disponibles), las diferencias entre las dos mediciones podrían explicarse por el azar.

que el 9.8% de las niñas y niños menores de cinco años padece de desnutrición crónica (talla/edad), considerando el nuevo estándar de la OMS, y el 2.2% desnutrición aguda (peso/talla). La desnutrición alcanza niveles superiores en los grupos de menores ingresos, en los niños y niñas nacidas de madres con bajo nivel de instrucción, en las provincias más pobres como son Elías Piña (22.7%), Bahoruco (18.3%) y en los bateyes azucareros (18%), lugares donde se registran los mayores niveles de desnutrición infantil.

Una de las estrategias de bajo costo más efectivas recomendadas por OMS y UNICEF para combatir la desnutrición es la “lactancia materna exclusiva” hasta los 6 meses de edad. Sin embargo, la ENDESA 2007 encontró que el 23% de los niños y niñas de esta edad que viven con su madre no estaba recibéndola y sólo el 8% tenía lactancia exclusiva. En cambio, en el primer mes de vida el 52.7% de los infantes ya recibía productos lácteos industrializados<sup>39</sup>.

La desnutrición infantil es un importante problema de salud pública prevenible y controlable que condiciona la vulnerabilidad a las enfermedades diarreicas agudas (EDA) y las IRA durante la niñez. Los daños generados por la desnutrición en los menores de cinco años, y especialmente en los menores de dos años, se reflejan en la maduración de su sistema nervioso central y en su posterior rendimiento escolar, constituyendo una traba para el aprendizaje, el ejercicio académico y laboral durante el resto de sus vidas.

### **Morbilidad en la población adolescente y adulta**

Entre las enfermedades más comunes en las personas adolescentes y adultas están las enfermedades del síndrome metabólico, cáncer, VIH/SIDA, entre otras.

### **Enfermedades del síndrome metabólico<sup>40</sup>**

Las enfermedades cardiovasculares y cerebro vasculares, la diabetes (sobre todo tipo II), la osteoporosis, la obesidad, y varias otras enfermedades, forman parte del complejo llamado “Síndrome Metabólico”, un grupo de problemas de alta incidencia en la población, que se refuerzan mutuamente en su impacto negativo en la salud, pero cuya prevención y control están relacionados con medidas sencillas y de relativo bajo costo, las cuales son altamente efectivas si se aplican desde la infancia. Estas medidas incluyen: la prevención de la adicción al tabaco, la actividad física y una alimentación que incluya frutas, vegetales y alimentos naturales y que reduzca el consumo de grasa animal, azúcares, harinas y alimentos procesados.

De acuerdo con encuestas realizadas por la Sociedad de Cardiología en el decenio anterior<sup>41</sup>, entre el 24.5% y el 30% de la población dominicana adulta es hipertensa, lo que es consecuencia de que el 29.2% de esta población tiene sobrepeso (16.4% es obesa) y más del 20% tiene adicción al tabaco. Estos son los tres principales factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, la primera causa de mortalidad general en el país.

De acuerdo con estimaciones internacionales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en los países caribeños se ha encontrado entre 11% y 16% de la población adulta con diabetes<sup>42</sup>. Si asumimos para el país una prevalencia de 10% en mayores de 15 años, se tendrían alrede-

---

<sup>39</sup> Idem 2007

<sup>40</sup> Zimmet, Kaufmann et al. 2007

<sup>41</sup> Picardo et al. 1998

<sup>42</sup> OPS/OMS 2001

dor de 300,000 casos de diabetes, en su mayoría tipo II. Diferentes estudios realizados en la población adulta han arrojado valores entre 2.0 y 5.3%<sup>43</sup> en el país. Estimaciones del gasto nacional en el tratamiento de la diabetes, proyectadas a 2006<sup>44</sup>, lo establecen en 2.3% del PIB, mientras un estudio del 2006 sobre costos de la diabetes en República Dominicana encontró un gasto personal promedio de RD\$2,412 mensuales por cada persona con esta enfermedad<sup>45</sup>.

Una encuesta realizada en 1999 encontró que el 16.4% de la población adulta es obesa (Índice de Masa Corporal de 30 o más) y por lo menos el 29% tiene sobrepeso (IMC 26-29)<sup>46</sup>. La hipercolesterolemia<sup>47</sup> (200 mg o más) se ha encontrado en alrededor del 24% de la población adulta y el 25% de estas personas tendría algún grado de hipertensión arterial<sup>48</sup>, aunque hay indicios de que las prevalencias actuales podrían ser mayores. La prevalencia de tabaquismo en esta encuesta fue alrededor del 20.2% de la población general, pero según datos de la Organización Mundial de la Salud de 2005 el tabaquismo podría estar afectando hasta el 13.3% de la población femenina mayor de 15 años y al 17.5% de la población masculina<sup>49</sup>. Por último, aunque no se tiene información confiable sobre la prevalencia de osteoporosis, se conoce que es un importante motivo de consulta, fundamentalmente para mujeres cuya edad supera los 45 años y un importante factor de riesgo para lesiones traumáticas óseas en la población adulta mayor.

## Cáncer

Los datos reportados especifican que para el 1999 las localizaciones más frecuentes de la enfermedad en hombres fueron: próstata (13.9 por 100,000); otros órganos digestivos y peritoneo (7.1 por 100,000) y tráquea, bronquios y pulmones (6.3 por 100,000). En el caso de las mujeres, las localizaciones más frecuentes fueron mama (4.4 por 100,000); órganos digestivos y peritoneo (4.3 por 100,000); cuello del útero (3.9 por 100,000) y tráquea, bronquios y pulmones (3.4 por 100,000)<sup>50</sup>.

Algunas localizaciones de cáncer, que son altamente prevenibles o diagnosticables en forma temprana, representan una pesada carga para el sistema de salud, al descubrirse tardíamente, cuando requieren costosos y complejos tratamientos y cuando la morboletalidad es alta. Por ejemplo, el cáncer del cuello uterino es hoy prevenible en una alta proporción mediante vacunas contra el virus del Papiloma Humano, la cual tiene un elevado precio a nivel internacional. Pero también es prevenible mediante el examen periódico de Papanicolaou y del menos costoso IVA, en mujeres en edad fértil, sobre todo por encima de los 35 años. Sin embargo, el total de láminas anuales tomadas solo corresponde al 10%<sup>51</sup> de la población femenina en edad fértil, si asumimos que cada lámina corresponde a una paciente diferente, con una mayoría de mujeres muy jóvenes.

La carga de demanda de atenciones de alta complejidad y costo por cáncer, así como la mortalidad por esta causa, podría reducirse considerablemente ampliando la cobertura de intervenciones preventivas y el diagnóstico precoz a las poblaciones de más alto riesgo, así como controlando algunos de los factores de riesgo conocidos, como la adicción al tabaco.

<sup>43</sup> EFRICARD 1998, ENDESA 2002, Encuesta Nacional de Diabetes y Ceguera Club de Leones 1995

<sup>44</sup> Con base en Barceló, OPS 2000

<sup>45</sup> Brito Frank y Brenda Villanueva 2008

<sup>46</sup> SESPAS 2008

<sup>47</sup> Presencia de colesterol en la sangre

<sup>48</sup> SESPAS 2008. Cifras del Estudio EFRICAD de la Sociedad Dominicana de Cardiología.

<sup>49</sup> WHO 2005

<sup>50</sup> SESPAS/DIGEPI 2007b

<sup>51</sup> SESPAS 2008

## VIH/SIDA

El acceso universal a la prevención, atención, tratamiento y apoyo a las personas con VIH/SIDA debe trabajarse desde una visión intersectorial y multidisciplinaria. Contar con la participación activa de las instituciones que laboran con la educación, el trabajo, el turismo, la juventud, los gobiernos locales, organizaciones de la sociedad civil y el sector privado, entre otras, es clave para detener y comenzar a reducir la epidemia, así como para brindar la atención a aquellos que viven con el VIH.

Las últimas cifras disponibles estiman la prevalencia de VIH/SIDA en República Dominicana en alrededor del 1% de la población en edad reproductiva, con una tendencia estable proyectada al 2012<sup>52</sup>. Estas estimaciones coinciden con los hallazgos de la ENDESA 2007, la cual reporta una prevalencia de 0.8% de las personas que se hicieron la prueba y que resultaron positivas, tanto para hombres como para mujeres<sup>53</sup>. Esto significa que hay en el país cerca de 68,000 personas viviendo con VIH, de las cuales probablemente unas 20,000 requieran y califiquen para recibir medicamentos antirretrovirales. La demanda de servicios de personas que viven con VIH y con SIDA crecerá en los próximos años por la prolongación de la sobrevivencia de las personas afectadas. Para el 2006, el 5.5% de los casos registrados fueron menores de 15 años<sup>54</sup> y se estima que para el 2008 habrá 229 nuevos casos de SIDA y 170 muertes por esta causa en menores de 15 años<sup>55</sup>.

Cuadro IV.6

### Prevalencia del VIH en personas 15-49 años, por sexo y lugar de nacimiento, y para personas en bateyes, 2007

Dónde nació	Hombres	Mujeres	Total
Rep. Dom.	0.6%	0.6%	0.6%
Haití	5.6%	8.6%	6.6%
Otro	1.4%	1.3%	1.3%
Total	0.8%	0.8%	0.8%
20% más pobre	1.8%	1.7%	1.7%
Bateyes	3.3%	3.1%	3.2%

Fuente: ODH/PNUD con base en ENDESA 2007 y encuesta de bateyes 2007

La epidemia del VIH se comporta en el país como una epidemia generalizada con focos concentrados, ya que afecta al 1% de las embarazadas y a más del 5% de las poblaciones más expuestas<sup>56</sup>. La prevalencia del VIH en el total de la población es de aproximadamente 0.9% para las mujeres y un 1.1% para los hombres, con más evidencia en los bateyes (zonas de mayor pobreza), donde es de 3.3% para los hombres y de 3.1% para las mujeres<sup>57</sup>.

La Oficina de Desarrollo Humano desagregó los datos de ENDESA del 2007 según lugar de nacimiento y registró que las personas haitianas que viven en República Dominicana tienen una prevalencia de VIH de 6.6%, de las cuales las mujeres tienen 8.6% y los hombres 5.6%. Otros extranjeros registran 1.3% (1.4% hombres y 1.3% mujeres), mientras que los dominicanos registran el 0.6% en igual proporción hombres y mujeres (Cuadro IV.6)

Según datos internacionales, la principal forma de transmisión del VIH es el mantenimiento de relaciones sexuales sin protección. Existen datos sobre los factores que aumentan la vulnerabilidad de la población frente al VIH como son los altos niveles de pobreza, bajos niveles educativos, la violencia basada en género y el estigma y la discriminación, entre otros. Según se confirma en los datos de ENDESA 2007, la epidemia está afectando más a mujeres con bajos niveles educativos y hombres y mujeres en los niveles más altos de pobreza. Con relación a la distribución por sexos, se puede afirmar que es paritaria. La relación entre mujeres y hombres afectados tiende a igualarse (0.99 proyec-

<sup>52</sup> SESPAS DIGECITS COPRESIDA/OMS 2007

<sup>53</sup> CESDEM, Macro Internacional, COPRESIDA 2007

<sup>54</sup> COPRESIDA 2007

<sup>55</sup> SESPAS DIGECITS, COPRESIDA/OMS 2007

<sup>56</sup> GTH (gays, trans y otros hombres que tienen sexo con hombres), trabajadoras/es sexuales y usuarios de drogas.

<sup>57</sup> ENDESA 2007



tada para 2008) y en ambos sexos el grupo de edad con mayor prevalencia son las personas comprendidas entre los 30 a 39 años; en el caso de las mujeres fue mayor entre los 30 a 34 años (1.4%) y entre los hombres entre los 35 y 39 años (1.6%). En las zonas rurales la prevalencia de VIH es mayor que en las zonas urbanas: 1.0% y 0.7%, respectivamente. Uno de los datos más llamativos es la diferenciación entre las personas que poseen estudios superiores (0.4%) y quienes no tienen educación formal (2.6%), en este último grupo existe una mayor prevalencia entre las mujeres (1.6% en hombres y 3.7% en mujeres).

Un importante desafío es lograr disminuir al máximo la transmisión vertical de la madre a los hijos e hijas. Entre el 2005 y octubre del 2006, sólo el 9% de las embarazadas VIH positivo fue captado por los servicios de salud y recibió el protocolo establecido completo<sup>58</sup>, el cual cuando se aplica de manera integral reduce de manera considerable el riesgo de transmisión del VIH. Se ha estimado que para 2007 unas 1,650 mujeres embarazadas necesitarán terapia antirretroviral para prevenir la transmisión vertical y unos 229 recién nacidos serán VIH +<sup>59</sup>.

Con miras a detener la epidemia del VIH se han establecido objetivos tanto internacionales como en el ámbito nacional. Uno de estos compromisos, asumidos por el país, es el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, cuyo 6to. Objetivo es detener y comenzar a reducir la propagación del VIH y el SIDA para 2015. En el 2001 este compromiso fue reafirmado con la declaración de UNGASS y en el 2006 con la Declaración Política sobre VIH/SIDA en la cual los estados acordaron impulsar sus esfuerzos hacia el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo, como impulso clave para el alcance de las metas. En busca de brindar acceso universal a la población dominicana se realizaron las siguientes acciones:

- Estrategias de promoción y prevención del VIH/SIDA a través de:
  - Campañas masivas y alianzas con organizaciones de la sociedad civil que impactan sobre grupos específicos considerados vulnerables y de riesgo, lo que ha mostrado efectividad.
  - Garantía de los servicios de prueba de VIH voluntaria sin costo directo en los establecimientos de salud y puestos fijos y móviles para que la población general conozca su estatus. ONUSIDA señala que las pruebas de detección voluntaria del VIH, acompañada de la consejería oportuna, desempeñan un papel importante dentro de las medidas de prevención y control del VIH/SIDA.
- Estrategias para la atención clínica, las que han sido desarrolladas a partir del establecimiento de Unidades de Atención Integral (UAI), que a diciembre del 2008 sumaban 68<sup>60</sup>. Estas unidades poseen una serie de fortalezas entre las que se destacan: el compromiso del personal, el desarrollo de habilidades y capacidades especializadas en el abordaje interdisciplinario y el aumento de cobertura. No obstante las UAI presentan debilidades entre las que se destacan su elevado costo operativo, la creación de un sistema paralelo al sistema de salud por su funcionamiento vertical, la utilización de incentivos financieros que han deformado las escalas salariales, las condiciones de trabajo diferenciadas y la limitada articulación con otros programas e intervenciones que se dirigen a los mismos sectores de la población. También se señala que al funcionar como unidades especializadas dentro de los establecimientos de salud se podría estar fortaleciendo el estigma y la discriminación<sup>61</sup>.

---

<sup>58</sup> OPS/UNICEF 2008

<sup>59</sup> Idem.

<sup>60</sup> DIGECITSS 2008

<sup>61</sup> OPS/UNICEF 2008



Un elemento importante a destacar es el riesgo de sostenibilidad financiera tanto de las intervenciones de prevención como las de atención integral. Al momento de la elaboración de este informe las actividades son financiadas predominantemente con recursos procedentes de donaciones o de préstamos internacionales, lo cual muestra una gran debilidad de la respuesta nacional en términos de sostenibilidad financiera.

En el Cuadro IV.7 se observa cómo las fuentes externas y los préstamos representan el 80% de la financiación estimada del 2007. Esto obligará a redefinir las estrategias de intervención y financiamiento en el corto plazo.

### Tuberculosis

República Dominicana está incluida en el grupo de los países con más alta incidencia de tuberculosis en el continente. En el año 2007 según la SESPAS se produjeron 45.8 casos nuevos por cada 100,000 habitantes<sup>62</sup>, mientras en el continente alcanzaron 25.7 y en América Latina y el Caribe

38<sup>63</sup>. Además, el país ha reportado el más alto porcentaje de casos con resistencia y multiresistencia a los medicamentos antituberculosos en el continente (6.6%)<sup>64</sup>. La tasa de defunciones por 100,000 habitantes reportada en 2008 fue de 15<sup>65</sup>.

Tradicionalmente el país ha tenido importantes limitaciones para detectar los pacientes de tuberculosis, aunque en los últimos años la SESPAS, con apoyo internacional y nacional, ha logrado avances significativos que le han permitido captar más del 60% de los casos Bk+ estimados y alcanzar una tasa de curación de alrededor de un 84% mediante la estrategia DOTS/TAES<sup>66</sup>, de acuerdo con los protocolos internacionalmente validados<sup>67</sup>. Estos avances se reflejan en un incremento en la tasa de casos diagnosticados (de 51.2 a 52.8 por 100,000) y en la disminución de las tasas de mortalidad diagnosticada (de 34.0 a 29.2<sup>68</sup>) entre 2000 y 2006. Además, se ha iniciado la primera unidad y el primer programa de tratamiento de pacientes con resistencia a los medicamentos de primera línea. De mantenerse esta tendencia a la mejoría, en un futuro inmediato podrían lograrse las metas, establecidas internacionalmente, de diagnosticar al menos el 70% de los casos contagiosos estimados y de curar al menos el 85% de ellos<sup>69</sup>. Si se logra la meta es probable que la tasa de incidencia de nuevos casos empiece a descender para el año 2015.

Cuadro IV.7 Estimación fondos para financiar RN-VIH-SIDA*, (US\$ millones), 2005-2007			
Fuentes de financiamiento	2005	2006	2007
Total	23.6	29.0	37.4
Fuentes nacionales	6.9	14.1	16.6
Préstamos	4.0	6.5	11.4
Recursos internos	2.9	7.6	5.2
Fuentes externas	16.7	14.8	20.8
Donación Fondo Mundial	8.6	5.6	12.0
USAID	5.3	6.5	5.5
Resto donantes	2.8	2.7	3.3

Fuente: COPRESIDA 2008

<sup>62</sup> SESPAS 2008

<sup>63</sup> OPS/OMS 2007a

<sup>64</sup> PAHO/WHO. Communicable Diseases Unit. Op. Cit.

<sup>65</sup> SESPAS 2008

<sup>66</sup> La estrategia DOTS (tratamiento breve bajo observación directa)/TAES (tratamiento abreviado estrictamente supervisado), lanzada en 1994 en América, es una práctica costo-efectiva que posibilita detectar y curar los casos de tuberculosis. DOTS/TAES consta de cinco elementos claves: compromiso político para el control de la TBC; detección de casos de TBC a través de baciloscopia entre las personas que tengan síntomas; suministro regular e ininterrumpido de medicamentos antituberculosos de alta calidad; 6-8 meses de tratamiento estrictamente supervisado (incluye la observación de la toma de los medicamentos) y sistemas de notificación para monitorear el progreso del tratamiento y el desempeño del programa. <http://www.medicos-municipales.org.ar/bts0505.htm#1>

<sup>67</sup> PAHO/WHO 2007

<sup>68</sup> SESPAS 2004a

<sup>69</sup> SESPAS 2004a y 2005

## Malaria

Aunque la incidencia de malaria es muy inferior a la de los países centroamericanos y amazónicos, casi la totalidad del territorio nacional tiene características ecológicas receptivas para la transmisión de la malaria, con presencia de mosquitos de la familia Anopheles. Desde 1992 la incidencia de malaria en el país se ha caracterizado por ciclos de picos trienales o cuatrienales y descensos entre picos que no regresan a los valores previos (Gráfico IV.1), lo que eleva progresivamente la tendencia histórica. Para el año 2006 se reportaron 917,828 casos y 101 defunciones en el continente, en los cuales se incluyen 3,525 casos y 10 defunciones en el país<sup>70</sup>. Desde entonces han descendido y en el 2007 se registraron 2,705 casos. Es difícil predecir el comportamiento en los próximos años, pero, según diversos estudios, es probable que se cumpla un nuevo ciclo de baja frecuencia por unos 3 a 4 años y luego un nuevo aumento.

Esta tendencia ascendente ha sido vinculada con cambios climáticos (elevación de la temperatura y pluviometría), con el impacto de fenómenos atmosféricos (tormentas y huracanes).

## Dengue

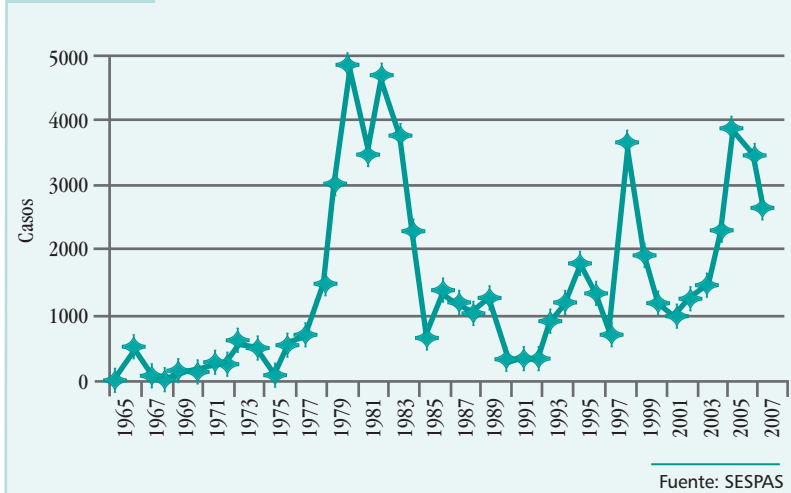
El dengue es un problema de carácter endémico en la subregión del Caribe y en República Dominicana. Cada año se registran en el país entre 10 y 100 casos por cada 100,000 habitantes. Los últimos períodos epidémicos fueron el 2002, el 2003, 2006 y 2007, registrándose más de 6,200 casos en el 2006 y más de 9,600 en el 2007.

Los principales centros urbanos del país muestran más altos niveles de infestación por la presencia del *A-Aegypti*, el mosquito que causa el dengue. La SESPAS ha encontrado entre 20% y 40% de las viviendas infestadas<sup>71</sup>, lo cual está asociado a deficiencias en la recolección y disposición final de residuos sólidos, pero primordialmente debido a la tradición de conservar agua en recipientes a nivel domiciliario, como consecuencia del suministro irregular y deficitario del líquido.

La SESPAS realiza “acciones de prevención, no solo en orientar a la ciudadanía a través de los medios de comunicación, sino en la detección y eliminación de criaderos, entrega de material instructivo dirigido a los estudiantes, personal de salud y ciudadanía en sentido general. Asimismo, en la eliminación del mosquito adulto en zonas con casos detectados”<sup>72</sup>.

Gráfico IV.1

Distribución anual de los casos de malaria en República Dominicana, 1965-2007



Fuente: SESPAS

70 OPS/OMS 2007b

71 SESPAS 2008

72 SESPAS 2007 [<http://www.sespas.gov.do>]

### IV.3.5 Accidentes y violencia

Entre las denominaciones de causas de muerte existen las llamadas “causas externas” que sirven para clasificar los accidentes (electrocuciones, ahogamientos y accidentes de tránsito), suicidios y homicidios. Estas dos últimas causas en la gran mayoría de los casos se consideran intencional, considerándose internacionalmente como “la expresión más fiel” del nivel de violencia de una nación.

Los niveles de violencia y seguridad de un país son como cualquiera de las variables de salud, hechos asociados a su nivel de cohesión social. Tal y como se recoge en el Capítulo X dedicado a cohesión social: “La seguridad ciudadana se ha convertido en un tema importante para la población. (...) La preocupación por la delincuencia está mezclada por hechos delictivos cercanos y la difusión por los medios de comunicación de actividades delictivas en distintas zonas del país. El miedo a ser atacado por delincuentes está referido a las ciudades (Santo Domingo y Santiago) y no a la zona rural. Los pobladores de los barrios urbano-marginales estudiados perciben que hay delincuentes pero no delincuencia en su interior. La inseguridad se incrementa en la medida en que crece la desconfianza en la intervención efectiva de la Policía Nacional así como en el lugar de residencia”.

En este acápite se abordará la temática de la violencia desde un enfoque sectorial de salud.

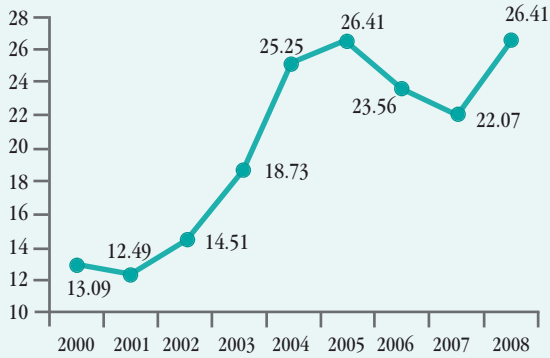
#### Accidentes de tránsito

Los registros policiales indican que casi el 45% (76.5 % del total de accidentes) corresponde a accidentes de tránsito. Entre 1995 y 2000 se registraron más de 25,000 accidentes de tránsito<sup>73</sup> en

promedio por año y para el 2006 los traumatismos y lesiones constituyeron la cuarta causa de consultas y demanda de servicios en los establecimientos de la SESPAS<sup>74</sup>.

Tasa de muertes por homicidio por 100,000 habitantes, 2000-2008

Gráfico IV.2



Fuente: Procuraduría General de la República

#### Homicidios

Las muertes violentas alcanzan cerca de un 15% del total de muertes anuales, con una tasa de 40 por 100,000 habitantes<sup>75</sup> entre 1996 y 2000. Los homicidios alcanzaron casi el 31% de las llamadas “muertes violentas”, superando las 1,100 víctimas anuales; mientras que el 11% correspondió a suicidios, para un total de 2,681 y un promedio anual de 383 casos.

Las cifras publicadas por la Procuraduría General de la República y la Policía Nacional evidencian una tendencia creciente en los homicidios (Gráfico IV.2). Entre el 2000 y 2008 se duplica la tasa de muertes violentas por homicidio y acciones legales de la policía, al crecer de 13.09 a 26.41 por cada 100 mil habitantes. Se destaca que este tipo de violencia es fundamentalmente masculina, en términos de víctimas y por quienes la llevan a cabo, pues alrededor del 92% de los homicidios registrados afectan a hombres y las mujeres representan el 8% de los casos. Otro fenómeno develado por estos datos es el predominio de muertes no relaciona-

<sup>73</sup> Policía Nacional 2002

<sup>74</sup> SESPAS 2006b

<sup>75</sup> OPS/OMS 2007a

das directamente con la delincuencia, representando el 63% de los casos registrados en el 2007 y el 66% entre enero y agosto del 2008, asociados a otras causas donde sobresalen las rencillas o riñas (alrededor del 37% entre 2006 y 2008) y la llamada acción legal de la policía (26%) o “intercambio de disparos”.

El predominio de muertes violentas por accidentes de tránsito y por homicidios es una demostración de que este fenómeno social debe ser abordado desde enfoques integrales, epidemiológicos, multi y transdisciplinarios, por la pérdida de seres humanos y por el alto costo económico y social en años de vida perdidos constituyéndose en una amenaza para la salud y la seguridad pública.

Diferentes investigaciones en torno al auge de la violencia consideran relevantes, para fines de diseño de políticas públicas, los factores psicosociales y culturales asociados. Se destaca la estrecha relación entre la pobreza y la violencia, producto de un crecimiento económico desequilibrado y la injusta distribución de las riquezas que refuerzan las desigualdades sociales. También se reflejan las limitaciones del espacio físico y los problemas territoriales<sup>76</sup>. Con relación a los aspectos culturales, resaltan los factores relacionados a los procesos de socialización ya que la violencia se aprende. Queda como tarea pendiente analizar los cambios en los valores, el aprendizaje y/o reforzamiento de nuevas formas de comportamiento, los efectos del uso, abuso y tráfico de drogas, la disponibilidad de armas de fuego; el reforzamiento del consumo y el alto nivel de machismo predominante en la sociedad, así como la influencia que ejercen los medios de comunicación de masas en reforzar comportamientos violentos.

### La violencia de género<sup>77</sup>

La violencia basada en género constituye un problema de salud pública. Es además un factor limitante del desarrollo humano, una violación sistémica y sistemática de los derechos humanos, así como un obstáculo al desarrollo económico, social y democrático de los países<sup>78</sup>.

La violencia basada en género afecta fundamentalmente a las mujeres, debido a que es el resultado del predominio del sistema patriarcal, que hace parecer como naturales actitudes y prácticas derivadas de la condición de género, que reflejan la superioridad y la dominación de los hombres y, como contraparte, la sumisión de las mujeres. Es una problemática que afecta a los diversos países de América Latina y el Caribe.

Este tipo de violencia es la cuarta causa de muerte en mujeres dominicanas en edad reproductiva<sup>79</sup>, con tendencia creciente, a pesar de los esfuerzos realizados por las autoridades competentes, que han instalado unidades especiales de atención de esta problemática y del hecho de disponer de una normativa que sanciona esta práctica. (Gráfico IV.3). El feminicidio, considerado el último eslabón de la violencia contra las mujeres, alcanzó a 172 mujeres en el 2007 y 185 en el 2008. Los responsables, en la mayoría de los casos, son las parejas o las ex parejas.

**Gráfico IV.3** Número de feminicidios, 2000-2007



Fuente: Secretaría de Estado de la Mujer

<sup>76</sup> ODH/PNUD 2008

<sup>77</sup> La perspectiva de género es transversal en el informe.

<sup>78</sup> CEPAL 2007, p.17

<sup>79</sup> SESPAS 2008

Desde el sistema de justicia<sup>80</sup> se revela que cada dos horas en el Distrito Nacional se reciben casos de mujeres víctimas de violencia. Según la encuesta ORC Macro 2004, las mujeres víctimas de violencia generalmente no buscan ayuda (el 48% lo considera inútil, el 16% por vergüenza, el 9% no sabe cómo proceder, el 8% no desea causar problemas al agresor y el 8% por miedo a nuevos episodios de agresión). A pesar de esos resultados, las mujeres comienzan a superar los miedos y durante el 2007 la Fiscalía del Distrito Nacional reportó 10,236 denuncias (más de 850 mensuales), frente a 1,629 contra el hombre, para totalizar 11,865 casos. De las denuncias realizadas por las mujeres, el 40% y el 33% corresponden a violencia física y psicológica, seguida por la violencia patrimonial (11%) y las amenazas (15%).

La ENDESA 2007 reporta que 19.7% de las mujeres que tienen una edad entre 15-49 años ha sufrido violencia física y dentro de ese grupo, las mujeres que han estado unidas o casadas o aún lo están, el agresor principal es su pareja o ex pareja. El estado conyugal y la conformación de una relación de pareja aumenta las posibilidades de este tipo de violencia: el 31% de las mujeres divorciadas y el 21% de las casadas o unidas informaron que en algún momento de su vida han enfrentado violencia física, mientras que esta situación alcanza al 8% de las que nunca han estado unidas o casadas.

Por otro lado, la condición de empleo agrega diferencias en la posibilidad de ser maltratada: las mujeres empleadas que reciben remuneración monetaria son las que reportan mayor porcentaje de agresiones físicas (23%), seguidas por las no empleadas (17%), en contraste con las empleadas no remuneradas que reportan menores niveles de maltrato. Este tipo de agresiones influye directamente en una reducción de la productividad de las trabajadoras y se constituye en una barrera para el empoderamiento y la autonomía de las mujeres.

Además de la violencia física, otra forma de violencia que generalmente reciben las mujeres es la violencia sexual, la cual ocasiona problemas de salud reproductiva (secuelas por trauma físico, complicaciones de embarazo, embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, infección de VIH, entre otras) y problemas de salud mental (trauma psicológico). Este tipo de violencia ha sido experimentada alguna vez por el 10.1% de las mujeres, porcentaje que se eleva en los casos de mujeres divorciadas, separadas o viudas (17.5%). La ENDESA 2007 estima que el 16% de las mujeres consultadas recibió violencia física por el esposo o compañero, el 6% violencia sexual y el 26% violencia emocional.

Un primer acercamiento a la vinculación entre la violencia contra las mujeres, las niñas y el VIH muestra indicios para afirmar que existe una mayor vulnerabilidad frente al VIH por parte de las mujeres que sufren violencia y que las que viven con VIH/SIDA están más expuestas a la violencia por el estigma generado por su condición. Asimismo, el estudio reveló cómo las diversas formas de violencia, de manera particular la psicológica y la física, limitan las capacidades de las mujeres para negociar la incorporación de medidas efectivas como el uso del condón en la edad adulta.<sup>81</sup>

### **IV.3.6 Las adicciones**

Los resultados obtenidos a través de los sistemas de vigilancia centinela del Consejo Nacional de Drogas (CND) durante el período 1992-1996 y el 1998-2000 indican que las drogas legales más consumidas en la República Dominicana son el alcohol, el tabaco y los tranquilizantes, y dentro de las

<sup>80</sup> En el Capítulo VIII sobre Derecho y Justicia se analiza el acceso de las mujeres al sistema de protección legal.

<sup>81</sup> UNFPA/UNICEF/ONUSIDA 2007

drogas ilegales de mayor consumo están la marihuana y la cocaína. A partir de los reportes de las salas de emergencias, la mayor frecuencia de casos de consumo de sustancias psicoactivas en emergencias, durante el 2002, corresponden al alcohol (71.2%), al tabaco (41.1%), tranquilizantes (20%) y estimulantes (12.1%), como se puede ver en el Anexo IV.6. Llama la atención que la marihuana sólo representa el 5.3% de los casos que llegaron a las emergencias.

Aunque no se dispone de cifras sobre el consumo de drogas ilegales, existe la percepción de que su demanda ha ido en aumento progresivo y que en algunos sectores juveniles representa un importante problema de salud. El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas adictivas se relaciona a su vez con la violencia doméstica y la violencia social, así como con los accidentes de tránsito cuyo impacto sobre la situación de salud y la demanda de servicios ha ido en aumento.

En años recientes se ha confiscado heroína para el mercado nacional y una gran cantidad de éxtasis. La aparición de consumo de heroína y crack en el país ha elevado la demanda de servicios de salud para este tipo de adicciones, pero no se dispone de cifras sobre consumo ni de servicios de salud para estos casos<sup>82</sup>. En los últimos años se ha registrado una creciente preocupación en la sociedad a consecuencia de la disminución de la edad de inicio de la adicción a sustancias prohibidas. Aún cuando no se dispone de informaciones confiables de carácter nacional, instituciones no gubernamentales han llamado la atención sobre la creciente demanda de servicios de rehabilitación para menores de 18 años<sup>83</sup>.

#### **IV.3.7 Saneamiento ambiental<sup>84</sup>**

El acceso, la calidad y manejo del agua son aspectos de importancia vital para que la población goce de un estado de salud adecuado y para que sean superados importantes problemas de salud que afectan a grandes grupos poblacionales, cuyo origen se asocia a la mala calidad del agua consumida. Para el 2006 se estima que el 74% de los hogares dominicanos utilizó fuentes mejoradas de agua potable, cobertura que abarcó a un 77.2% en las zonas urbanas y un 36% en las rurales. Para beber la utilizan el 83.2% de los hogares de las ciudades y el 60.5% de los campos. Los botellones son usados en el 60.5% y el 33% de los casos, respectivamente (Anexo IV.7). El ingreso es una variable importante en el uso de agua potable, situación que contribuye a aumentar las brechas en la prevalencia de las enfermedades de origen hídrico según el nivel socioeconómico. El 86.6% de los hogares de mayor ingreso usa fuentes de agua mejorada para beber y casi el 80% consume botellones. En el segmento de menor ingreso, el 55.5% dispone de fuentes de agua mejorada y sólo el 13.9% utiliza botellones de agua procesada.

En lo concerniente al uso de servicios de eliminación de excretas, el 77.2% de los hogares urbanos dispone de inodoros, el 20.4% de letrinas y el 2.4% carece de servicio. En el medio rural es diferente, predominan las letrinas en el 57% de los casos, el inodoro en el 36% y los que no tienen servicio son el 7% (Anexo IV.8). De igual forma es notoria la diferencia por ingreso, ya que mientras prácticamente el 100% del quintil más alto posee inodoro, solo el 2.4% del más bajo dispone de este servicio. Es significativo que el 15% de la población más pobre carece del servicio<sup>85</sup>.

---

<sup>82</sup> SESPAS/CERSS 2008

<sup>83</sup> El 9 de marzo de 2008 los periódicos Diario Libre, Listín Diario y Hoy reseñaron que Hogares Crea y Casa Abierta, dos de las ONG más activas en la atención y rehabilitación de pacientes adictos, hicieron pública en forma conjunta este tipo de preocupación.

<sup>84</sup> Los temas asociados al saneamiento ambiental se discuten en el Capítulo VI I sobre Asentamiento Humanos.

<sup>85</sup> ONE 2007 ENHOGAR 2006

### IV.3.8 Personas con discapacidad<sup>86</sup>

En República Dominicana, según la ENDESA 2007 el 2.6% de la población tiene algún tipo de discapacidad. Este porcentaje varía de un 2.8 % en hombres a un 2.3% en mujeres. Según los datos registrados la incidencia de la discapacidad es mayor en la zona rural y varía de un 4.1% de la población de la Región III de salud a un 1.9% en la 0. También se encuentran diferencias entre los diferentes estratos socio-económicos, con una baja en la incidencia de la discapacidad según aumenta la renta de las familias (Cuadro IV.8).

<b>Cuadro IV.8</b>		<b>Porcentaje de población que tiene alguna deficiencia o discapacidad, 2007</b>
<b>Edad</b>		
0-4		0.9
5-9		0.6
10-14		0.8
15-24		1.0
25-34		2.0
35-44		1.9
45-54		3.0
55-64		5.3
65+		15.4
<b>Sexo</b>		
Hombres		2.8
Mujeres		2.3
<b>Zona de Residencia</b>		
Urbana		2.4
Rural		2.8
<b>Región de salud</b>		
0		1.9
I		3.0
II		2.6
III		4.1
IV		3.0
V		2.3
VI		3.3
VII		3.5
VIII		2.7
<b>Quintil de ingreso per cápita</b>		
Quintil 1		2.8
Quintil 2		2.9
Quintil 3		2.6
Quintil 4		2.2
Quintil 5		1.7
Sin información		2.9
Total		2.6
Fuente: ENDESA 2007		

De acuerdo con los resultados de la ENDESA 2007, el 1.4% de la población tiene discapacidad físico motora, el 0.8 visual, el 0.4 auditiva y el 0.6 tiene problemas de habla (Anexo IV.9).

En materia de salud, la Ley General de Seguridad Social No. 87-01 considera la población con discapacidad como grupo prioritario para la protección de la salud a través del seguro familiar de salud y el régimen de pensiones solidarias, mientras que la Ley General de Salud No. 42-01 establece la prevención como acción prioritaria de los programas de salud y la rehabilitación como una prioridad nacional encaminada a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo.

Sin embargo, no se han desarrollado en el país políticas de salud sostenibles para la prestación de servicios a las personas con discapacidad, acentuando la vulnerabilidad de esta población. Hasta el momento, no existen programas de prevención y detección temprana que eviten la discapacidad o que la misma empeore, además de la limitada asistencia especializada y la baja calidad en la prestación de servicios.

Las barreras de acceso a los servicios de salud que enfrentan las personas con discapacidad son diversas: pobreza, estigma y discriminación, actitudes y prácticas de los recursos humanos del sector salud, barreras físicas, obstáculos para ingresar al mercado laboral, entre otras. A esto se agrega el limitado conocimiento de las personas con discapacidad sobre sus derechos fundamentales, entre los que están el recibir servicios de salud de calidad y un trato digno. Además, las barreras de actitudes, económicas y culturales aumentan el riesgo de salud en este grupo de población<sup>87</sup>.

En República Dominicana existen diversas instituciones que trabajan con personas con discapacidades, tales como la Asociación de Discapacitados Físico-Motores (ASODIFIMO), el Círculo de Mujeres con Discapacidad (CIMUDIS), La Red Iberoamericana de Entidades de Personas con Discapacidad -LA RED-, entre otras. Por otra parte, hay centros de rehabilitación y salud donde se presta atención a las personas con discapacidad, como la Plaza de la Salud y la Asociación Dominicana de Rehabilitación; ésta última es la única entidad que ofre-

<sup>86</sup> La discapacidad es un tema transversal en este informe.

<sup>87</sup> USA, Development Connections, DVCN Critiques, Vol. I, No. I, Junio 2007



ce atención integral pues brinda servicios de medicina de rehabilitación profesional, fisioterapia, terapia ocupacional, educación especial, diagnóstico y cirugía, además de que tiene un taller ortopédico.

En términos de la atención en salud para las personas con discapacidades persisten algunas debilidades, tales como<sup>88</sup>:

- Limitado conocimiento y aplicación de los instrumentos jurídicos y normativos.
- Centralización y baja cobertura de los servicios de rehabilitación y salud en zonas rurales y urbanas marginales, unido a la concentración de las personas con discapacidad justamente en estas mismas zonas dificultando una atención oportuna.
- Escaso acceso a la tecnología a favor de las personas con discapacidad.
- Políticas públicas no sostenibles y dispersas.
- Dependencia económica del Estado por parte de las instituciones de servicios, lo que impide que las ONG enfrenen más eficazmente la problemática de la atención.
- Participación mínima de las mujeres con discapacidad como sujeto de derecho, lo que impide el aprovechamiento de las oportunidades que permitan alcanzar un mayor desarrollo.
- Bajos niveles de sensibilización de distintos sectores sociales en cuanto al tema de la discapacidad.
- Limitada participación de las familias en los procesos de rehabilitación y educación.
- Escasa coordinación en las campañas de prevención que garanticen la no ocurrencia de discapacidad, entre otras.

### IV.3.9 Género y salud

Al momento de diseñar políticas públicas de salud se hace imprescindible asumir el enfoque de género para lograr la equidad entre los diferentes grupos sociales. La desigualdad de género y la discriminación perjudican directa e indirectamente la salud de las niñas, las jóvenes y las mujeres a lo largo del ciclo vital, el descuido de sus necesidades de salud impide que muchas mujeres participen plenamente en la sociedad.

Con frecuencia, las desiguales relaciones de poder entre hombres y mujeres limitan el control de las mujeres sobre su actividad sexual y la posibilidad de protegerse a sí mismas contra embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, entre las que se encuentra el VIH, especialmente las adolescentes que son particularmente vulnerables. Los inadecuados servicios de salud reproductiva para las mujeres redundan en altas tasas de embarazo no deseado, abortos realizados en malas condiciones y muertes y lesiones prevenibles.

La violencia contra las mujeres en sus diversas formas refuerza la desigualdad e impide que alcancen sus metas en lo concerniente a la reproducción. Cabe destacar que en la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) hay programas dirigidos a atender y prevenir la violencia intrafamiliar, como:

- El Programa Nacional contra la Violencia Doméstica y Abuso Sexual de la Dirección de Salud Mental.
- El Centro de Atención a la Mujer Maltratada, que brinda atención especializada a las mujeres sobrevivientes de violencia sexual, consistente en servicios clínicos de certificación de maltratos y abusos.

---

<sup>88</sup> Peña Paula, Rosa. VIII Conferencia de la Red Intergubernamental Iberoamericana de Cooperación Técnica 2005



El factor económico incide en que las mujeres no tengan acceso a los servicios de salud especialmente en los casos en que son jefas de hogar. El porcentaje de hogares encabezados por mujeres alcanzó el 35.3% en 2007<sup>89</sup>. Los hogares con jefatura femenina, especialmente si son monoparentales, registran tasas de pobreza significativamente mayores que las del resto de los hogares según datos del Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID)<sup>90</sup>.

La equidad es otro de los elementos a considerar en la atención en salud para las mujeres. Exige que el costo real de la provisión de atención sea explícitamente confrontado y justamente distribuido entre hombres y mujeres, y entre la familia, la comunidad, el estado, y el mercado<sup>91</sup>. En este sentido, se deben atender las brechas de género en el sector salud, desarrollándose políticas de promoción que tomen en cuenta que los patrones de morbilidad y mortalidad en hombres y mujeres son diferentes. Por ejemplo, los hombres son mucho más vulnerables a sufrir accidentes y actos de violencia, lo que puede estar relacionado con las conductas masculinas más violentas y riesgosas.

### IV.3.10 Salud sexual y reproductiva

La salud sexual y reproductiva es uno de los derechos humanos reconocidos por normativas y convenciones internacionales de los cuales el país es signatario<sup>92</sup>. El artículo 3 de la Constitución de 2002 vigente en la actualidad, plantea “La República Dominicana reconoce y aplica las normas del Derecho Internacional general y americano en la medida en que sus poderes públicos las hayan adoptado”.

Garantizar estos derechos es esencial para construir capacidades, sobre todo de las mujeres, a fin de beneficiarse de las oportunidades económicas y políticas, a la vez que les permite tener mayor control sobre sus vidas.

Visualizar la salud sexual y reproductiva como un derecho implica entenderla como: “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no la ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”, según el Programa Conferencia de Población y Desarrollo del Cairo 1994. Entre los derechos sexuales se señalan:

- El ejercicio de una sexualidad independiente de la reproducción.
- El acceso a una educación temprana integral sobre aspectos afectivos y sexuales.
- El ejercicio de la sexualidad de manera plena, libre e informada.
- La vivencia de la sexualidad sin discriminación, presiones o violencia.

Los derechos reproductivos garantizan a las personas o parejas aspectos como:

- La decisión libre, informada y responsable respecto a la procreación, a si desean descendencia, el número de hijos/as que desean tener y el intervalo entre nacimientos de los hijos e hijas deseadas.
- Disfrutar de salud en los aspectos relacionados con la reproducción.
- Recibir información adecuada y completa sobre métodos anticonceptivos y preventivos de infecciones de transmisión sexual, incluyendo anticoncepción de emergencia.

---

<sup>89</sup> ONE 2007b

<sup>90</sup> Banco Mundial BID 2006

<sup>91</sup> UNDP 1999, p. 82-83

<sup>92</sup> Acta Constituyente de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 1946; Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948; Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, 1978; Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), 1982.

- Tener acceso a métodos anticonceptivos y preventivos de infecciones de transmisión sexual.
- Atención a tiempo, adecuada, de calidad, digna y respetuosa en servicios relacionados con interrupción de embarazo.

En República Dominicana muchos de estos derechos no están garantizados, entre ellos, el derecho a atención médica profesional adecuada y de calidad para la interrupción de embarazos, traducándose en un alto costo en términos de vida y salud de las mujeres, fundamentalmente de aquellas que viven en condiciones de pobreza.

A partir de estas consideraciones, los derechos sexuales y reproductivos de las parejas y las personas (hombres y mujeres) son: tomar decisiones libres e informadas sobre su vida reproductiva, incluyendo el número de hijos, cuándo y con qué frecuencia tenerlos y alcanzar el más alto estándar de salud sexual y reproductiva; tomar decisiones libres e informadas sobre su sexualidad, sin sufrir discriminación, coacción o violencia en sus decisiones y vida sexual, esperar y exigir igualdad, consentimiento completo, respeto mutuo y responsabilidad.

En el Cuadro IV.9 se muestran los principales indicadores sobre la salud sexual y reproductiva de la población dominicana. En los indicadores de calendario de fecundidad, nupcialidad y sexualidad se observa que después de un ligero aumento al principio de la década de los noventa se mostró una constante disminución. La tasa global de fecundidad fue estimada en 2.3 para la zona urbana y 2.8 en la zona rural teniendo una media nacional de 2.4 hijos e hijas por mujer, según ENDESA 2007. También existen diferencias importantes en función del nivel educativo de la mujer y los niveles de pobreza, a medida que aumenta el nivel educativo y el nivel de ingreso se observa una menor tasa de fecundidad. Se destaca que la tasa de fecundidad en adolescentes tiende a aumentar hasta el año 2002 y es mayor en el área rural que en la urbana. En 2007 dicha tasa se redujo a 92 por 1,000 mujeres.

Cuadro IV.9 Principales indicadores de comportamiento sexual y reproductivo, 1986-2007								
Años	Tasa global de fecundidad			Tasa específica de fecundidad (casos en mujeres de 15 a 19 años por cada 1,000)			Edad mediana primer hijo	Edad mediana primera unión
	Área urbana	Área rural	Total	Área urbana	Área rural	Total	Cohorte 25-29	Cohorte 25-29
1986	3.1	4.8	3.7	86	126	100	21.2	19.3
1991	2.8	4.4	3.3	71	123	88	21.7	19.8
1996	2.8	4.0	3.2	87	160	112	21.2	19.4
1999	2.5	3.0	2.7	87	118	97	21.1	19.3
2002	2.8	3.3	3.0	104	145	116	20.5	19.0
2007	2.3	2.8	2.4	-	-	92	20.3	18.5
Años	Edad primera relación sexual	Intervalo entre hijos en meses	Paridad 0 primer uso anticonceptivos	Uso de métodos anticonceptivos en mujeres unidas (%)				% convivientes
	Cohorte 25-29		Cohorte 25-29	Moderno	Condón	Tradicional	No usa	Cohorte 25-29
1986	18.9	26.8	15	46.5	1.4	3.3	50.2	43.3
1991	19.9	28.5	24.2	51.7	1.2	4.7	43.6	42.4
1996	18.9	29.0	28.3	59.2	1.4	4.4	36.3	45.3
1999	18.7	31.4	22.5	64.1	0.9	5.2	30.8	50.1
2002	18.2	33.9	30.9	65.8	1.4	4	30.2	53.0
2007	17.8	37.2		70.0	1.9	2.8	27.1	65.4

Fuente: ORC Macro, 2006. Measure DHS Stat compiler. y ENDESA 2007

El hecho de que las poblaciones rurales tengan mayor tasa de fecundidad que las poblaciones urbanas es un indicativo de que hay una asociación importante entre comportamientos sexuales y reproductivos, pobreza y escolaridad. Se hace necesario que las políticas orienten sus esfuerzos hacia los grupos más vulnerables, y consideren las realidades socioeconómicas y culturales. Son alternativas viables las campañas educativas, la difusión de modelos familiares que se alejan de los tradicionales, la accesibilidad a los medios anticonceptivos, la escolarización masiva y de alta calidad, la promoción de un sistema de género equitativo, el empoderamiento femenino, el aumento de las opciones y oportunidades para la población, de modo que se debilite la relación entre pobreza y fecundidad.

Un indicador interesante es el uso de anticonceptivos con anterioridad al primer hijo, donde el porcentaje tiende a aumentar y podría entenderse como un potencial autocontrol de las preferencias reproductivas y la autodeterminación sexual. El 70% de las mujeres unidas usaban algún método anticonceptivo moderno según ENDESA 2007, siendo la esterilización femenina la vía predominante (47%), seguido de la píldora (13.4%), inyecciones (4.2%) y el condón masculino (1.9%). Es sorprendente que tan alto número de mujeres decidan utilizar el método de esterilización sabiendo que existen otros métodos muy efectivos y no permanentes. Parecería que está muy instalada en la práctica médica y que no se da información suficiente a las mujeres para volver a decidir sobre su capacidad de ser madres y que las empodere. Entre las mujeres no unidas y sexualmente activas, el 57.3% utiliza métodos modernos de anticoncepción cuyas preferencias son similares a las mujeres unidas, exceptuando el uso de condón masculino, cuyo uso es particularmente superior (14.6%).

### **El aborto**

El aborto constituye una problemática social de alta relevancia en el ámbito nacional e internacional. La capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria de las mujeres, sin riesgos y con libertad de procrear o no se inscribe en el marco de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

### **Marco legal internacional y nacional<sup>93</sup>**

El comité de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)<sup>94</sup> aprobó la recomendación general n° 24 sobre la salud reproductiva, afirmando que el acceso a la salud, incluida la reproductiva, es un derecho básico previsto en la Convención.

La recomendación destaca, que los Estados Partes deben, entre otras cosas:

- Dar prioridad a la prevención del embarazo no deseado mediante la planificación de la familia, la educación sexual y reducir las tasas de mortalidad derivada de la maternidad mediante servicios de maternidad sin riesgo y asistencia prenatal. En la medida de lo posible, debería enmendarse la legislación que castigue el aborto a fin de abolir las medidas punitivas impuestas a mujeres que se hayan sometido a abortos.
- Exigir que todos los servicios de salud sean compatibles con los derechos humanos de la mujer, inclusive sus derechos a la autonomía, intimidad, confidencialidad, consentimiento y opción con conocimiento de causa;

---

<sup>93</sup> Ministerio de Igualdad de España 2009

<sup>94</sup> República Dominicana ratifica esta convención en 1982

La República Dominicana ratificó la CEDAW y el Protocolo Facultativo, comprometiendo al Estado dominicano a implementar normativas y políticas públicas para cumplir con los acuerdos contenidos en esta Convención. En el informe presentado por la República Dominicana en julio de 2004 sobre los avances en la implementación de esta Convención, entre las observaciones que realizó el Comité CEDAW se establece en su inciso 284 su preocupación en la aprobación de sanciones de tipo penal al aborto, en momentos en que el Código Penal vigente era un anteproyecto de ley. En tal sentido expresaba lo siguiente: “Si bien el Comité acoge con satisfacción el proceso de reforma de los Códigos Civil y Penal y el rol activo que ha desempeñado la Secretaría de Estado de la Mujer en participar mediante propuestas en el anteproyecto de reforma de los mencionados Códigos, también observa con preocupación que la aprobación del actual proyecto de Código Penal implicaría un retroceso en los avances alcanzados en materia de derechos humanos de la mujer, como la eliminación de la definición de la violencia de la mujer contenida en la Ley 24-97, la reducción de penas por violencia doméstica, la eliminación del incesto como tipo penal, la sanción del aborto en casos de violación y la imputación penal o suspensión de la pena en caso de violación si el delincuente contrae matrimonio con la víctima menor de edad” <sup>95</sup>.

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas (CIPD) celebrada en El Cairo en el año 1994 supuso un avance cuantitativo por cuanto 179 Estados llegaron a un consenso sobre la definición de salud sexual y reproductiva. El Programa de Acción de la CIPD plantea en referencia al aborto, en el apartado 8.25: “En ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia”.

En esta Conferencia se insta a los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia. Las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener fácil acceso a información fidedigna y a asesoramiento comprensivo. Se debe asignar siempre máxima prioridad a la prevención de los embarazos no deseados y habría que hacer todo lo posible por eliminar la necesidad del aborto.

El esfuerzo mundial por resolver la crisis de salud pública causada por el aborto inseguro adquirió un nuevo impulso con la aprobación de la primera Estrategia Mundial de Salud Reproductiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2004, que identificó el aborto inseguro como uno de los cinco aspectos prioritarios de la salud sexual y reproductiva.

La Asamblea Mundial de la Salud, órgano decisorio supremo de la OMS, que representa a los ministerios de salud de los gobiernos del mundo aprobó un nuevo plan el 22 de mayo de 2004 en Ginebra. En el documento de la nueva estrategia se identifica al aborto inseguro como una causa evitable de las muertes y lesiones maternas, que “debe ser tratado como parte del Objetivo de Desarrollo para el Milenio de mejorar la salud materna y de otros objetivos y metas de desarrollo internacional.”

En el Código Penal Dominicano vigente se penaliza el aborto en todas sus formas al establecer en su Art. 317 penas de reclusión menor a quien provocara aborto a una mujer embarazada y también a la misma mujer que se provocara aborto mediante diferentes medios. Se establece prisión

---

<sup>95</sup> Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. 31º período de sesiones (6 a 23 de julio de 2004). República Dominicana. Observaciones finales del Comité - CEDAW: Dominican Republic. 18/08/2004

entre 6 meses a dos años a las personas que pusieran en contacto a la embarazada con quien produzca el aborto y penas de cinco a veinte años al personal de salud que cooperare y/o efectuase el aborto.

En el momento en que se concluye el presente estudio, la Asamblea Revisora de la Constitución aprobó un artículo en la propuesta de reforma constitucional, que envió el Presidente de la República al Congreso Nacional, y que establecía:

“El derecho a la vida es inviolable desde la concepción hasta la muerte. No podrá establecerse, pronunciarse ni aplicarse, en ningún caso, la pena de muerte”.

La aprobación de este artículo (consignado en el texto final como artículo 38) es una violación a los acuerdos internacionales firmados por República Dominicana, particularmente porque ni siquiera permite el aborto terapéutico y significa un retroceso en el pleno cumplimiento de los derechos humanos de las mujeres. Los datos indican que el aborto es una realidad en la sociedad dominicana, se ha practicado y se seguirá practicando. La aprobación de ese artículo constitucional podría aumentar aún más la exclusión social de las mujeres, ya que al mantenerlo ilegal constitucionalmente se encarecerá su práctica. Son precisamente las mujeres más pobres las que tendrán que pagar más y acceder a peores condiciones de higiene y seguridad para practicarse abortos. Nuevamente el sistema político partidista dominicano se constituye en una fuente de exclusión social.

#### **Datos sobre el aborto en República Dominicana**

Cada año 46 millones de embarazos finalizan en aborto, siendo inducidos cerca de 20 millones de estos, según datos de la OMS en 2003. Las muertes de mujeres alrededor del mundo atribuidas a complicaciones relacionadas a los abortos inseguros alcanzan la cifra aproximada de 68,000 anuales. También este informe calcula que en el Caribe, durante el año 2003, se produjeron 100,000 abortos inseguros, que fueron la causa de 200 muertes maternas, lo que representa el 12% de todas las muertes asociadas al embarazo y parto en la zona<sup>96</sup>.

En República Dominicana el aborto está penado legalmente bajo cualquier forma, pese a esto constituye un problema de envergadura, siendo la cuarta causa de muerte materna. El Instituto Alan Guttmacher, en su estudio “Aborto Clandestino: Una Realidad Latinoamericana”, estimaba que a mediados de los noventa se practicaban 90 mil abortos anuales en el país y que uno de cada cuatro embarazos terminaba en aborto. El 84% ocurrían en mujeres de 20 a 29 años. El 19% de las muertes maternas en el país ocurren por complicaciones relacionadas con el aborto según ENDESA 2002.

En el 2008 el 9 % de las muertes maternas fueron a causa de embarazos que terminaron en aborto según el informe de Tolerancia Cero, cifra que en 2007 alcanzó el 13% y en 2006 el 12%<sup>97</sup>.

Los datos sobre el aborto no son coincidentes. De acuerdo a declaraciones de prensa de organizaciones sociales se citan hasta 100,000 abortos por año. El registro de mortalidad (SINAVE, SESPAS 2007) indica que en los últimos años alrededor del 10% de las muertes maternas se han debido a abortos. En los hospitales de la SESPAS fueron atendidos un poco más de 10,000 abortos (Recuadro IV.3).

Este informe reconoce la necesidad de reducir la exclusión social tomando en cuenta el enfoque de derechos, la legislación internacional, el enfoque de capacidades, el enfoque de género y los datos

---

<sup>96</sup> OMS 2003

<sup>97</sup> SESPAS 2008

### Recuadro IV.3 La falta de información estadística sobre el aborto

En mayo de 2008 se presentaron los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud -ENDESA 2007. Es una encuesta demográfica de salud, de las llamadas DHS, que se levanta en numerosos países de Centro y Sudamérica con una metodología común que permite que sus resultados sean comparables entre sí.

ENDESA 2007 indagó con detalles los fenómenos ligados a la salud reproductiva. Cuantificó, por ejemplo, las fuentes utilizadas por las mujeres para proveerse de anticonceptivos, las preferencias sobre el número de hijos/as, la citología realizada por las mujeres en el año anterior, la edad de la primera relación sexual, la mortalidad materna, la atención a la mujer embarazada por personal especializado, etc.

Sin embargo en el informe publicado no hay mención al aborto. Ni siquiera se hace mención al realizado por causas naturales o por accidentes. De esta manera la encuesta no permite valorar aspectos de salud pública que pueden estar incidiendo en la prevalencia de los abortos espontáneos: problemas medioambientales, deficiencias en la alimentación, deficiencias en la atención prenatal, etc. Tampoco mide la incidencia del fenómeno, ilegal en República Dominicana, ni las consecuencias sanitarias para las mujeres.

El silencio de la ENDESA sobre la cuestión del aborto, no es una particularidad en República Dominicana. Todos los países que implementan la encuesta DHS utilizan cuestionarios muy parecidos, en los que se elude esta cuestión fundamental para la

salud de las mujeres. Para ser exactos hay que decir que son los informes publicados de la ENDESA los que no tratan la cuestión del aborto. Pero los cuestionarios sí tienen algunas preguntas, cuyos resultados no se procesan y que, en realidad, están destinadas a conocer mejor el historial de embarazos y no a analizar el fenómeno en sí mismo.

Los embarazos no deseados son comunes en el país. La propia ENDESA 2007 calcula que el 44% de los nacimientos no fueron deseados por la madre en el momento del embarazo (aunque luego fueran aceptados) y un 14% de los nacimientos se reportan como directamente no deseados. En el caso de las madres mayores de 40 años, el porcentaje de nacimientos no deseados alcanza el 54%. Esto en un país con una cultura que asocia fuertemente feminidad con maternidad.

Es evidente que el aborto es un serio problema de salud pública en el país. El 26 de mayo de 2008, dos días antes de la publicación de la ENDESA, el Diario Libre<sup>a</sup> publicó que en las clínicas y los hospitales de la capital del país, donde funciona el servicio de maternidad, se atienden 12,000 abortos anuales. Sólo en el 25% de los casos no había manipulación previa. El resto de las mujeres acuden a realizarse un legrado después de un aborto inducido utilizando métodos tradicionales. Dada la magnitud del problema, es indispensable que el país se dote de información válida sobre el aborto más allá del debate político, para de esta forma entregar insumos para la definición de una política de salud que sea capaz de asegurar los derechos y la vida de las mujeres.

a [<http://www.diariolibre.com>]

b World Health Organization 2007 "Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003".

[<http://www.kaosenla.red.net/noticia/soberania-estadistica-salud-mujeres-latinoamericanas>]

sobre mortalidad materna relacionada con la práctica de abortos ilegales y por tanto inseguros en el país. En tal sentido, se releva la importancia de priorizar la ejecución de políticas dirigidas a educar de manera sistemática a la población en general, de manera particular a los y las adolescentes, garantizar el acceso gratuito, la orientación sobre métodos de planificación familiar y revisar las leyes que contienen medidas punitivas contra mujeres o médicos que se someten o realizan abortos.

### Embarazo en adolescentes

En República Dominicana el embarazo en adolescentes mantiene una tendencia creciente desde la década de los ochenta. Para 1991 casi el 18% de las mujeres de 15-19 años eran madres o cursaban el primer embarazo, cifra que aumenta a 22.7% en 1996, a 23.3% en 2002 y desciende a 20.6% en 2007. Los datos de ENDESA revelan que el 26% de las adolescentes de la zona rural ha estado alguna vez embarazada, frente al 18.3% de las que viven en la zona urbana. A nivel provincial, los mayores tasas se verifican en las provincias de Azua (36.9%), Pedernales (35.1%), Bahoruco (34.9%).

De igual manera, se verifican mayores tasas de embarazo en las adolescentes que tienen menores niveles educativos (45.6% sin educación y 43.5% las que solo cursaron de 1-4 años en primaria).

El embarazo en adolescentes es una problemática que tiene consecuencias negativas en la vida de estas mujeres y se constituye en un obstáculo para la formación escolar y laboral. La disminución en la edad de los embarazos provoca también una modificación de ciclo de vida que alarga el período de exposición a embarazos indeseados<sup>98</sup>. El embarazo y la maternidad en soltería no son los únicos riesgos ni los más importantes al que esta precocidad somete a las adolescentes, también existen probabilidades más altas de complicaciones de salud (abortos espontáneos, lesiones anatómicas del aparato reproductor, mortalidad y morbilidad de la madre e infantes), a la vez que están expuestas a un mayor contagio por VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual, así como a la práctica del aborto clandestino como solución a los embarazos no deseados.

Las situaciones vinculadas a la pobreza y la marginalidad, como el bajo ingreso familiar, se expresan en acceso escolar deficiente, baja escolaridad y reducidas oportunidades profesionales. Aunque el embarazo en adolescentes ocurre en todos los estratos de clase, las mayores proporciones de mujeres en esta situación están asociadas a condiciones de pobreza, como son: la residencia en zona rural y en el Suroeste del país, la falta de instrucción escolar, así como el hacinamiento y la promiscuidad entre otros<sup>99</sup>. Los datos de ENDESA 2007 indican que esta situación afecta al 36.9% y al 29.4% de los quintiles de menores ingresos, mientras en el quintil superior dicho porcentaje alcanza al 7.8%.

También hay que mencionar la situación cambiante en la conformación de la familia dominicana, en tránsito hacia una diversificación de los modelos de organización tradicional, donde se verifican cambios de roles, monoparentalismo, migración, violencia y separaciones conyugales.

Debido a la multicausalidad de esta problemática, es necesario mejorar el acceso a los servicios integrales de salud. Esto implica: hacer efectivo el derecho legal a la atención de salud y la confidencialidad; reducir los obstáculos legales al acceso de los adolescentes a los servicios de salud, como el requisito del consentimiento de los padres para ser atendidos; proveer servicios de salud en forma permanente, con calidad y centrados en adolescentes y jóvenes como es el caso de las unidades integrales de atención a adolescentes, amigables para estos dos grupos etarios; incorporar la estrategia de sensibilización y promoción entre pares y otras que sean eficientes para abordar los asuntos de salud sexual y reproductiva; promover la utilización de los servicios de salud entre la población juvenil<sup>100</sup> y fortalecer la labor informativa, de orientación y consulta de los servicios de salud, especialmente a nivel de atención primaria en áreas rurales y urbano-marginales, en materia de sexualidad, planificación familiar, prevención de infecciones de transmisión sexual y del VIH/SIDA, así como difundir los derechos sexuales y reproductivos<sup>101</sup>.

---

<sup>98</sup> Las mujeres de 15-19 años que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años pasaron de 7.8% en 1991 a 12.2% en 1996 y 12.8 en el 2002, mientras las de 20-24 años que tuvieron su primera relación antes de cumplir los 18 pasaron de 42 a 48 por ciento del 1996 al 2002.

<sup>99</sup> La proporción de embarazos en adolescentes (15-19 años) era de 23% (28% en la zona rural y 21% en la urbana). El 64% de las adolescentes embarazadas no tenía ningún nivel de educación. La tasa de fecundidad en adolescentes en la zona urbana era de 104 por 1.000 mujeres y de 145 por 1.000 en la zona rural. El 43% de los embarazos no eran deseados, en 2002 según ENDESA

<sup>100</sup> Rodríguez 2004

<sup>101</sup> Los gobiernos deben poner gran énfasis en proveer servicios de salud sexual y reproductiva que sean accesibles y amigables para la juventud, así como proveer información para satisfacer las necesidades de adolescentes y jóvenes en situación de vulnerabilidad (Naciones Unidas 1999, párrs. 73 a 75). CEPAL 2004.



### IV.3.11 Salud laboral

No se dispone de información confiable sobre la frecuencia de enfermedades y accidentes laborales ocurridos en el país. Se espera que el desarrollo del Seguro de Riesgos Laborales del Sistema Dominicano de Seguridad Social supere esta limitación en los próximos años. Actualmente los sistemas de protección previstos se limitan fundamentalmente a los trabajadores y trabajadoras del sector formal de la economía. Considerando que el 56% de la Población Económicamente Activa (PEA) está ocupada en el sector informal, el 12% realiza actividades agropecuarias y ganaderas, un 16% está desempleado y que hay una cantidad imprecisa de trabajadores migrantes no legales, debe asumirse que una importante proporción de los trabajadores no estará cubierta por el Seguro de Riesgos Laborales. Esta situación se constituye en un desafío para los sistemas de salud y seguridad social del país, así como para el sistema de inspección laboral, a los fines de contribuir a la prevención de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo.

En sentido general, existe desconocimiento sobre los riesgos para la salud a que están expuestos los trabajadores y trabajadoras en los diferentes sectores económicos en función de las tareas que realizan. Las estadísticas disponibles en el país, generalmente recopiladas a través de la Secretaría de Estado de Trabajo, se limitan a reportar los accidentes de trabajo los cuales evidencian un aumento al pasar de 3,313 en 2004 a 3,717 en 2005. La mayor cantidad de accidentes reportados proceden de la actividad manufacturera (21.7%), seguida por la industria (17.5%), el comercio (13.1%) y la construcción (11.2%)<sup>102</sup>.

A pesar de que la problemática de la salud laboral ha sido poco estudiada en el país, este tema cobra fuerza en el marco actual de apertura de los mercados y ante la vigencia de normativas nacionales e internacionales, promocionadas por la Organización Internacional del Trabajo y que forman parte de los acuerdos comerciales internacionales que el país ha firmado en los últimos años, como el DR-CAFTA.

### IV.3.12 Cuidado médico a la población extranjera

En República Dominicana existe un alto número de personas extranjeras, muchas de ellas en condiciones de irregularidad en su estatus migratorio. El principal grupo de extranjeros en el país es de origen haitiano. El servicio público de salud dominicano ofrece sus servicios a todo aquel que acuda al mismo, pero desde hace unos años la SESPAS registra la nacionalidad de las personas que reciben sus servicios, costumbre que permite determinar la cantidad de servicios entregados a población extranjera, pero que podría generar también algún tipo de discriminación que pudiese llegar a afectar la aten-

Cuadro IV.10 Servicios de salud prestados por el sistema público a la población haitiana, 2006-agosto 2007					
Actividad	Producción		Total de servicios (miles)	Costo unitario RD\$	Gasto 2006 (RD\$) millones (a)
	2006 (miles)	Ene-ago 2007 (miles)			
1.- Consultas	107.6	75.5	388.8	250.6	27.0
2.- Emergencias	73.5	53.0	207.7	835.94	61.4
<b>Subtotal</b>	<b>181.1</b>	<b>128.5</b>	<b>596.5</b>	<b>488.13</b>	<b>88.4</b>
3.- Internamiento	97.3	8.0	32.1	4,058	395.1
4.- Cirugías	1.4	0.6	3.5	10,500	14.9
5.- Partos	3.6	3.6	13.7	7,219	25.9
6.- Cesáreas	1.4	0.7	3.9	16,496	23.1
7.- Análisis	52.4	61.3	205.0	89.39	4.7
8.- Vacunas	11.9	0.0	102.4	608.67	7.2
<b>Total</b>	<b>349.1</b>	<b>202.6</b>	<b>957.3</b>		<b>559.3</b>
* El gasto en servicios de salud prestados a población haitiana en porcentaje con respecto al gasto público anual ejecutado en atención a las personas.					7.4%
Fuente: SESPAS					
<sup>a</sup> ODH/PNUD con base en datos de SIGEF y SEH					



ción y la calidad del servicio prestado. El Cuadro IV.10 muestra la cantidad de servicios de salud a población haitiana, de acuerdo a los registros de la SESPAS en 2006 y los primeros ocho meses de 2007. Como se puede apreciar, el valor total del año 2006 representó el 7% del gasto total en atención a las personas en el país. En Capítulo IX de este informe trata de manera más amplia la situación de la inmigración haitiana y sus impactos en la sociedad dominicana.

### IV.3.13 En resumen

La situación de salud expuesta en este acápite permite concluir que:

- Las primeras causas de muerte en el país (las enfermedades cardiovasculares, incluidas las cerebro vasculares, los infartos y otras cardiopatías isquémicas, la diabetes, la cirrosis hepática, la hipertensión y varios tipos de cáncer) son en su gran mayoría prevenibles si se tiene acceso oportuno a atenciones de calidad que aseguren la promoción de una vida saludable y la prevención a tiempo de sus principales factores de riesgo.
- Pese a los avances de la Movilización Tolerancia Cero, aún persisten problemas de registro de mortalidad y morbilidad materna e infantil.
- La mortalidad en la niñez ha descendido de manera sostenida en los últimos decenios. Sin embargo, continúa siendo superior a la de países de la región con condiciones económicas similares o menores. La mortalidad infantil aumenta a medida que se reduce el nivel socioeconómico de la familia.
- La mortalidad materna en el país es relativamente alta, a pesar de la amplia cobertura del cuidado médico de las embarazadas y desembrazadas, lo que evidencia falta de calidad en el servicio médico y sanitario provisto.
- La epidemia del VIH se comporta en el país como una epidemia generalizada con focos concentrados, ya que afecta al 1% de las embarazadas y a más del 5% de las poblaciones más expuestas<sup>103</sup>, además registra una mayor prevalencia entre las personas extranjeras residentes que entre los dominicanos.
- La incidencia de malaria ha tenido un comportamiento cíclico a nivel histórico. Desde el año 2006 parece que se ha entrado en un ciclo decreciente con respecto a los casos de malaria aunque la mortalidad ha aumentado levemente.
- República Dominicana está incluida en el grupo de los países con más alta incidencia de tuberculosis en el continente. Además, el país ha reportado el más alto porcentaje de casos con resistencia y multiresistencia a los medicamentos antituberculosos en el continente. A pesar de ello, recientemente se han logrado grandes avances en la detección y curación de esta enfermedad en el país.
- No se han desarrollado políticas de salud sostenibles para la prestación de servicios a las personas con discapacidad. No existen programas de prevención y detección temprana que eviten la discapacidad, existe una limitada asistencia especializada y una baja calidad en la prestación de servicios, situación que acentúa la vulnerabilidad de esta población.
- El embarazo a temprana edad mantiene una tendencia creciente desde la década de los ochenta. Es una problemática que tiene una serie de consecuencias negativas en la vida de las mujeres y que se constituye en un obstáculo para la formación escolar y laboral. Aunque el embarazo en adolescentes ocurre en todos los estratos de clase, las mayores proporciones de mujeres

---

<sup>103</sup> GTH (gays, trans y otros hombres que tienen sexo con hombres), trabajadoras/es sexuales y usuarios de drogas.

en esta situación están asociadas a condiciones vinculadas a la pobreza, como son: la residencia en zona rural y en el Suroeste del país, la falta de instrucción escolar, así como el hacinamiento y la promiscuidad, entre otros<sup>104</sup>.

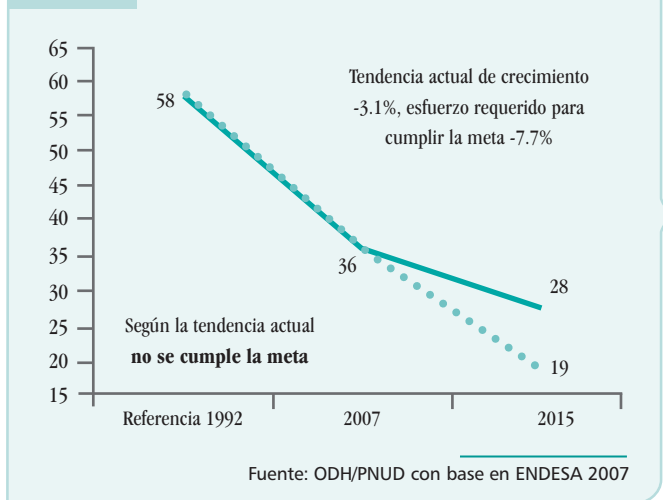
- El sistema de partidos políticos dominicano ha profundizado la exclusión social y violentado las normas del derecho internacional al endurecer las condiciones de los abortos.
- La violencia basada en género afecta fundamentalmente a las mujeres. Este tipo de violencia es la cuarta causa de muerte en mujeres dominicanas en edad reproductiva<sup>105</sup>, presentando una tendencia creciente, a pesar de los esfuerzos realizados por las autoridades competentes, instalando instancias especiales para atender esta problemática y disponer de una normativa que sanciona esta práctica.
- La salud laboral ha sido poco estudiada en el país, pero cobra fuerza en el actual marco de apertura de los mercados y ante la vigencia de normativas nacionales e internacionales que rigen esta materia. Debido a la alta tasa de trabajo informal en el país, el régimen de protección de riesgos laborales deja fuera a la mayor parte de los trabajadores y trabajadoras ocupadas, situación que se constituye en un desafío para los sistemas de salud y seguridad social.

#### IV.4 Las Metas de Desarrollo del Milenio en salud

La comunidad internacional en el año 2000 adoptó los Objetivos de Desarrollo del Milenio, de los cuales tres tienen que ver con la situación de salud (4, 5 y 6). Son en total ocho objetivos, dieciocho metas y cuarenta y ocho indicadores. Los tres objetivos vinculados a salud persiguen: reducir a la mitad la mortalidad de la infancia, mejorar la salud materna y combatir el VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades. En lo que sigue se hace una evaluación de las metas asociadas a estos objetivos (Anexo IV.10)

La meta número 5 de reducir en 2/3 partes la mortalidad en menores de 5 años de mantenerse las tendencias actuales no se logrará, ya que la tasa de crecimiento acumulativa anual observada entre el año de referencia 1992 y ENDESA 2007 muestra una reducción promedio anual de -3.1%<sup>106</sup>, que proyectado al 2015 arrojaría una mortalidad de 28 por 1,000 nacidos vivos, lo cual es casi una vez y media superior a la meta de 19 por 1,000 (Gráfico IV.4)

**Gráfico IV.4** Meta 5: Reducir en 2/3 partes la mortalidad en menores de 5 años, tendencias



En relación a la meta número seis de reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes, tampoco se cumplirá de mantener las tendencias actuales, ya que tomando en cuenta la referencia de

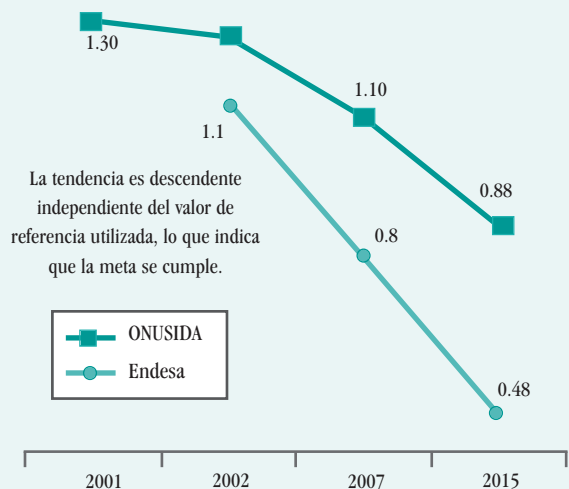
<sup>104</sup> La proporción de embarazos en adolescentes (15–19 años) era de 23% (28% en la zona rural y 21% en la urbana) en 2002 Según ENDESA,. El 64% de las adolescentes embarazadas no tenía ningún nivel de educación. La tasa de fecundidad en adolescentes en la zona urbana era de 104 por 1.000 mujeres y de 145 por 1.000 en la zona rural. El 43% de los embarazos no era deseado.

<sup>105</sup> Cálculos oficiales del Programa Nacional COPRESIDA/DIGECITS, conjuntamente con la OMS, utilizando ENDESA 2007.

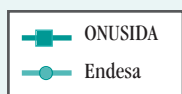
<sup>106</sup> Tasa de crecimiento acumulativa anual=(Valor 2007/Valor 1992)[1/(2007-1992)]-1

### Meta 7: Trayectoria de la prevalencia del SIDA, tendencias

Gráfico IV.5



La tendencia es descendente independiente del valor de referencia utilizada, lo que indica que la meta se cumple.



Fuente: ODH/PNUD con información de ENDESA y ONUSIDA.

229 muertes por cada 100,000 en 1996 y el valor registrado por ENDESA 2007 de 159 por cada 100,000 nacimientos, implica un ritmo acumulativo anual de reducción de -3.3% que proyectado al 2015 significa una tasa de 122, es decir más de dos veces la meta de 57. Para alcanzar la meta, el esfuerzo anual entre 2007 y 2015 debía ser 3.6 que el nivel registrado entre 1996 y 2007 (Gráfico IV.6).

La meta número siete se refiere a detener y reducir la propagación del VIH-SIDA entre la población de 15 a 49 años, se está cumpliendo, ya que el valor de referencia ofrecido por ENDESA 2002 fue de 1.1% y la registrada en 2007 fue de 0.8%. Otra fuente ofrecida por ONUSIDA calcula 1.3% para 2001 y en 2007 1.1%<sup>107</sup>. En ambas estimaciones, si se repite lo acontecido en el período del año de referencia hasta 2007 para el período 2007 a 2015, en la primera caería a una tasa acumulativa anual de -6.2%, reduciendo la prevalencia a 0.48%, y en la segunda disminuiría a una tasa acumulativa anual de -2.75% colocando la prevalencia en 0.88% (Gráfico IV.5)

La meta número ocho es detener y reducir, para 2015, la incidencia de tuberculosis, la malaria y el dengue. En cuanto a la tuberculosis las evidencias muestran una tendencia al cumplimiento de la meta, ya que tanto las estimaciones de referencia de incidencia, prevalencia y muerte para 1990 comparadas con los valores registrados en 2006 caen a una tasa anual de -2.7%, -4.1% y -4.0% respectivamente (Cuadro IV.11).

Con relación a la malaria, tal como fue indicado

anteriormente, es difícil predecir el comportamiento en los próximos años, pero es probable que se cumpla un nuevo ciclo de baja frecuencia por unos 3 a 4 años y luego un nuevo aumento (Gráfico IV.1 más arriba). Finalmente, el dengue es un fenómeno de carácter endémico en República Dominicana y dada la trayectoria de los últimos períodos episódicos la incidencia crece, lo que obligará a que el Estado cada año lance una campaña de prevención, en particular en el manejo de los depósitos de agua en las residencias y en las zonas marginadas.

La experiencia ha mostrado que avanzar en los Objetivos de Desarrollo del Milenio requiere una estrategia coordinada de intervención pública a partir de una visión sistémica e integrada de la política social, tal como se sugiere en el Capítulo II de este informe, de forma que se pueda actuar conjuntamente en los determinantes de la salud, de la educación, el empleo, la seguridad social, asistencia social, asentamientos humanos, agua y saneamiento, partiendo de un enfoque de derechos. Estas

Cuadro IV.11

### Meta 8: Detener y reducir para 2015 la incidencia de tuberculosis, el dengue y la malaria

Por cada 100,000	1990	2006	2015	Reducción acumulativa anual entre 2006 y 1990
Incidencia E, por cada 100,000	138.5	88.8	69.16	-2.7%
Prevalencia M, por cada 100,000	231	118.2	81.08	-4.1%
Muertes M, por cada 100,000	28.8	15	10.39	-4.0%

E: Estimado M: Modelado

Fuente: Calculado por ODH/PNUD con base <http://unstats.un.org/unsd/mdg/Data.aspx?cr=214>

107 [<http://unstats.un.org/unsd/mdg/Data.aspx?cr=214>]

metas son un mínimo que deberá ampliarse a medida en que se alcance para que las personas tengan más libertades individuales y colectivas.

#### IV.5 Marco legal e institucional de la salud

El marco legal del sistema de salud lo integra un conjunto amplio de leyes, reglamentos, normas y disposiciones administrativas provenientes de distintas instancias e instituciones estatales. Las dos herramientas jurídicas fundamentales son: la Ley General de Salud (Ley 42-01) y la Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (Ley 87-01). Mediante ambas normativas se establece un sistema complejo de instituciones de naturaleza pública, privada y sin fines de lucro especializadas en funciones específicas. Este nuevo marco legal busca elevar la capacidad resolutoria y la efectividad general del sistema, pero ha traído como consecuencia problemas de eficiencia al aumentar los gastos administrativos debido a la creación de nuevas instituciones.

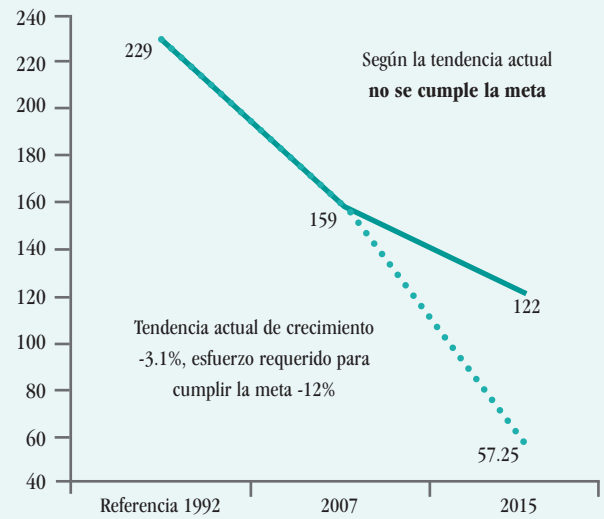
La Ley 42-01 es un código sanitario que rige el ámbito del Sistema Nacional de Salud (SNS), define la estructura y la forma general de organización de los servicios sanitarios del país, establece la reorganización de la SESPAS y el fortalecimiento de su rol rector en el sistema. Define el cumplimiento de ciertos estándares de calidad, regula las estructuras de los establecimientos de salud y protege el medio ambiente, los derechos de la sociedad y de los usuarios del sistema. En tanto que la Ley 87-01 establece el nuevo Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), con los diferentes regímenes de financiamiento, las prestaciones a entregarse y las fuentes de financiamiento, además de un conjunto de instituciones e instancias que permiten operativizar el sistema e introducen la especialización institucional, facilitando con ello la separación de las funciones de provisión, financiamiento, aseguramiento y rectoría<sup>108</sup>.

En términos generales, la Ley de Salud fue diseñada para regir el ámbito clínico y sanitario de la producción y mantenimiento de la salud, mientras que la Ley de Seguridad Social concierne a los aspectos de financiamiento y aseguramiento del sistema. Ambas leyes buscan regir dos sectores complementarios dentro del universo complejo de la salud. La puesta en operación de ambas leyes se hace a través de su base reglamentaria, que se detalla en ambas piezas legales, y en la cual las autoridades nacionales han trabajado consistentemente fomentando procesos participativos con los actores correspondientes en cada caso.

En ambas leyes se reconoce que el sistema de servicios de salud dominicano es de naturaleza mixta y está conformado por instituciones del sector público, privado y ONG.

Gráfico IV.6

#### Meta 6: Reducir la mortalidad materna en 3/4 partes



Fuente: ODH/PNUD.

<sup>108</sup> Esta Ley es objeto de un amplio análisis en el Capítulo VI sobre Seguridad y Asistencia Social.

- El sector público: lo constituyen un conjunto variado de instituciones de rectoría, regulación, financiamiento, administración de riesgos, recaudación, información y defensa de afiliados y provisión de servicios.
- El sector privado: lo integran Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y un alto y variado número de Prestadores de Servicios de Salud (PSS).
- El sector ONG: lo conforman principalmente proveedores de servicios de salud. Gran parte de ellas orientadas a salud reproductiva y VIH/ SIDA.

Las dos leyes definen un sistema con funciones separadas de financiamiento, aseguramiento, provisión de servicio y rectoría:

- La SESPAS experimentará un fraccionamiento que la dejará con las funciones de rectoría del sistema, las cuales serán ejercidas de manera desconcentrada a través de las direcciones provinciales de salud (DPS).
- La provisión de servicios públicos se desarrollará de manera descentralizada, mediante 9 servicios regionales de salud (SRS).

Un grupo de nuevas instituciones generadas a partir del nuevo marco legal tendrá funciones especializadas de recaudación, regulación del aseguramiento, coordinación sectorial e información y defensa de los afiliados, dejando el panorama institucional organizado como se muestra en el Recuadro IV.4., en donde se describen las funciones de instituciones del sector salud de acuerdo a las Leyes 87-01 y 42-01.

La redefinición de funciones se resume a continuación:

- Rectoría:
  - Conducción estratégica, vigilancia, evaluación, seguimiento, análisis, habilitación, regulación y fiscalización: Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS).
  - Coordinación sectorial de aspectos de salud: Consejo Nacional de Salud (CNS).
  - Coordinación sectorial de aspectos de Seguridad Social en salud: Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS).
- Regulación, supervisión y control de aspectos de aseguramiento y gestión de la administración de salud: Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).
- Financiamiento: En la parte pública está el Estado dominicano. En el sector privado, las empresas y las personas que pagan por aseguramiento y bienes y servicios de salud. En el ámbito de las ONG están las agencias internacionales que financian ONG y actividades de otras instituciones del sector salud del país.
- Información y defensa de los afiliados: Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA).
- Recaudación por pagos e impuestos: Dirección General de Impuestos Internos (DGII) y otras instituciones públicas que cobran por servicios.
- Recaudación de fondos de la Seguridad Social: Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) privadas que todavía cobran primas de seguros pero que dejarán de hacerlo en la medida que se vaya implementando el Sistema Dominicano de Seguridad Social.
- Administración de riesgos de salud: En el sector público está el Seguro Nacional de Salud (SENA-

**Recuadro IV.4** Funciones de instituciones del sector salud de acuerdo a las Leyes 87-01 y 42-01

INSTITUCIONES	PRINCIPALES FUNCIONES	ESTATUS
Consejo Nacional de Salud (CNS)	Aprobar las políticas y líneas generales del funcionamiento del sector. Está integrado por las instituciones del sector, encabezada por la SESPAS	Pública
Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS)	Aprobar las políticas y normativas del sistema de seguridad social. Es presidida por el Secretario de Estado de Trabajo	Pública
Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS)	Rectoría de todo el sistema, y servicios de salud colectiva	Pública
Instituto Dominicano de Seguro Social (IDSS)	Administradora de Riesgo de Salud Administradora de Estancias Infantiles Administradora de Estancias Infantiles Prestadora de Servicios de Salud Administradora de Riesgos laborales	Mixta
Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)	Supervisar y regular el funcionamiento y la solvencia financiera de las Administradoras de Riesgo de Salud (públicas y privadas) y las de Riesgos laborales.	Pública
Seguro Nacional de Salud (SENASA)	Administradora de riesgos de salud. Es la responsable de dar cobertura de seguro a la población de los regímenes subsidiado y contributivo-subsidiado, a los trabajadores del sector público (contributivo), así como a las personas del régimen contributivo que la elijan.	Pública
Administradoras de Riesgos de Salud (ARS)	Dar cobertura de seguro de salud a la población del régimen contributivo. Contratar a las PSS	Mixta
Proveedores o Prestadores de Servicios de Salud (PSS)	Dar servicios y bienes de salud a la población.	Mixta
Programa de Medicamentos Esenciales (PROMESE)	Abastecer de medicamentos e insumos a los hospitales públicos y las farmacias públicas ("Farmacias del pueblo"), excepto los insumos de planificación familiar, los preservativos y medicamentos antirretrovirales (HIV/SIDA)	Pública
Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS)	Coordinar los esfuerzos nacionales técnicos y operativos (especialmente a nivel de infraestructura y habilitación) para la reforma del sector.	Pública
Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA)	Dictar las políticas y Lineamientos Estratégicos que orientan los planes y programas nacionales de lucha contra el VIH/SIDA	Pública
Direcciones Provinciales de Salud (DPS)	Son la expresión provincial de la SESPAS. Ejercen las funciones de rectoría y son las responsables del monitoreo y evaluación de los servicios de salud colectiva a nivel provincial	Pública
Servicios Regionales de Salud (SRS)	Son las responsables de dirigir y gestionar la labor de las Redes Regionales Proveedoras de Servicios de Salud. En ese sentido son las responsables de brindar servicios de salud a las personas de forma individual. Actualmente son una expresión desconcentrada de la SESPAS, pero la ley establece que deben separarse de ésta y convertirse en instituciones autónomas descentralizadas con personería jurídica propia.	Pública
Dirección y Defensa del Afiliado (DIDA)	Es la responsable de defender los derechos de los afiliados ante los demás actores del sistema. Debe brindar información y educación a los afiliados sobre sus derechos y deberes, así como sobre el funcionamiento del sistema.	Pública

Fuente: Cuadro Tomado del Diagnóstico del Sector Salud 2003- 2006. PROSISA y complementado con aportes propios.

SA), Salud Segura (del IDSS) y otras administradoras de salud de instituciones y sectores del sistema público del país. En el sector privado hay un alto número de ARS autorizadas por la SISALRIL para funcionar en el sistema.

- Provisión de servicios: En el sector público están los Servicios Regionales de Salud (SRS) con los hospitales, clínicas rurales con sus respectivas unidades de atención primaria, consultorios periféricos, dispensarios y otras unidades de servicios. Además están la red del IDSS, las Farmacias del Pueblo del PROMESE/ CAL y los servicios de salud de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional. Hay numerosas ONGs que ofrecen una gama variada de servicios de salud. Además de los prestadores privados (médicos, clínicas, laboratorios, centros de imágenes, farmacias, etc.)

### **Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS)**

El Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), entidad tripartita (gobierno, empresas y trabajadores), fue sometido en años recientes a un proceso de reestructuración que separó sus fondos de salud, pensiones y riesgos laborales. Actualmente el IDSS tiene cuatro funciones:

- La prestación de servicios con su amplia red de establecimientos.
- La administración de riesgos de salud con Salud Segura.
- La administración de estancias infantiles.
- La administración de riesgos laborales.

Esta última es una función monopólica y superavitaria. Con las otras tres áreas ha confrontado dificultades, pero en 2007 se produjo una mejora en las finanzas fruto, fundamentalmente, del aumento en el per cápita que recibe por cada afiliado, que actualmente es de RD\$620.00 mensuales, correspondiente a la mensualidad del per cápita del Seguro Familiar de Salud. Además, recibe un subsidio de parte del Estado que supera los RD\$1,000<sup>109</sup> millones anuales. Si bien es cierto, que la situación descrita anteriormente produce un alivio en las finanzas de la institución, no es menos cierto que la perspectiva en el corto y mediano plazo es sumamente delicada por las razones siguientes:

- Al interior del IDSS no se ha producido una verdadera reforma que haga más eficiente su red de prestadores.
- El 18 de agosto del 2008 finalizó el período de congelamiento de la cartera de afiliados del régimen contributivo del Seguro Familiar de Salud. A partir de esa fecha los afiliados pueden escoger libremente el permanecer en la Administradora de Riesgos de Salud Salud Segura, o ir a otra ARS. No hay grandes atractivos para permanecer en Salud Segura cuando la población reconoce que los mejores servicios de aseguramiento los ofrecen otras ARS del país. Una salida masiva de afiliados del IDSS amenazaría seriamente la existencia de la institución.
- Las huelgas médicas que periódicamente paralizan los servicios del IDSS, no son bien percibidas por los afiliados y la población general y pueden incidir en la desafiliación de la institución, a la vez que disminuye los atractivos de ingreso de nuevas poblaciones a Salud Segura.

### **Servicios básicos cubiertos por la Ley de Seguridad Social**

La Ley de Seguridad Social establece el **Seguro Familiar de Salud (SFS)**, que es un instrumento de protección social en el campo de la salud. Los artículos 118 y 119 de la Ley 87-01 establecen que el Seguro Familiar de Salud (SFS) tiene por finalidad la protección integral de la salud física y mental del afiliado y su familia, así como alcanzar una cobertura universal sin exclusiones por edad, sexo, condición social, laboral o territorial, garantizando el acceso regular de los grupos sociales más vulnerables y velando por el equilibrio financiero, mediante la racionalización del costo de las pres-

<sup>109</sup> [<http://www.diariodominicano.com/n.php?id=2386>]



taciones y de la administración del sistema. El Seguro Familiar de Salud comprende la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, la rehabilitación del enfermo, el embarazo, el parto y sus consecuencias. No comprende los tratamientos derivados de accidentes de tránsito, ni los accidentes de trabajo ni las enfermedades profesionales, los cuales están cubiertos por la Ley 4117, sobre Seguro Obligatorio de Vehículos de Motor y por el Seguro de Riesgos Laborales, establecido por la Ley de Seguridad Social.

El Seguro Familiar de Salud se hace efectivo a través del **Plan Básico de Salud (PBS)**, conformado por un conjunto de servicios básicos e integrales, que incluyen:

- La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad,
- La atención primaria en salud, incluyendo emergencias, servicios ambulatorios y a domicilio,
- La atención especializada, tratamientos complejos, hospitalización y asistencia quirúrgica,
- El 100% de los medicamentos ambulatorios para la población bajo el régimen subsidiado y 70% para la población bajo los regímenes contributivo y contributivo subsidiado,
- Exámenes diagnósticos,
- Atención odontológica pediátrica y preventiva,
- Fisioterapia y rehabilitación y
- Prestaciones complementarias, incluyendo aparatos, prótesis y asistencia técnica a personas con discapacidad.

El PBS es la oferta básica estandarizada de servicios de salud y medicamentos a que tiene derecho la población afiliada al Sistema Dominicano de Seguridad Social. Tiene un costo per cápita que se modifica de acuerdo a los incrementos de precios que se van produciendo en sus componentes. Su valor original fue establecido en función de investigaciones de expertos que utilizaron el perfil epidemiológico nacional, para determinar las patologías más frecuentes del país, los registros estadísticos, para determinar frecuencias de los episodios de salud, así como informaciones disponibles de costos y precios de servicios. La primera versión del PBS fue la 1.4, que fue aprobada en octubre del 2002 por el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS). A partir de esta primera versión se estableció un procedimiento metodológico para actualizar el costo per cápita fundamentado en la indexación periódica de las tarifas promedios y los costos, a partir de los índices de precios de los bienes y servicios de salud y de las variaciones en la tasa de cambio. Esta versión inicial del PBS tenía un costo per cápita de RD\$2,176.

Con el acuerdo firmado el 19 de diciembre del 2006, para dar inicio al Seguro Familiar del Salud del régimen contributivo, se estableció iniciar los servicios de salud con un Plan de Servicios de Salud (PDSS) que debe ser desarrollado gradualmente hasta contemplar todos los servicios del PBS establecidos en la Ley 87-01. El PDSS es sólo para el Régimen Contributivo, su cobertura es similar a la del PBS, pero define gradualidad en la entrega de los servicios y considera modalidades de copago, topes, cuotas moderadoras fijas y cuotas moderadoras variables. El valor del per cápita establecido en el acuerdo fue de RD\$4,737, mientras el valor a marzo de 2009 es de RD\$7,440.

Desde el principio se definió un PBS bastante amplio y completo, pues incluye servicios de diversas escalas que van desde prevención hasta servicios de alto costo, así como medicamentos ambulatorios. Sin embargo, por insuficiencias financieras se han tenido que introducir medidas de contención de costos como los copagos y las cuotas moderadoras en el uso de los servicios de salud del régimen contributivo y en el subsidiado, así como en la entrega de medicamentos ambulatorios, que se limita a RD\$3,000 anuales.



## IV.6 El sistema de salud

---

En este apartado se analiza el sistema de salud dominicano a partir de las funciones básicas que se señalan en la Ley General de Salud y sus reglamentos y en el Plan Decenal de Salud (PLANDES), que son: a) rectoría, b) atención a las personas (incluyendo medicamentos), c) salud colectiva, d) financiamiento y e) aseguramiento.

### IV.6.1 Rectoría

La Ley General de Salud (42-01) en su artículo 8 asigna a la SESPAS la responsabilidad de las funciones de rectoría del SNS y la define como la máxima autoridad sanitaria del país, añadiendo que la gestión de rectoría se ejerce en forma compartida con otras instituciones del Estado y organizaciones de la sociedad civil. Estas funciones incluyen:

- La formulación de políticas y planes estratégicos de salud: el Plan Decenal de Salud (PLANDES), mandato de la Ley 42-01, constituye el más importante instrumento de planificación estratégica en el sistema de salud del país. Además, es la mejor oportunidad para la construcción de consenso en torno a los objetivos estratégicos de desarrollo del sector. Su formulación inició en 2003 y su período de vigencia es 2006-2015.
- Las funciones de habilitación y regulación de prestadores: la habilitación es una función básica y uno de los elementos condicionantes de la calidad de los prestadores de servicios de salud en el país. Las normas nacionales de habilitación fueron elaboradas al inicio de la década y sirvieron para la habilitación provisional que se realizó previo a la entrada del régimen subsidiado de la Seguridad Social. El ejercicio fue más formal que real y se hizo en forma acelerada para cumplir con el mandato de la Ley que requería que todos los establecimientos de salud que operan en el sistema debían estar habilitados por la SESPAS. Hasta junio de 2008, la Dirección General de Habilitación y Acreditación había inspeccionado el 47% de los 8,590 establecimientos de salud de los cuales sólo 791, el 20%, cumplieron con los estándares necesarios para conseguir la habilitación. A esa fecha, aún 4,512 establecimientos no habían solicitado la inspección.
- Liderazgo y autoridad sanitaria: el liderazgo tiene como base el reconocimiento de la autoridad pública por parte de todos los sectores y actores del sistema de salud. Esta función no ha podido ser asumida por la SESPAS, teniendo como principal escollo la inexistencia de una carrera sanitaria que permita profesionalizar el personal de salud y que pueda atraer y mantener talentos en la administración pública, asegurando su adecuada selección, estabilidad y desarrollo profesional. La autoridad del órgano rector es cuestionada con cierta frecuencia por algunos actores en el sistema de salud, quienes presionan para obtener ventajas que afectan la coherencia y direccionalidad del sistema. A la fecha de entrega de este informe, se encuentra en el Congreso de la República, la propuesta de Ley de Carrera Sanitaria elaborada por un cluster multidisciplinario que contó con el apoyo técnico de la OPS y que promovió la dirección de Recursos Humanos de la SESPAS.
- Vigilancia y evaluación de la situación de salud: la SESPAS ha hecho importantes esfuerzos para desarrollar las capacidades de monitorear y vigilar los indicadores básicos relacionados con los problemas de salud, incluidos en la Movilización Tolerancia Cero. El sistema de vigilancia epidemiológica nacional, a través de la Dirección General de Epidemiología (DIGEPI), se ha reestructurado y ha mejorado sustancialmente en los últimos años constituyéndose en la mejor fuente de informaciones sanitarias en el país, sin dejar de reconocer el alto número de subre-

gistros que aún prevalecen y que no se dispone de informaciones regulares generadas por el sector privado.

El desarrollo de las capacidades para el monitoreo y vigilancia de la calidad desde la propia SES-PAS y dentro de los establecimientos proveedores de servicios de salud ha sido casi inexistente. Tampoco ha sido monitoreado el impacto de las actividades sobre las inequidades sociales en salud. Los datos estadísticos que se publican en las memorias anuales de salud son a menudo incongruentes o incorrectos. Esta debilidad limita considerablemente las posibilidades del órgano rector para conducir el sistema con un enfoque estratégico y para ejercer un liderazgo más efectivo en los espacios de decisiones.

A pesar de que las funciones de rectoría son indispensables para el funcionamiento adecuado y armónico del Sistema Nacional de Salud, han sido débilmente desarrolladas por la SESPAS. Esta debilidad se ha traducido en conflictos de competencia entre los diferentes órganos del sistema de salud y de la seguridad social. La Ley 87-01 ha generado confusión en el ámbito de rectoría al otorgar derecho a veto a sectores que precisamente deben ser objeto de rectoría, creando una circularidad entre reguladores y regulados.

La experiencia internacional muestra que las funciones de rectoría deben ser de carácter público, ejercidas por el Estado a través de sus órganos correspondientes a fin de poder asegurar el buen funcionamiento del sistema de salud. Fortalecer la autoridad pública contribuye a la armonización de intereses particulares que normalmente tienden a entrar en conflicto.

#### **IV.6.2 Atención a las personas**

El Sistema Nacional de Salud está formado por dos subsistemas:

- Atención a las personas
- Salud colectiva.

Esta subdivisión parece presumir dos modalidades organizativas y de financiamiento de la atención de la salud. Una basada en la atención de la demanda, predominantemente espontánea, y con una oferta de servicios fundamentada en la racionalidad clínica, una cartera de intervenciones individuales y financiada por el sistema de seguridad social, seguros privados y pagos de bolsillo; y otra fundada en la racionalidad de la salud pública, centrada en acciones colectivas que buscan la modificación de los procesos determinantes de los problemas prioritarios de salud. El financiamiento de esta última ha sido reservado fundamentalmente al Estado.

La atención a las personas la conforman los servicios de salud que se prestan directamente a individuos y que se dividen por niveles de atención: atención primaria, entrega de servicios sin internamiento y de baja complejidad, y luego están los niveles especializados (2 hasta 4), que incluyen servicios de consultas y análisis complejos, así como internamientos. Las emergencias se atienden en toda la estructura de la red de servicios, tomando en cuenta su nivel de gravedad.

El nuevo sistema dominicano de seguridad social plantea la entrega de los servicios del Plan Básico de Salud (PBS) y de cualquier otro plan de carácter complementario, a través de Prestadores de Servicios de Salud (PSS) articulados mediante contratos y convenios a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS). El PBS es definido por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) e incluye un conjunto amplio de servicios clínicos y algunas acciones de promoción y prevención de carácter individual.

Los PSS privados existen como establecimientos independientes, mientras que los PSS públicos de la SESPAS se organizan en red bajo los llamados Servicios Regionales de Salud (SRS), en vía de constituirse en entidades públicas autónomas con personería jurídica propia.

A un nivel general, el sector público está compuesto por un conjunto de instituciones como la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), el Programa de Medicamentos Esenciales/ Central de Apoyo Logístico (PROMESE/ CAL), el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) y las nuevas instituciones de la Seguridad Social. Los servicios públicos están destinados, en su mayoría, a personas de bajos recursos, mientras los privados atienden a personas con capacidad de pago.

### Infraestructura pública

El sistema público cuenta con servicios de salud para todos los niveles de atención. El primer nivel está constituido por clínicas rurales y urbanas, donde se ubican las Unidades de Atención Primaria (UNAP), de las cuales hay una o más por establecimiento. El segundo nivel son los hospitales municipales y provinciales y el tercero lo componen los hospitales regionales. En el año 2006 había 472 subcentros y centros sanitarios, 16 hospitales municipales y de área, 22 hospitales provinciales, 8 hospitales regionales y 14 hospitales nacionales de referencia según las memorias de la SESPAS (Cuadro IV.12). La distribución territorial<sup>110</sup> de estos establecimientos se muestra equilibrada y solo se observa una alta concentración de hospitales de referencia en el Distrito Nacional provocando un problema de equidad geográfica<sup>111</sup>.

Como parte del sector público existe en el país un subsistema de servicios especializados para miembros de las Fuerzas Armadas, que cuenta con cinco establecimientos de salud de los cuales dos tienen internamientos.

Cuadro IV.12   Establecimientos de la SESPAS, 2006	
Subcentros y centros sanitarios	472
Hospitales municipales y de áreas	16
Hospitales municipales	105
Hospitales provinciales	22
Hospitales regionales	8
Hospitales nacionales de referencia	14
Fuente: Memoria SESPAS 2006	

En el subsistema público existen cerca de 1,400 establecimientos con 12,057 camas en total, lo que representa 1.2 camas por cada 1,000 habitantes (Cuadro IV.13). Cálculos previos del 2002 estimaron la existencia de 9 médicos del sector público por cada 10,000 habitantes en el país. El promedio de camas y médicos es adecuado, aunque no están bien distribuidos en el país y la mayoría está concentrada en los principales centros urbanos. El número de enfermeras es bajo y buena parte no se encuentra debidamente calificada para su desempeño.

Cuadro IV.13   Establecimientos del subsistema público, 2006		
Establecimientos	SESPAS	1,227
	IDSS	124
	FAA	5
Total de camas	12,057	
Camas/ 1,000 hab	1.2	
Fuente: Memoria SESPAS 2006		

El 57% de la población asiste a los establecimiento de SESPAS para recibir atención ambulatoria y el 55.5% para internamiento según ENDESA 2007. El sector privado es amplio y complejo y se ha sustentado mucho en el pago directo, concentrándose en los centros urbanos. El 28.5% de la atención ambulatoria y el 36.6% del internamiento se produce en un centro privado (Cuadro IV.14).

Las ONGs se han especializado en servicios vinculados a los programas de salud y al primer nivel de atención, principalmente salud repro-

<sup>110</sup> El 75% de la población tiene un establecimiento de salud (público o privado) a menos de 2 km. El 57% de la población tiene un centro de salud de SESPAS a menos de 2 km de distancia. Calculado en base a ENDESA 2002, p.321

<sup>111</sup> ODH/PNUD 2008, p.196

ductiva, aunque existen algunas en el nivel especializado y de alta complejidad. Es destacable su rol en la atención de cáncer, dermatología, rehabilitación y diabetes. Aproximadamente el 3.9% de la población que consultó servicios de salud en los últimos 30 días declaró que lo hizo en este tipo de institución, al igual que el 1.6 % de quienes fueron hospitalizados. Lamentablemente, ENDESA no da información sobre la severidad de los daños atendidos, ni sobre el tamaño y localización de la institución que atiende.

Por otra parte, es evidente que los más pobres van sólo a los establecimientos de SESPAS ya que el 60% de las personas que van a las instituciones públicas se ubican en el primer o segundo quintil de pobreza. Sin embargo, solamente el 11% de los que van a establecimientos privados caen en el primer quintil de ingreso, igual comportamiento se registra entre la población internada en un establecimiento hospitalario (Gráficos IV.7 y IV.8).

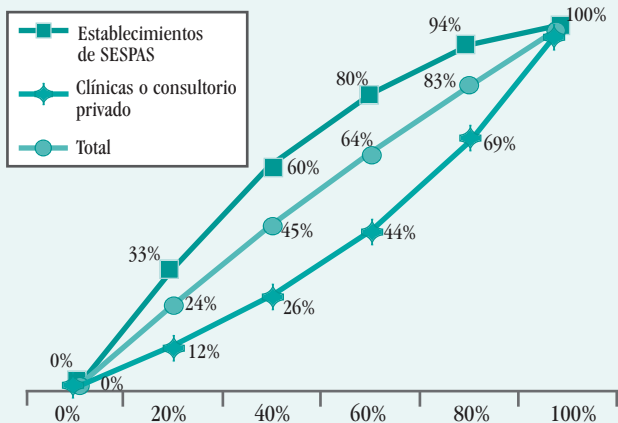
**Cuadro IV.14** Distribución porcentual de la población por lugar de consulta (últimos 30 días) y por lugar de internamiento (último 6 meses), 2007

Establecimiento	Ambulatorio	Internamiento
SESPAS	57	55.5
IDSS	4.7	3.4
FAA/PN	1.0	2.1
Privado	28.5	36.6
Iglesia	2.3	1.2
Otro	1.5	0.4
Sin información	5.1	0.7
Total	100	100

Fuente: ENDESA 2007, p. 352 y 359.

**Gráfico IV.7**

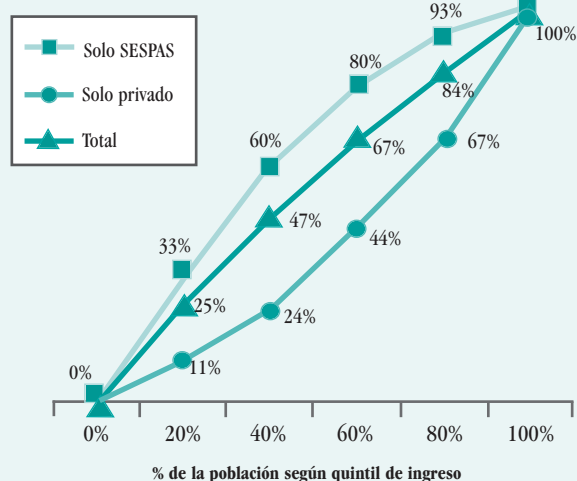
Distribución porcentual de la población que fue internada en un establecimiento de salud en los últimos 6 meses por lugar de internamiento, por quintil de ingresos, 2007



Fuente: ODH/PNUD en base a ENDESA 2007.

**Gráfico IV.8**

Distribución por quintil de ingreso por tipo de establecimiento de la consulta ambulatoria, 2007



Fuente: ODH/PNUD en base a ENDESA 2007.

### La atención primaria en salud (APS)<sup>112</sup>

El primer nivel de atención está establecido en el artículo 152 de la Ley 87-01 “como la puerta de entrada a la red de servicios, con atención profesional básica a la población a su cargo, dotado de adecuada capacidad resolutoria y centrado en la prevención, en el fomento de la salud, en acciones de vigilancia y en el seguimiento de pacientes especiales, que cubra las emergencias y la atención domiciliaria”.

<sup>112</sup> En ODH/PNUD 2008, INDH 2008 se discute la importancia de la atención primaria a nivel territorial.

Esta medida de diseño busca permitir la sostenibilidad financiera del sistema a través de la provisión de servicios en el nivel primario, que es más económico y al mismo tiempo capaz de tratar el 80% de los problemas de salud<sup>113</sup>. Además, desde el punto de vista de la salud pública, la atención primaria hace un gran énfasis en las actividades preventivas y promocionales de la salud. Su correcta implementación conlleva un replanteamiento de la forma como tradicionalmente se ha concebido y operado en el sistema de salud. Esta instancia generalmente es considerada de bajo nivel profesional, técnico y de escasa capacidad resolutoria. Adoptar este mandato de la Ley implicará una transformación que debería iniciar en las universidades con la formación de los profesionales de la salud para extender esta lógica de atención a los espacios donde se entrega la atención sanitaria y donde se demandan los servicios.

En el recuadro IV.5 se detalla una experiencia piloto desarrollada que demuestra los resultados que puede tener la atención primaria en la mejora de la calidad de vida de las personas y la eficiencia del sistema de salud. Esta experiencia se discontinuó cuando los fondos externos que la financiaban acabaron.

Es importante destacar, que el primer nivel de atención no es igual a un médico general, ya que el mismo puede incluir tantas especialidades como se determinen (ginecología, pediatría, medicina interna y cirugía). Como el mandato de la Ley ha generado preocupación entre las personas usuarias

#### El Fondo de Atención Primaria (FONAP) Recuadro IV.5

El Fondo de Atención Primaria (FONAP) fue una experiencia piloto implementada en el marco del programa de modernización y reestructuración del sector salud (PMRSS) que, con recursos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), se ejecutó del 1999 al 2005. El FONAP proveyó un conjunto de servicios básicos a más de 270,000 personas (64,552 familias) de 15 comunidades pobres de las provincias de Azua, San Juan de la Maguana y Elías Piña, en la región sur del país (53% de la población de las 3 provincias). Proporcionó asistencia técnica y capacitación a organizaciones y redes de proveedores contratadas y utilizó una modalidad de pago por capitación que incluía recursos para cubrir sueldos, suministros y fármacos. La selección de los proveedores se realizó mediante concursos anuales y mediante la utilización de contratos de servicios con incentivos y penalizaciones. Con el programa se conformó una red mixta de proveedores integrada por centros de salud de la SESPAS, ONGs, clínicas privadas y grupos comunitarios y religiosos organizados.

Algunos aspectos importantes del FONAP que podrían ser evaluados y ajustados al esquema de la seguridad social para ser replicados a gran escala, son los siguientes:

- **Cómo expandir en forma efectiva la cobertura de servicios de salud en lugares donde no haya instalaciones de la SESPAS.** El FONAP contrató ONGs y empresas privadas para áreas que tenían baja cobertura de la SESPAS. La experiencia demostró que en poco tiempo se puede elevar la cobertura, mejorar la atención y los indicadores de salud sin tener que realizarse una inversión pública en infraestructura y equipamiento.

tró que en poco tiempo se puede elevar la cobertura, mejorar la atención y los indicadores de salud sin tener que realizarse una inversión pública en infraestructura y equipamiento.

- **Bajo otro esquema de gestión los médicos pueden trabajar más y ser más productivos.** En todos los subproyectos del FONAP el personal administrativo y de salud trabajaba las horas acordadas en los contratos. Además, los incentivos por desempeño y las penalizaciones por incumplimiento demostraron ser efectivos.
- **Simplificar las funciones del Estado puede mejorar los servicios.** En la experiencia FONAP el Estado dominicano tenía las funciones de financiamiento y supervisión, delegando y contratando la prestación de servicios. Simplificadas las funciones se logró mejorar las que quedaron en manos del Estado y los servicios mejoraron notablemente.
- **Los sistemas de gestión claramente diseñados tienen más posibilidades de ser efectivos.** El FONAP utilizó parte de la documentación de atención primaria de la SESPAS, diseñó una serie de instrumentos gerenciales y definió una estrategia de intervención y operación que logró mantener y mejorar a lo largo de su desarrollo. Esta claridad de propósitos, reglas de juego definidas e instrumentos y herramientas prácticas y útiles demostró ser una buena combinación gerencial y operativa para la obtención de buenos resultados.

Fuente: ODH/PNUD con base en CERSS.

113 ODH/PNUD 2007a, p. 109

rias del sistema, la SISALRIL emitió una resolución indicando que los pacientes crónicos y los que estén bajo tratamiento continuo seguirán recibiendo atenciones de sus especialistas.

### Recursos humanos en salud

El país ha logrado implementar importantes medidas de reforma; pero persiste el modelo asistencial de tipo curativo sobre el de prevención y promoción de la salud, basándose en la libre demanda de servicios. En materia de recursos humanos, a pesar de estos cambios y de la aprobación del Reglamento General de los Recursos Humanos, establecido con el decreto No. 732-04, el país carece de una política de recursos humanos que incluya, entre otros aspectos, la carrera sanitaria y el sistema de retribución del trabajo en el sector salud. En la actualidad se encuentra depositado en el Congreso de la República, el proyecto de Ley de carrera sanitaria.

En este sentido es necesario establecer concursos para la contratación de personal en el sistema de salud así como descentralizar la nómina de SESPAS para que los Servicios Regionales de Salud ordenen la distribución de los recursos humanos según los establecimientos de la propia Red Proveedora de Servicios de Salud y según el perfil epidemiológico de la población beneficiaria. De igual manera, es necesario implementar las normas de certificación y recertificación del personal sanitario, en vista de las extremadamente bajas notas que los pasantes médicos reciben en sus exámenes de pasantía<sup>114</sup> y del bajo nivel de desempeño evidenciado en los resultados de salud de la población derivado de la atención sanitaria deficiente y deficitaria. Una vez integrados al sistema de salud, es necesario también que se controle la asistencia del personal médico<sup>115</sup> y el cumplimiento del horario del personal sanitario profesional y técnico auxiliar. Esta última medida es indispensable si se aplica la carrera sanitaria y el modelo de incentivos, pues el otorgamiento de los beneficios que implica requiere el cumplimiento por parte del personal de sus responsabilidades formales.

Actualmente tampoco se contempla una distribución equitativa de los recursos humanos en salud para satisfacer la demanda poblacional en cada una de las regiones de salud establecidas<sup>116</sup>.

Su distribución por regiones de salud se muestra en el Cuadro IV.15. Se observa la disparidad en la distribución del personal de enfermería respecto a

**Cuadro IV.15 Personal de salud de SESPAS por regiones de salud, 2006**

Regiones	Médicos	Enfermeras	Total	Enfermeras /médicos
Región 0 Distrito Nacional	4,390	3,415	7,805	0.78
Región I Valdesia	676	277	953	0.41
Región II Norcentral	593	883	1,476	1.49
Región III Nordeste	195	707	902	3.63
Región IV Enriquillo	315	803	1,118	2.55
Región V Este	nd	nd	-	ND
Región VI Del Valle	293	234	527	0.80
Región VII Cibao Occidental	342	551	893	1.61
Región VIII Cibao Central	533	528	1,061	0.99
Diferencia en datos SESPAS <sup>a</sup>	3,043	4,690	7,733	1.54
Total	10,380	12,088	22,468	1.16

Fuente: Construido a partir de la Memoria de la SESPAS, 2006  
<sup>a</sup> Diferencia entre el total nacional reportado por SESPAS y la suma de los regionales.

<sup>114</sup> ODH/PNUD 2007a, p. 121. Ramón Alvarado, Director de la Regional VIII Cibao Central plantea: “Nosotros hemos analizado los últimos exámenes a los médicos que aspiran a ser residentes. En el penúltimo participaron 960 médicos y pasaron 27, que es igual al 3% y la nota más alta es un 80. En el último examen participaron 1,260 y pasaron 60 que fue también el 3% aproximadamente”.

<sup>115</sup> ODH/PNUD 2008, p.198

<sup>116</sup> En el 2005 el país contaba con 18,450 médicos (20.0 por 10,000 habitantes), 3,603 enfermeras/os profesionales (3.9 por 10,000), 15,511 auxiliares o técnicos de enfermería (15.7), 2,946 bioanalistas (3.2), 8,320 odontólogos (9.0) y 3,940 farmacéuticos (4.3). Entre 1994 y 2004, el número de médicos en la SESPAS aumentó de 5,626 a 9,204, el de enfermeros y auxiliares de 8,600 a 11,333, el de odontólogos de 376 a 1,431 y el de farmacéuticos de 372 a 527. Solo el subsector público cuenta con información sobre la distribución geográfica de los recursos humanos. En 2002 se observó una variación de 5.6 médicos por 10,000 habitantes en la provincia de Azua a 38.5 en el Distrito Nacional [República Dominicana, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social; Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos de salud, 2003. Santo Domingo: SESPAS; 2005.



Cuadro IV.16

## Población y RRHH de salud por regiones de salud, 2006

Regiones	Población	Total RRHH salud	Densidad RRHH <sup>a</sup>
Región 0 DN	2,911,670	7,805	26.81
Región I Valdesia	765,113	953	12.46
Región II Norcentral	1,446,047	1,476	10.21
Región III Nordeste	607,763	902	14.84
Región IV Enriquillo	342,759	1,118	32.62
Región V Este	880,468	ND	ND
Región VI Del Valle	513,841	527	10.26
Región VII Cibao Occ.	390,982	893	22.84
Región VIII Cibao Central	703,898	1,061	15.07
Total	8,562,541	14,735	145

Fuente: Construido a partir de la Memoria de la SESPAS, 2006

<sup>a</sup> Por 10,000 habitantes

la cantidad de población médica, siendo la menor en la Región I o de Valdesia con un 0.41 enfermeras por médico y la mayor en la Región III o Nordeste, con 3.63 enfermeras por médico. Esto hace necesario considerar la implementación de un sistema de incentivos para que un mayor número de médicos y profesionales sanitarios se instalen en zonas geográficas alejadas.

De acuerdo con la medida Densidad de los Recursos Humanos en Salud, propuesta como base de trabajo por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que la tasa necesaria para alcanzar un nivel de “cobertura mínima” es de 25 profesionales (entre médicos y enfermeras) por cada 10,000 habitantes<sup>117</sup>.

La SESPAS indica que las plazas para médicos profesionales al 2006<sup>118</sup> eran 10,380 (10 por 10,000 habitantes) y de enfermeras de 12,088 (14 por 10,000 habitantes), por lo que la densidad de recursos humanos para alcanzar un nivel de cobertura mínima en el subsector público queda ligeramente por debajo de la escala internacional establecida.

El Cuadro IV.16 muestra que solo la Región 0 y la IV alcanzan y sobrepasan la tasa necesaria para alcanzar un nivel mínimo de cobertura; la Región VII está 2.16 puntos por debajo, mientras que las demás quedan muy por debajo, llegando hasta menos de un 50% en algunos casos.

La inequidad en la distribución geográfica de los recursos humanos puede conducir a la inequidad en la prestación de servicios de salud oportunos y de calidad. La redistribución necesaria del personal de salud deberá acompañarse de incentivos. Los sueldos constituyen el componente más importante del gasto sanitario; pero también pueden adoptarse prestaciones no económicas que mejoren la productividad y eviten los desplazamientos internos de recursos hacia las áreas urbanas, tales como: vivienda, servicios básicos, formación y desarrollo profesional, oportunidades de rotación y de promoción.

De igual manera, solo el 44% de todos los centros de atención primaria cuentan con personal sanitario (Anexo IV.11). Este hecho permite explicar en parte el bajo porcentaje de consultas atendidas en el nivel primario, que asciende a solo a 17% (Anexo IV.12).

### El sector farmacéutico en República Dominicana<sup>119</sup>

En el país existe una importante industria farmacéutica nacional, pero la mayor cantidad de medicamentos e insumos de salud son importados. La distribución de medicamentos es de carácter mixto, pero el sector privado tiene preponderancia a través de más de 2,000 farmacias en todo el país. El sector público distribuye medicamentos ambulatorios a través de 420 “Farmacias del Pueblo”. Generalmente son medicamentos genéricos, obtenidos en compras masivas con economía de escala, lo que permite su adquisición a bajos precios.

<sup>117</sup> OPS [<http://www.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=11199&SE=SN>]

<sup>118</sup> SESPAS 2006b

<sup>119</sup> Elaborado con base en Rathe, Magdalena 2008



### **Aspectos institucionales del sector farmacéutico**

Dentro del sector farmacéutico el rol de la SESPAS es la de regulación de los medicamentos, particularmente en lo que concierne a sus aspectos sanitarios, a través del Departamento de Drogas y Farmacias. En la práctica, no obstante, el registro sanitario se ha convertido en un permiso de comercialización ya que no se realizan todos los estudios de laboratorio requeridos.

Asimismo, en la legislación y práctica institucional dominicana existe una confusión en lo que respecta a los roles de concesión del permiso de comercialización y la regulación de los precios de los medicamentos. Según el Reglamento Farmacéutico, estos últimos no son competencia de la Dirección de Drogas y Farmacias. No obstante, la Ley 13, sobre Control de Precios – la cual incluye a los medicamentos como bienes de primera necesidad sujetos a control de precios – establece en su artículo cinco que “la fijación de los precios máximos a que podrán ser vendidos los productos farmacéuticos estará a cargo de la SESPAS, cuyas disposiciones en ese sentido queda encargada de hacer cumplir la Dirección General de Control de Precios”.

La Oficina Nacional de la Propiedad Industrial (ONAPI) tiene a su cargo la concesión de las patentes, es decir, los derechos de protección que se otorgan a productos innovadores, en este caso, medicamentos. El tipo de relación que se establece entre la SESPAS y la ONAPI puede mejorar los estándares de protección a los medicamentos innovadores, tal como ha sido consagrado recientemente en los acuerdos de libre comercio firmados por la República Dominicana.

En el país existe una central de apoyo logístico para la compra centralizada de los medicamentos que abastecen al sector público, localizada en PROMESE/CAL. El propósito de esta entidad es abaratar los costos de los medicamentos esenciales a fin de hacerlos asequibles a la población mediante el sistema de compras en grandes volúmenes.

### **Los tratados de libre comercio y los medicamentos**

En marzo de 2007 entró en vigor en República Dominicana el DR-CAFTA, el cual se caracteriza por contener disposiciones que son OMC plus, es decir, normativas comerciales que superan los acuerdos de liberalización alcanzado en la Organización Mundial de Comercio. En el caso de los productos farmacéuticos, se introducen tres cambios importantes:

Primero, le otorga a las industrias nacionales de otras partes (países miembros del convenio) un trato no menos favorable que el otorgado a sus propios nacionales con respecto a la protección y goce de dichos derechos de propiedad intelectual y cualquier beneficio que se derive de los mismos. De esta forma le otorga la protección con exclusividad por las patentes originales de los medicamentos nuevos por un período de 20 años improrrogables<sup>120</sup>. Esta protección cubre la producción, la venta y los procedimientos. En adición, los Gobiernos están obligados a garantizar que el registro inicial de una marca en el país donde vaya a comercializarse, y las renovaciones sucesivas, serán por un plazo no menor de 10 años<sup>121</sup>.

Segundo, se establece la protección de la información no divulgada, en efecto el artículo 15.10 establece que “si una parte exige, como condición para aprobar la comercialización de nuevos productos farmacéuticos y químicos agrícolas, la presentación de datos no divulgados sobre seguridad y eficacia, esa parte no permitirá que terceros, que no cuenten con el consentimiento de la persona

<sup>120</sup> Ley 20-00 de Propiedad Industrial, artículo 27

<sup>121</sup> Tratado DR-CAFTA artículo 15.2.7

que proporciona la información, comercialicen productos sobre la base de la información y aprobación otorgada por la persona que presentó la información, por un período de al menos cinco años para productos farmacéuticos”. De esta forma las empresas locales ven limitada la posibilidad de hacer copias genéricas de los fármacos originales.

Tercero, se consagra el vínculo entre la autoridad sanitaria y la oficina de patentes, en la medida en que las autoridades sanitarias están obligadas a acelerar los procesos de expedición de registros sanitarios, a fin de evitar dilaciones irrazonables en la concesión de permisos de comercialización de productos farmacéuticos, además de crear mecanismos que impidan que terceros comercialicen productos farmacéuticos protegidos por patentes de invención, a menos que esté autorizado por el titular de la patente. También publicar las solicitudes de registros sanitarios que le sean sometidas, informar al titular de la patente sobre cualquier registro sanitario de un producto protegido por patente.

Durante mucho tiempo se argumentó que la entrada en vigencia del DR-CAFTA iba a servir para bajar los precios de los productos en general y los medicamentos en particular. La realidad ha sido todo lo contrario, los precios de los medicamentos no han bajado debido a la debilidad institucional en la cual se desenvuelven. El Acuerdo con la Unión Europea, firmado en 2008, adopta los mismos estándares que el DR-CAFTA, reforzando la tendencia a la elevación del precio de los medicamentos nuevos que se introduzcan en el mercado dominicano, sobre todo para el tratamiento de afecciones tales como las cardíacas, el cáncer, el VIH-SIDA y otras en las cuales existen esfuerzos de investigación importantes para el descubrimiento de nuevas moléculas.

### **Los proveedores de medicamentos**

En lo que concierne a los proveedores de medicamentos existen actualmente los siguientes establecimientos farmacéuticos según el Sistema de Información de Medicamentos (SIAMED) de la SESPAS: 136 laboratorios fabricantes de medicamentos; 877 distribuidoras; 2,470 farmacias ambulatorias privadas y 420 farmacias populares del Programa de Medicamentos Esenciales y Central de Apoyo Logístico (PROMESE/CAL). En adición a esto, hay alrededor de 50 farmacias hospitalarias públicas.

En República Dominicana existe una importante industria farmacéutica nacional, la cual produce fundamentalmente productos genéricos, cuyas ventas representan alrededor de la tercera parte del mercado en términos de valores. Las otras dos terceras partes provienen de la importación de medicamentos. Los diez laboratorios nacionales más importantes concentran las dos terceras partes de las ventas correspondientes a los nacionales, los cuales representan el 33% de las ventas de medicamentos en el país<sup>122</sup>. Los laboratorios extranjeros, por su parte, venden en el país el 67% del mercado privado total (Anexo IV.13).

El PROMESE/CAL de la Presidencia de la República, a través de un mecanismo de licitaciones, realiza las compras para los hospitales públicos y las farmacias populares. El 55% de sus ventas se dirige a los primeros, un 6% a las clínicas rurales y otros servicios de salud de la SESPAS. Las farmacias populares adquieren un 39% de los despachos que realiza el programa. Estas farmacias venden los medicamentos a precios reducidos en comparación con los que predominan en las privadas.

---

<sup>122</sup> Las cifras de este análisis pertenecen a la firma internacional IMS Health, que produce un reporte sobre el mercado global, con información recogida directamente de las farmacias.

En el caso de los hospitales, además de adquirir una parte importante de sus suministros de PROMESE/CAL (la mayor proporción) a través del presupuesto histórico asignado a los hospitales (que corresponde al 40% de la asignación total para compra obligatoria de insumos y medicamentos, los necesiten o no), también adquieren medicamentos con los llamados “fondos reponibles” (recursos que obtienen a través de cuotas de recuperación y otros), con los cuales muchas veces compran en las farmacias privadas a precios mucho más elevados, tal como se verá más adelante. Generalmente recurren a esta modalidad de compra en el caso de reactivos y medicamentos que el programa no supe o no tiene en existencia al momento del despacho de las ordenes solicitadas.

El nuevo sistema de seguridad social apenas ha iniciado la extensión de cobertura del régimen contributivo en 2007 y no tiene un sistema centralizado de compras. Tampoco lo tiene el régimen subsidiado, que se inició hace unos años a través del Seguro Nacional de Salud (SENASA), pero hasta muy recientemente, su cobertura era muy baja.

### **Principales productos**

Con la finalidad de analizar los productos más importantes que se comercializan en el mercado farmacéutico dominicano, es conveniente distinguir entre el mercado privado y el público, pues existen diferencias. El privado se refiere, fundamentalmente, a las ventas de las farmacias<sup>123</sup>. Los principales grupos terapéuticos que se comercializan son los antirreumáticos y analgésicos no narcóticos, que en conjunto, representan casi el 8% del mercado en el período desde 1996 hasta 2006 (Anexo IV.14).

En el caso de los productos que se comercializan en el sector público, a través de PROMESE-CAL, el principio activo que mayores ventas tuvo fue el fluconazol, con un 14.8% del mercado utilizado para tratar infecciones por hongos y levaduras. En el Anexo IV.15 se muestran las ventas de esta institución al sistema público y a las farmacias del pueblo por principio activo, para el período enero-septiembre del 2007.

En cuanto al nuevo sistema de seguridad social, todavía no se dispone de información sobre los pagos por productos farmacéuticos de las administradoras de riesgos de salud, ni siquiera del SENASA. No obstante, existe un cuadro básico de medicamentos que promete pagar el sistema, divididos en medicamentos ambulatorios, hospitalarios y para emergencias.

El Anexo IV.16 muestra el total de las ventas de los 30 principales productos incluidos en el PDSS (de 168 principios activos) en el mercado privado dominicano, entre 1996 y 2006. Estos productos representan el 33% de los gastos en medicamentos y hasta la puesta en marcha del régimen subsidiado y contributivo en salud, los compraban las personas con dinero de su bolsillo en las farmacias y que ahora son parte del PDSS. Es decir, se trata de medicamentos que, en la actualidad, las personas podrán comprar de manera ambulatoria a través del Seguro Familiar de Salud, siendo éstos pagados por la ARS a la que se encuentran afiliadas, hasta un máximo de RD\$3,000 por año por persona. Esto va a significar un ahorro importante para las familias y el inicio de un cambio sustancial en la equidad del sistema de salud, el cual tendrá que ser evaluado más adelante.

### **Precios**

En República Dominicana no se monitorean los precios de los productos farmacéuticos de manera regular. Los estudios realizados de manera puntual revelan que existen diferencias alarmantes, probablemente como resultado de la falta de regulación que caracteriza al sector.

---

<sup>123</sup> La información se obtuvo de IMS Health.

En el 2004 se realizó un estudio de precios de medicamentos esenciales en República Dominicana<sup>124</sup> para medir los precios en el sector privado de 40 medicamentos que se encuentran en el dominio público. Estos se eligieron porque son considerados por la OMS como esenciales para tratar una serie de afecciones, incluyendo algunas enfermedades crónicas, de gran importancia para la salud de la población de los países en desarrollo<sup>125</sup>.

Las conclusiones de dicho estudio son muy reveladoras de la naturaleza desordenada del mercado de medicamentos en República Dominicana donde ha faltado una adecuada regulación. Estas se resumen a continuación:

- Los medicamentos innovadores, en ocasiones, quintuplican el precio de los medicamentos genéricos equivalentes a pesar de tener las patentes vencidas (Anexo IV.17).
- Los precios de los medicamentos son notablemente menores en las farmacias populares de PROMESE/CAL que en las farmacias privadas (Cuadro IV.17).
- Cuando los hospitales adquieren los productos por otras vías, diferentes de PROMESE/CAL, los precios de los medicamentos son superiores a los precios medianos en las farmacias privadas.
- Los márgenes de comercialización encontrados en el estudio superan el 300% de los valores normalmente aceptados.

En entrevistas realizadas con autoridades del sector público vinculadas al tema de medicamentos se destacan los grandes esfuerzos que ha venido realizando el gobierno en los últimos años, sobre todo dentro del contexto de la reforma del sector salud, para mejorar los aspectos de regulación y supervisión. No obstante, no existen estudios de campo más recientes que permitan cuantificar estos avances. También hay diferencias notables en el caso de las compras que realizan los hospitales públicos, entre los precios de los productos comprados a PROMESE/CAL y a las farmacias privadas. Un estudio realizado por USAID/REDSALUD<sup>126</sup> en 15 hospitales de la región Este del país, revela conclusiones similares (Anexo IV.18).

<b>Cuadro IV.17 Diferencias precios PROMESE y farmacias privadas, 2000</b>			
<b>Principio activo</b>	<b>PROMESE</b>	<b>Farmacias</b>	<b>Diferencia (%)</b>
Fluconazol	15	206	1,273
Acetaminofén	20	65	225
Metronidazol	1	7	600
Ibuprofeno	1	6	500
Diclofenaco	-	--	
Sódico	0.5	5	900
Cefalexina	4	15	275

Fuente: Estudio WHO/HAI, 2004.

Las grandes diferencias se explican, por un lado, por la falta de regulación, dispersión y falta de información del sector farmacéutico en el país y, por el otro, las compras mediante licitaciones de grandes volúmenes que realiza PROMESE/CAL, lo cual estimula la transparencia en términos de precios, acercándolos a su nivel internacional.

### **El gasto nacional de medicamentos**

En República Dominicana, el gasto de bolsillo de los hogares representa una proporción muy elevada del gasto en salud. En 2007, ENDESA calculó dicha proporción en 46.2%<sup>127</sup> entre las personas “que consultaron a un profesional de la salud en los últimos 30 días y que pagaron servicios y medicamentos”. La ENCOVI que es un instrumento más especializado para analizar la estructura del gasto determinó en 2004 que el gasto en medicamentos era del orden del 68% del gasto público en

<sup>124</sup> WHO/HAI 2004

<sup>125</sup> Ibidem

<sup>126</sup> USAID/REDSALUD 2005

<sup>127</sup> ENDESA 2007, p. 357

salud de las personas y llegando incluso al 75% del gasto en salud del quintil más pobre (Cuadro IV.18). Esta es una medida de la inequidad financiera del gasto en salud en el país, y ausencia de protección social. Por otra parte, el 36% del mercado lo absorbe el 20% más rico de la población dominicana y más de la mitad de éste el 40% más rico. El grueso del gasto de bolsillo de los hogares se efectúa en las farmacias privadas del país.

Como corolario de lo anterior, el gasto público en medicamentos es limitado, constituyendo una proporción mínima dentro del total de gastos por ese concepto. Esto se ha visto al comparar el gasto de los hospitales y el que se realiza a través de las farmacias populares, con las ventas de las farmacias privadas en República Dominicana. Era previsible que esta situación cambiara a partir de septiembre del año 2007, cuando se dio inicio al régimen contributivo del Seguro Familiar de Salud, lo que implicaría un cambio drástico en las coberturas de aseguramiento y los patrones de gasto en salud de las familias dominicanas.

<b>Cuadro IV.18   Gasto en medicamentos como porcentaje del gasto total en salud y distribuido por quintil, 2004</b>						
<b>Gasto en medicamentos</b>	<b>Quintiles</b>					<b>Total</b>
	<b>20% más pobre</b>	<b>20%</b>	<b>20%</b>	<b>20%</b>	<b>20% más rico</b>	
Del gasto total en salud, qué proporción se gasta en medicamento, por quintil	75%	72%	70%	67%	64%	68%
Distribución del gasto en medicamento por quintil	12%	17%	17%	18%	36%	100%
Fuente: ODH/PNUD con información de ENCOVI 2004						

### IV.6.3 Características históricas de la función de atención a las personas

Las acciones de reforma y la implementación del nuevo Sistema de Seguridad Social no han logrado impactar la prestación de los servicios de salud en el país, que se siguen caracterizando por las condiciones siguientes:

- **Énfasis en la atención hospitalaria:** los prestadores de servicios de salud están organizados mediante una lógica clínica intervencionista que enfatiza el papel de los hospitales y del nivel especializado. La promoción de la salud y la prevención de enfermedades siguen teniendo una muy baja ponderación técnica y financiera en el sistema.
- **Dispersión organizacional:** el funcionamiento predominante ha sido más de unidades separadas que de sistema. El escaso funcionamiento en redes públicas, mixtas o privadas no aprovecha las ventajas de las economías de escala y reduce la efectividad potencial del sistema.
- **Ausencia de cultura de servicios:** al ser concebida y entregada la salud como una dádiva del gobierno a los sectores más pobres, el buen trato al usuario como parte de una cultura de calidad en la provisión no ha sido un elemento central en los servicios. La falta de una perspectiva de derecho, se manifiesta en la no reclamación de mejor trato por parte de los usuarios, quienes de esta forma se convierten en una pieza que contribuye a la reproducción del sistema por desconocimiento o por falta de empoderamiento individual y colectivo.
- **Altos costos:** tanto los servicios de salud como los medicamentos son muy costosos en el país, en comparación con países similares de Latinoamérica. La deficiente planificación y asignación caracterizada por la no vinculación con metas y objetivos, los elevados gastos contingentes, el bajo desarrollo de la promoción y la prevención, la baja productividad individual y sistémica, la falta de voluntad política, la pobre articulación estructural, la falta de transparencia y la carencia de planes sectoriales no contribuyen a incrementar la racionalidad técnica y económica del sistema.
- **Dificultad para cumplir las reglas establecidas:** los prestadores privados se crearon y acostumbraron su funcionamiento a un medio con pocas reglas y baja supervisión. Con el cambio de mode-

lo se les hace muy difícil operar en un ambiente regulado, lo que ha provocado una reacción adversa y de confrontación hacia el nuevo sistema en desarrollo.

- **Gestión financiera ineficiente:** la asignación y la ejecución financiera en el subsistema público de salud ha sido tradicionalmente centralizada y no siempre ha obedecido a criterios racionales de necesidades y planificación, sin estar tampoco vinculada a la obtención de resultados y metas. A pesar de los recursos invertidos, los sistemas financieros no se han modernizado por completo y la gestión sigue estando centralizada.
- **Gestión anacrónica y clientelista de los recursos humanos:** el personal de los servicios públicos de salud, principalmente el administrativo, ha sido tradicionalmente nombrado de forma centralizada, por vinculaciones políticas partidarias y sin definición de puestos y perfiles ocupacionales. Las asignaciones son muchas veces arbitrarias, no se mide el desempeño y no hay una cultura de exigencia de resultados.
- **Alto precio, débil regulación y mal uso de medicamento:** Los medicamentos son tratados en la sociedad “como un bien de consumo y no como insumo terapéutico”. Son el recurso de salud más utilizado por profesionales de la salud y por la población que se automedica en un alto grado, conllevando muchas veces a un uso irracional del medicamento. Según la OPS el 50% de los medicamentos se prescriben, dispensan o usan irracionalmente; más del 30% de los antibióticos se adquieren con prescripción inadecuada y cerca del 50% sin ninguna indicación<sup>128</sup>. Además, es muy pobre la capacidad de regulación de las autoridades sanitarias del país sobre este sector.
- **Baja calidad:** El resultado final de un sistema tiene que ver con la calidad de los servicios que se ofrecen a las personas beneficiarias y usuarias. La cobertura de servicios en el país es alta, casi el 90% de las personas que sintieron necesidad de atención médica la consiguieron en las próximas 24 horas y alrededor del 60% de ellas en establecimientos públicos según ENDESA 2002. Sin embargo, como se señaló previamente los altos índices de mortalidad materno infantil evidencian la baja calidad del sector en su conjunto.

#### IV.6.4 Salud colectiva

El subsistema de salud colectiva es responsabilidad de la SESPAS y lo constituye un conjunto de intervenciones de promoción de salud y de prevención y control de enfermedades y problemas sanitarios que se implementan a través de estrategias dirigidas a la colectividad y no a individuos aislados.

La situación actual de los programas de prevención y control de problemas prioritarios (salud colectiva) resalta la necesidad de una importante reforma y modernización de los mismos. Las principales limitaciones de la salud colectiva están en el financiamiento, en su organización a nivel central y en la debilidad de las direcciones provinciales de salud, como órganos desconcentrados de la SESPAS<sup>129</sup>.

El financiamiento de las intervenciones de salud colectiva presenta inconvenientes que han afectado tradicionalmente la efectividad de las acciones de promoción de estilos de vida saludable, de prevención y control de problemas prioritarios de salud de las comunidades y poblaciones. La mayoría de estos programas opera sobre la base de importantes donaciones o contribuciones procedentes de préstamos internacionales y en algunos casos con recursos asignados coyunturalmente ante

---

<sup>128</sup> WHO [<http://www.who.int/medicinedocs/en/d/Js4874s/2.html>]

<sup>129</sup> Castellanos, Pedro L. 2005

situaciones de emergencia nacional. Este es el caso, por ejemplo, de VIH/SIDA, de tuberculosis, inmunizaciones y epidemiología, entre otros, los cuales en mayor o menor proporción dependen de contribuciones externas en aspectos esenciales. Los programas que no reciben apoyo externo, suelen operar en condiciones muy precarias.

Esta situación de permanente falta de financiamiento y fuerte dependencia de la cooperación técnica y financiera internacional tiene consecuencias que limitan la efectividad de las intervenciones:

- Se hace casi imposible planificar y programar con perspectiva de mediano y largo plazo. Las acciones se realizan “cuando hay recursos” y en la mayoría de los casos las planificaciones y programaciones sólo justifican las solicitudes presupuestarias, pero no se utilizan como una herramienta de gestión efectiva.
- Las prioridades en la disponibilidad de recursos terminan definiéndose en función de las establecidas por organismos internacionales, las cuales no siempre son coherentes entre sí o no están adecuadamente coordinadas, produciendo en ocasiones duplicaciones y contradicciones. En ocasiones las intervenciones fomentadas con recursos de organismos internacionales no tienen un abordaje integral a las necesidades de salud de las poblaciones.
- La falta de planificación a mediano y largo plazo no asegura la necesaria actualización científica y tecnológica, evitando que se responda a los riesgos y problemas importantes de salud con la oportunidad y el nivel de recursos requeridos.

Si la SESPAS procediera a una separación presupuestaria, como manda el marco legal y reglamentario vigente, entre las intervenciones de atención a las personas y las de salud colectiva, el Estado tendría que seguir financiando las actividades más importantes y sensibles. El Plan Básico de Salud sólo incluye las llamadas atenciones preventivas de carácter individual, es decir aquellas que se realizan directamente a las personas que acuden a los establecimientos de atención.

Se ha estimado que para financiar las intervenciones de salud colectiva efectivas para toda la población se necesita aumentar progresivamente la asignación de recursos presupuestarios hasta alcanzar para el 2015 el 0.53% del PIB<sup>130</sup>.

Las limitaciones no son solamente en el financiamiento, también se han identificado importantes limitaciones organizativas y estructurales que comprometen la efectividad de las intervenciones. Entre ellas, cabe destacar: la desarticulación interprogramática; el predominio de estrategias verticales y fragmentadas; y la debilidad técnica y operativa de las Direcciones Provinciales de Salud (DPS).

- Desarticulación interprogramática: la mayoría de los programas de salud colectiva, sobre todo los más fuertes y que tienen mayor disponibilidad de recursos, operan de manera aislada. Esto desaprovecha las oportunidades de sinergias que permitirían aumentar la efectividad, al mismo tiempo que los costos operativos por la duplicación de esfuerzos en los niveles locales.
- Estrategias verticales de trabajo: los programas, sobre todo los que disponen de mayores recursos, operan en forma predominantemente vertical. Es decir, con un control directo, tanto normativo como operativo, del nivel central de la SESPAS. Esta integración vertical reduce los espacios de decisiones operativas y limita las oportunidades de desarrollo técnico y gerencial a nivel local, obligando a una permanente dependencia de las capacidades de respuesta del nivel central.

En el caso de VIH/SIDA, por ejemplo, se han desarrollado unidades especializadas de atención integral de las personas VIH+ que operan en los hospitales y otros establecimientos de salud, de



forma casi independiente e inclusive con regímenes especiales de contratación del personal y con procesos administrativos diferentes al resto de los establecimientos. A pesar de los aportes de estas unidades, señalados previamente en el punto sobre VIH/SIDA, las mismas implican los siguientes inconvenientes: potencial riesgo de sostenibilidad de este tipo de estrategia que depende fundamentalmente de recursos externos, posibilidad de aumentar la discriminación de las personas viviendo con VIH en el sistema y baja contribución al desarrollo de las capacidades técnicas y operativas en los establecimientos de salud.

- Debilidades técnicas y operativas de las DPS: las Direcciones Provinciales de Salud (DPS) se comenzaron a desarrollar a fines de los años noventa del siglo pasado. En el marco de la Ley 42-01 y sus reglamentos son consideradas como los órganos desconcentrados de la SESPAS responsables de desempeñar las funciones de rectoría y salud colectiva.

Sin embargo, la asignación de estas importantes funciones no se ha correspondido con la aportación de recursos ni con el desarrollo técnico operativo necesario, lo que implica un ejercicio deficiente de sus funciones. En los últimos años se ha aumentado la asignación presupuestaria de las DPS, pero aún no es suficiente para sus responsabilidades. Para que las asignaciones y las capacidades técnicas se puedan elevar adecuadamente, es necesario avanzar firmemente en la desconcentración de los recursos financieros y humanos, que hasta ahora han estado muy concentrados en el nivel central de la SESPAS.

#### **IV.6.5 Financiamiento y gasto en salud**

Tradicionalmente el gasto público en salud de República Dominicana, como proporción del PIB, ha sido uno de los más bajos del continente y ha mostrado alta vulnerabilidad a las crisis económicas. Aunque en los últimos años ha habido ligeros pero sostenidos incrementos, todavía no alcanzan los niveles previos a la crisis de los años 2003 y 2004. Una consecuencia es la situación deficitaria de financiamiento en los establecimientos públicos de salud, la cual es paliada por el cobro directo de “colaboraciones” a los pacientes (también llamadas cuotas de recuperación). La situación del pago puede resumirse en los siguientes aspectos<sup>131</sup> según ENDESA 2007:

- De los que se hicieron consulta ambulatoria el mes anterior a la encuesta, el 44% no tuvo que pagar por la misma (lo que no implica que no se hiciesen gastos en medicinas, exámenes u o aspectos relacionados con la atención).
- En las consultas ambulatorias el 36% realizó el pago completo y un 42% pagó completo o parcial.
- El 12% de las consultas ambulatorias fue cubierto totalmente o en parte, por el seguro.
- El 55% de las consultas fueron consultas gratuitas en las zonas rurales mientras que en la urbana fue un 39%.
- El 57% del quintil más pobre fue gratis y el 28% pagó todo en las consultas.
- Para el 13% los medicamentos y los exámenes de laboratorios fueron gratis.
- El 66% pagó todos los gastos en medicamentos y laboratorios.
- De los que pagaron consulta, el 37.5% fue en establecimientos de SESPAS y 53.9% en establecimientos privados.
- El 35% de los que se internaron en un establecimiento de salud en los últimos 6 meses, fue gratis.

---

<sup>131</sup> ENDESA 2007, p. 352-362

- El 39% pagó todo el internamiento y el 52% pagó todo o parte.
- De los que pagaron internamiento el 25% fue en hospitales de SESPAS y el 67.2% en hospitales privados.

El Plan Decenal de Salud establece como meta para el 2015, que el gasto público directo en salud debería corresponder al menos al 5% del PIB como un mínimo razonable para asegurar que vía las asignaciones a la SESPAS y las que correspondan a SENASA se pueda financiar el Sistema Nacional de Salud de forma que pueda cumplir sus funciones de protección social. Además de lograr un buen funcionamiento del SNS, esta cifra busca reducir considerablemente el gasto familiar de bolsillo por servicios de salud que, como se detalla en el Capítulo sobre seguridad social y asistencia social, ya ha empezado a tener efecto principalmente en la población de menores ingresos. Elevar el gasto público tendría un considerable impacto en la calidad de vida de las familias más necesitadas y sobre las inequidades sociales en la situación de salud.

Sin embargo, es necesario considerar la calidad y efectividad del gasto en salud. Para revertir la concentración en la atención curativa y en los grandes centros hospitalarios, se requiere aumentar la asignación al primer nivel de atención y a las intervenciones de promoción y prevención de la salud (Salud Colectiva). Se ha estimado que por lo menos el 20% del total del presupuesto de la SESPAS deberá asignarse a salud colectiva y que alrededor del 30% del gasto público total (vía SESPAS y vía SENASA) asignado a las redes de prestadores de servicios públicos de salud deberá especializarse para el primer nivel de atención de dichas redes<sup>132</sup>. Igualmente sería necesario fortalecer los procesos de asignación y ejecución presupuestaria, a fin de fortalecer los vínculos entre la planificación (PLANDES), las programaciones anuales de actividades y la asignación y disponibilidad de los recursos presupuestados, de acuerdo a las prioridades.

### Fuentes de financiamiento

El gran financiador del sector son los hogares dominicanos de acuerdo con los resultados arrojados por los Estudios de Cuentas Nacionales en Salud; en definitiva los agentes financieros públicos aportaron entre un 34% en 2002 y un 18.8% en 2004, mientras que los agentes privados, principalmente los hogares, han aportado entre un 66% y un 77,8%, cifras que confirman que los hogares son el principal agente financiero privado (Cuadro IV.19). Este es un elemento importante al momento de evaluar el grado de eficiencia de un sistema sanitario, pues la forma más ineficiente y regresiva de financiar la salud es mediante el pago directo o gasto de bolsillo, es decir cuando las personas deben financiar con sus propios recursos los problemas de salud de su familia. En ese sentido es importante avanzar hacia un sistema de aseguramiento que brinde no solo protección social, sino protección financiera a las personas frente a los riesgos de enfermar.

El gasto en salud representa el 7.3% de los gastos de las familias, elevándose a 8.9% en el 20% más rico frente al 5.8% del 20% más pobre según los datos de ENCOVI 2004. El componente más importante del gasto son los medicamentos, seguido de laboratorio e internamiento. Los medicamentos y

Cuadro IV.19		Financiamiento del sector salud por fuente, 1996-2006					
Agentes financieros	1996	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Públicos	26.0	32.8	34.0	25.2	18.8	23.0	22.2
Privados	74.0	67.2	66.0	74.8	81.2	77.0	77.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Rathe, Magdalena, El Gasto Nacional en Salud en la República Dominicana, PLENITUD, 2007 (www.fundacionplenitud.org).

132 Castellanos Pedro L 2005

laboratorios representan el 87% del gasto para el quintil más pobre y el 72% para el quintil más rico, para un promedio nacional de 78%. Pero el monto total de estos gastos están concentrados en los dos quintiles más ricos que representan un 57% de todos los gastos en salud, un 54% de los medicamentos y un 55% de los laboratorios (Anexos IV.19, IV.20 y IV.21)

### Comportamiento del gasto en salud

Tal como ya hemos indicado, el financiamiento del sector salud es clave al momento de evaluar su grado de solidaridad y su equidad en el acceso. En el caso de nuestro país el tema del financiamiento presenta varios aspectos críticos:

- A mayor gasto directo o gasto de bolsillo, el sistema es menos equitativo. En ese sentido, en nuestro país en la actualidad, más del 50% del gasto del sector es directo.
- Las familias invierten una media de un 7% de sus ingresos en salud y de éste el 5% es para medicamentos.
- Otro aspecto crítico es el bajo financiamiento público en el sector salud, pues ni siquiera alcanza el 2.0% del Producto Bruto Interno, lo cual es casi la mitad del gasto promedio de la región (Cuadro IV.21).
- En el caso del sector público no solo es crítico el tema del monto sino también el tema de la ineficiencia del mismo y los mecanismos de asignación. Esto provoca un bajo impacto en la calidad de la atención y en la capacidad de repuesta del sistema.

En el caso del sector privado, el hecho de que hasta el momento el mismo se halla desarrollado sin ninguna regulación ha dado lugar al surgimiento de un sistema de aseguramiento con un gran número de exclusiones en las prestaciones y altos copagos lo cual limita el acceso al mismo.

### Gasto en salud (público y privado) en relación al Producto Interno Bruto (PIB)

El gasto total en salud en República Dominicana como proporción del PIB se ha mantenido históricamente en niveles aceptables comparado con el resto de los países de la región. Dicho gasto proyectado al 2006 es 7.2% del PIB, lo cual implica una recuperación luego de la caída en el año 2003 y el estancamiento en 2004, producto de la crisis económica (Cuadro IV.20). Lo anterior significa que la sociedad dominicana está destinando anualmente unos RD\$74,000 millones para sus problemas de salud.

Quizás el tema más crítico dentro del financiamiento del sector salud dominicano es la baja participación del Estado en el financiamiento del sector lo cual se expresa en una inequidad. El gasto público en salud como porcentaje del PIB mostró una tendencia creciente en la década del noventa pasando de 0.6% del PIB en 1991 a 1.7% en el 2002, para caer durante la crisis financiera a un 1.0% y llegar a 1.6% en el 2007.

El impacto de la crisis financiera se expresó en una caída brusca del financiamiento, mostrando la vulnerabilidad del sector ante los problemas macroeconómicos (Cuadro IV.21 y Anexos IV.22 y IV.23). Si a lo anterior se le agrega el tema de la eficiencia, así como las inversiones en infraestructura poco prioritaria y el modelo basado en la medicina curativa, podría explicarse el limitado impacto que tiene el gasto en salud.

Cuadro IV.20	
Gasto total (público y privado) en salud como porcentaje del PIB, 2001-2006	
Años	% del PIB
2001	6.2
2002	6.9
2003	6.7
2004	6.7
2005	7.1
2006	7.2
Fuente: Fundación Plenitud	

El gasto nacional en salud per cápita asciende a US\$191 en el año 2002. No obstante, el gasto per cápita de la SESPAS sólo alcanza los US\$40, lo cual contrasta con el gasto de los hogares que promedia US\$93 y con el total privado, que se eleva a US\$131 por persona<sup>133</sup>. Estas cifras constituyen un punto de partida para el análisis de las implicaciones fiscales de la reforma del sistema de salud, dando a entender que será necesario e inevitable aumentar de manera sustancial las contribuciones del Estado para poder financiar el Seguro Familiar de Salud o contemplar una posible reducción del conjunto de prestaciones que se pretende universalizar.

### Mecanismos de asignación de recursos

Uno de los puntos críticos en el sistema sanitario de República Dominicana es el referente a la asignación intrasectorial de los recursos financieros a los proveedores de servicios de salud. Tradicionalmente el sector de salud dominicano ha asignado sus recursos a través de los llamados presupuestos históricos mediante una asignación fija mensual que puede variar anualmente en función de algunos indicadores macroeconómicos como pueden ser el Índice de Precios al Consumidor (IPC) o la disponibilidad de recursos destinados al sector<sup>134</sup>. Este sistema no crea estímulos para la eficiencia debido a que el monto que se asigna no guarda relación ni con la demanda de servicios, ni con la producción y calidad de los mismos. Mediante este mecanismo no se provee a los niveles locales de la suficiente capacidad de decisión para que puedan hacer una gestión eficiente de sus recursos.

En los últimos años los procesos de reforma promueven la separación de funciones, con lo cual se busca crear instrumentos que hagan más transparente y explícita la función de compras de servicios de salud, abriendo las posibilidades de introducir mecanismos de asignación de recursos distintos a los conocidos tradicionalmente. En ese sentido, la creación del Seguro Nacional de Salud (SENASA), a quien le corresponde la compra de servicios a las redes proveedoras/prestadoras de servicios de salud regionales tanto públicas como privadas en el sistema dominicano, se crea un mecanismo de pagos distinto al presupuesto histórico.

En la práctica, pese a que SENASA debe asignar por mandato legal recursos mediante acuerdos de gestión con las redes proveedoras de servicios, ha realizado acuerdos directamente con los hospitales, lo cual ha generado una deformación del espíritu de la ley, pues promueve la autonomía hospitalaria en lugar de la gestión en redes proveedoras de servicios de salud.

Es importante aclarar que el diseño del régimen subsidiado tiene algunos aspectos que contradicen el modelo conceptual en el cual se sustenta. Por ejemplo, un modelo donde solo existe un comprador, en este caso SENASA y la Red de Servicios de Salud como proveedor<sup>135</sup>, por lo cual se va a requerir de mucha ingeniería social a los fines de que el usuario reciba aseguramiento y servicios de salud bajo estándares de calidad y con satisfacción de la demanda generada.

Cuadro IV.21		Gasto público en salud como porcentaje del PIB, 1998-2007
Años	Gasto público en salud (% PIB)	
1998	1.1%	
1999	1.2%	
2000	1.5%	
2001	1.6%	
2002	1.7%	
2003	1.0%	
2004	1.0%	
2005	1.4%	
2006	1.3%	
2007	1.6%	

Fuente: Banco Central y Secretaría de Hacienda y Banco Central y Anexo IV.22 y IV.23

<sup>133</sup> Magdalena Rathe 2002b

<sup>134</sup> Cabe destacar que el 40% de este presupuesto histórico asignado a los proveedores de servicios con internamiento de la SESPAS, debe destinarse a compra de insumos y medicamentos y cuya transferencia se hace de manera directa al PROMESE/CAL, con lo cual se crea un mecanismo de falta de incentivos para la eficiencia por parte de la central de abastecimientos de suministros y genera ineficiencias en la gestión de los recursos intrahospitalarios.

<sup>135</sup> Podrán existir diferentes redes proveedoras públicas pero cuya provisión puede ser pública o mixta.

Hasta este momento el SENASA combina una serie de mecanismos de pagos que van desde la capitalización, hasta la contratación por servicios. En el primer caso existe el riesgo de que este se convierta en un pago histórico si no se consigue atar al cumplimiento de metas específicas, y en el segundo caso, existe siempre el riesgo a la sobrefacturación lo cual va a implicar la puesta en marcha de mecanismos de supervisión eficientes. Sin embargo es bueno señalar que no importa cómo se asignen los recursos si esto no va acompañado de sistemas de información, mayor descentralización administrativa, financiera, transferencia de mayor capacidad de decisión y personal con capacidad de gestión.

### El gasto en salud proyectado

Una distribución del gasto por función, en donde se distingue el seguro familiar, salud colectiva, rectoría, atención a las personas e, infraestructura se analiza en el Cuadro IV.22.

Concepto	2010*		2015*	
	RD\$ miles millones	% PIB	RD\$ miles millones	% PIB
Seguro Familiar de Salud	57.7	3.60	88.3	4.49
Salud Colectiva	4.7	0.30	10.4	0.53
Rectoría	1.6	0.10	2.0	0.10
Atención a Personas (SESPAS)	3.5	0.22	3.0	0.15
Infraestructura	1.7	1.09	2.1	1.09
Otros	0.9	0.06	1.2	0.06
Total	70.2	5.37	107.0	5.44

Fuente: Calculado por IDE SARROLLO con base en las premisas señaladas en el texto.  
 \* Calculado con base en un PIB 2010 de 1,570,080,157 y 2015 de 1,965,985,216.  
 Estimaciones realizadas por Rathe, Magdalena. Fundación Plenitud, considerando informaciones del Banco Central y un crecimiento promedio anual del 4.6% del PIB.

Salud colectiva, rectoría e infraestructura: en el marco del PLANDES, “los costos de desarrollo del sub-sistema de salud colectiva han sido calculados en el 0.53% del PIB, promedio anual para el período 2006-2015, considerando las estrategias definidas, los procesos de desconcentración y la cobertura necesaria en la población objetivo”<sup>136</sup>. Estos cálculos consideran las metas y estimaciones de costos para alcanzar los Objetivos del Milenio en Salud<sup>137</sup>, así como las estimaciones de gasto establecidas para las estrategias de prevención y control de VIH/SIDA, y de los principales problemas de salud. Incluyen además un estimado de los gastos por concepto de la promoción, prevención y control de los problemas de salud que constituyen nuevos desafíos para el Sistema Nacional de Salud, tal como han sido identificados en la primera parte del PLANDES.

De acuerdo con el PLANDES no existe una estimación fiable de los costos de desarrollar las funciones de rectoría, es probable que no sean superiores al 0.1% del PIB, según la opinión de los expertos consultados. Los costos de mantenimiento y construcción de nueva infraestructura de la Red Única de Servicios Públicos de Salud, han sido estimadas en alrededor del 1.09 % del PIB promedio anual, hasta el 2015<sup>138</sup>.

Otros gastos de atención a las personas: a medida que avance la incorporación de la población al Régimen Subsidiado del Seguro Familiar de Salud, deberá producirse un desmonte paulatino de los recursos presupuestarios asignados a la SESPAS para la atención a las personas.

Si bien la mayor parte del gasto público para atenciones personales de salud deberá ser cubierto vía el aseguramiento universal de la población, siempre permanecerán gastos por este concepto que deberán ser asignados a la SESPAS por vía presupuestaria. Estos corresponden a las necesidades de atención de personas no incorporadas al Seguro Familiar de Salud, a servicios y prestaciones que

<sup>136</sup> Castellanos, Pedro L. 2005

<sup>137</sup> COPDES 2005b

<sup>138</sup> COPDES 2005b

no estén incluidas en el catálogo de prestaciones del Plan Básico de Salud, y a gastos correspondientes a servicios y actividades de fortalecimiento de la Red de Servicios Públicos de Salud no imputables directamente al costo de las atenciones individuales ni a los de rectoría, tales como capacitación, apoyo técnico, desarrollo de consorcios y procesos inter institucionales, formulación de normas y protocolos clínicos, gestión administrativa y otras correspondientes a las responsabilidades de la Subsecretaría de Atención a las Personas.

Considerando la ejecución presupuestaria de la SESPAS del año 2006<sup>139</sup>, se ha estimado que estos gastos podrían corresponder entre el 15% y el 20% del gasto total estimado por el régimen subsidiado, al menos hasta el año 2015.

### Proyección de la inversión pública en salud

De acuerdo a los parámetros y estimaciones mencionadas, se ha calculado que el gasto público total del país, en el contexto del PLANDES, para el año 2015 debería estar alrededor del 5.44% del PIB. Como meta intermedia se ha calculado alrededor de 5.37% del PIB para el año 2010. Y en el 2015, alrededor del 5% del PIB debería ser gasto público y entre el 1 y 2% del PIB como gasto privado. Esta elevación progresiva del gasto público permitirá una reducción igualmente progresiva del gasto familiar, al mismo tiempo que se asegura un financiamiento adecuado para el desarrollo integral del sistema nacional de salud.

Para el año 2006 el gasto privado representó el 70% del total del gasto en salud, se asume como razonable y necesario que ese gasto se reducirá por lo menos a un 50% para el 2010, para representar alrededor del 30% del gasto total en salud en 2015, equivalente a RD\$45.9 mil millones, y que el gasto familiar se reducirá hasta un 13% del total. Este gasto privado debería estar representado básicamente por las pólizas complementarias de seguros que voluntariamente fueran asumidas por la población para obtener servicios no incluidos en el Plan Básico de Salud, y algunos gastos complementarios realizados a nivel familiar, como los copagos regulados por el SDSS entre otros (Cuadro IV.23).

Con estos parámetros de estimación, el gasto nacional total en salud para el año 2015 sería alrededor de RD\$152.8 mil millones, lo que representaría alrededor del 7.7% del PIB. Esta cifra es muy cercana al gasto total en salud en el país en el año 2006 (6.9% del PIB), pero su composición por fuente de financiamiento y por objeto de gasto según programas habrá variado sustancialmente en coherencia con la transformación y desarrollo del Sistema Nacional de Salud planteada en el PLANDES, sobre la base de la cobertura universal del Seguro Familiar de Salud, del desarrollo de la Red de Servicios Públicos de Salud, del fortalecimiento de la atención primaria de salud y del primer nivel de atención, y con el fortalecimiento de la rectoría pública, de la salud colectiva, la participación social y el enfoque de

Agente financiero	2006		2010		2015	
	RD\$ miles millones	%	RD\$ miles millones	%	RD\$ miles millones	%
<b>Agentes públicos</b>	<b>19.2</b>	<b>21.9%</b>	<b>70.2</b>	<b>50.0%</b>	<b>107.0</b>	<b>70.0%</b>
SESPAS	12.0	13.7%	12.5	9.9%	18.7	12.2%
Seguro Familiar	7.2	8.2%	57.7	40.1%	88.3	57.8%
<b>Agentes privados</b>	<b>68.3</b>	<b>78.1%</b>	<b>70.2</b>	<b>50.0%</b>	<b>45.9</b>	<b>30.0%</b>
Hogares	52.7	60.2%	46.3	33.0%	19.9	13.0%
Otros privados	15.6	17.8%	23.9	17.0%	26.0	17.0%
<b>Total</b>	<b>87.5</b>	<b>100.0%</b>	<b>140.4</b>	<b>100.0%</b>	<b>152.8</b>	<b>100.0%</b>
Per cápita RD\$	9,342	-	14,201	-	14,560	-
Per cápita US\$	283		430		480	

Fuente: Cálculos de IDE SARROLO con base en SESPAS; Unidad de Cuentas Nacionales y Fundación Plenitud.

139 SESPAS 2007



género, así como con una gestión más adecuada de los recursos humanos, con el desarrollo de la carrera sanitaria en fase de revisión como proyecto de ley y la carrera administrativa.

### Aseguramiento

El sistema de aseguramiento dominicano tiene tres regímenes de financiación, que son: el contributivo, el contributivo subsidiado y el subsidiado. De los tres, el primero y el último están operando. El 26.5% de la población dominicana tiene seguro médico actualmente, según la ENDESA 2007.

Un estudio realizado por la Universidad del Rosario de Colombia<sup>140</sup>, presenta los resultados del análisis comparativo de las Encuestas Demografía y Salud de la República Dominicana (ENDESA) correspondientes a los años 1996, 2002 y 2007.

Allí se evalúan los avances en las coberturas y la equidad en el aseguramiento, el acceso a servicios y el gasto de bolsillo en servicios de salud; que pueden haberse producido como resultado de la reforma en salud iniciada en el año 2001 y la puesta en marcha del Sistema Dominicano de Seguridad Social.

Los resultados analizados para las tres encuestas ENDESA muestran avances importantes para todo el país en la cobertura de aseguramiento y en el acceso a servicios de salud, así como también en la equidad en estos dos componentes. En cuanto al gasto de bolsillo también se encuentra que ha disminuido para todos los hogares y su regresividad ha disminuido, señalando claramente que la reforma ha beneficiado más a los pobres.

La distribución por quintiles de ingreso de la población afiliada o beneficiaria de algún seguro de salud es aún desigual, ya que en el total, 15% de los afiliados caen en el primer quintil de ingresos, el 32% está en el 40% más pobre, el 51% de los asegurados está en el 60% más pobre (Gráfico IV.9).

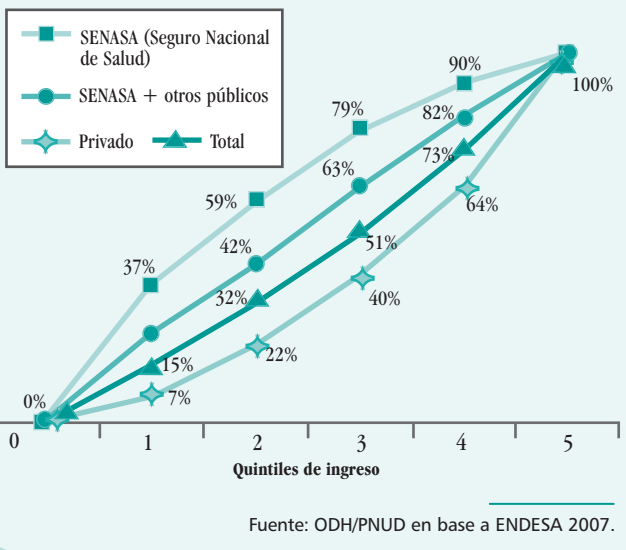
El SENASA marca la diferencia, ya que el 37% de sus afiliados está por debajo del 20% más pobre. Cuando se toma en cuenta a otras aseguradoras públicas como el IDSS y las Fuerzas Armadas el nivel de equidad empeora, ya que el 23% de los afiliados

cae en el primer quintil de ingresos. Entre las aseguradoras privadas solamente el 7% está en el primer quintil de ingreso. En otras palabras la participación de SENASA es el factor principal de equidad en el sistema de los seguros de salud.

### IV.7 Participación social y municipal en el sistema de salud

A continuación se esboza la importancia de la participación social en el sector salud y se describe cómo se concibe en el marco legal del sistema y en el Plan Decenal de Salud (PLANDES). El for-

**Distribución porcentual de la población total afiliada o beneficiaria de algún seguro de salud, por tipo de administradora de riesgos de salud, por quintil de ingresos, 2007** Gráfico IV.9



<sup>140</sup> Universidad del Rosario 2008



talecimiento de la participación social en salud debe ser entendido como una estrategia dirigida a:

- a) Redefinir las relaciones Estado/Sociedad, en el campo de la salud: sobre la base de objetivos estratégicos comunes, de mediano y largo plazo, y definidos en forma consensuada, como aporte a la gobernabilidad democrática y la cohesión social.

Esta oportunidad la brinda el Plan Decenal de Salud (PLANDES), en cuya formulación ha habido una amplia e intensa participación de la sociedad civil, promovida por la SESPAS, en un ejercicio de rectoría para dar cumplimiento a una obligación establecida en la Ley 42-01. El PLANDES sienta las bases para lo que podría ser una fuerte alianza Estado/Sociedad hasta el 2015 y superar los innumerables obstáculos y dificultades que se tendrán para desarrollar un Sistema Nacional de Salud más efectivo y más equitativo. Establece espacios institucionales permanentes de participación (conferencias por la salud y calidad de vida, a nivel nacional, provincial y municipal) como espacios de consenso, monitoreo y evaluación conjunta.

La Ley 42-01 establece la participación social como uno de los principios y estrategias de desarrollo del Sistema Nacional de Salud. El reglamento de rectoría y separación de funciones (635-03), establece que en cada institución y establecimiento de salud (incluyendo los órganos directivos de las redes regionales de servicios públicos de salud, los hospitales y otros establecimientos) deben establecerse consejos o comités de administración, con funciones de cogestión. Esto constituye una oportunidad para el desarrollo de espacios institucionales de cogestión de los servicios y establecimientos de salud que solo podrá ser desarrollada en todo su potencial transformador en la medida en que se genere una cultura institucional en los directivos de salud y en las organizaciones sociales que sustente relaciones de nuevo tipo entre el Estado y la sociedad como base de la democracia participativa.

- Crear condiciones favorables para incrementar el compromiso del funcionariado del sistema nacional de salud con la misión y con los resultados de impacto sobre la situación de salud de las poblaciones: Es decir, fortalecer la orientación de la gestión hacia la satisfacción de los derechos y necesidades en salud de las poblaciones. Esto contribuirá al fortalecimiento de la institucionalidad y a la reducción de la discrecionalidad y al desarrollo de un cambio cultural que favorezca la rendición de cuentas.
- Redefinir el papel de las municipalidades en consonancia con la Ley General de Salud (42-01) y la Ley de Municipios (176-07<sup>141</sup>): La nueva Ley municipal (176-07), en su artículo 21 establece que el 4% de los ingresos de los ayuntamientos deberá ser destinado a programas educativos, de género y de salud. Por otra parte, en su artículo 19 define como una “competencia compartida o coordinada”, la coordinación y gestión de los servicios de atención primaria de salud, los de abastecimiento de agua, alcantarillado y tratamiento de aguas residuales, así como algunas otras responsabilidades relacionadas con la salud. Y define como competencia propia del ayuntamiento la higiene y salubridad pública, el saneamiento ambiental y varias otras acciones relevantes en la promoción de la salud y la calidad de vida.

El PLANDES a su vez, plantea el fortalecimiento del papel de las municipalidades en la gestión y desarrollo del sistema nacional de salud en consonancia con la Ley 42-01 y apunta hacia el desarrollo del primer nivel de atención de salud como sistemas municipales, con base poblacional, énfasis en promoción y prevención, bajo la rectoría de la SESPAS y mediante convenios y compromisos de gestión.

---

<sup>141</sup> En ODH/PNUD 2008 se discuten las nuevas atribuciones de la Ley 176-07

El desarrollo del Seguro Familiar de Salud abre la posibilidad de mecanismos de financiamiento del primer nivel de atención de la salud, vía la Tesorería de la Seguridad Social, por servicios prestados a personas afiliadas y beneficiarias del SFS. En el PLANDES se plantea el desarrollo de mecanismos de transferencias de recursos mediante convenios de gestión basados en metas y resultados de base poblacional. El conjunto de los tres mecanismos de financiamiento (recursos municipales asignados a la atención primaria, pago de las ARS y en particular de SENASA por servicios prestados, y transferencias de la SESPAS por convenios basados en metas y resultados y con base poblacional), crearían condiciones altamente favorables para el desarrollo de sistemas municipalizados de salud, con fuerte participación social.

El desarrollo progresivo de sistemas municipales de salud, con transferencia progresiva de competencias y recursos, bajo la rectoría de la SESPAS, contribuirá a fortalecer la participación social en la planificación, cogestión, monitoreo y evaluación de la gestión de los servicios municipales, previstos en la Ley 176-07.

La participación social, más que un mecanismo para abaratar costos operativos mediante la movilización de recursos comunitarios, debe ser asumida como una estrategia central de un sistema nacional de salud más efectivo y más articulado con las estrategias nacionales de desarrollo y con la consolidación institucional del Estado democrático.

## **IV.8 En resumen; del sistema de salud**

---

En este apartado se analizó el sistema de salud dominicano a partir de las funciones básicas que se señalan en la Ley General de Salud y en el Plan Decenal de Salud (PLANDES), que son: rectoría, atención a las personas (incluyendo medicamentos), salud colectiva, financiamiento y aseguramiento.

### **Rectoría**

Las funciones de rectoría han sido débilmente desarrolladas por la SESPAS, lo cual se ha traducido en conflictos de competencia entre diferentes órganos de los sistemas de salud y de la seguridad social. A pesar de que la experiencia internacional muestra que las funciones de rectoría deben ser de carácter público, ejercidas por el Estado a través de sus órganos correspondientes a fin de poder asegurar el buen funcionamiento de los sistemas de salud, la Ley 87-01 ha generado confusión en el aspecto de rectoría al otorgar derecho a veto a sectores que precisamente deben ser objeto de rectoría, creando una circularidad entre reguladores y regulados.

### **Atención a las personas**

La infraestructura pública para la atención a las personas es suficiente aunque mal distribuida en el territorio. Más de la mitad de las consultas ambulatorias y de los internamientos se realizan en los establecimientos de SESPAS, en donde el 60% de las personas atendidas en forma ambulatoria y con internamientos pertenece al 40% más pobre. La atención primaria de salud debería ser la puerta de entrada al sistema de salud y se ha registrado a nivel territorial buenas condiciones para la atención primaria en lo que se refiere a cobertura, gestión y simplificación de funciones del Estado. Sin embargo, a nivel nacional hay todavía grandes deficiencias porque prima una visión curativa. En materia de recursos humanos hay una gran inequidad en la distribución geográfica, lo cual conduce a la inequidad en la prestación de servicios de salud oportunos y de calidad. El gasto en medicamentos es el principal reglón de gasto en salud. Actualmente es un mercado con gran disparidad de precios que requiere mayores niveles de regularización y ordenamiento.

### Salud colectiva

Estos programas presentan dificultades de financiamiento, los programas existentes están desarticulados entre sí, operando en forma aislada, sobre la base de estrategias verticales de trabajo y debilidades técnicas y operativas de las direcciones provinciales de salud que tienen la responsabilidad de desempeñar las funciones de rectoría y salud colectiva.

### Financiamiento y gasto en salud

En el 2007 el 44% de las consultas ambulatorias y el 35% de los internamientos fueron gratuitos, lo que no implica que no se hiciesen gastos en medicinas, exámenes u o aspectos relacionados con la atención. En efecto, solamente el 13% de las medicinas y de los laboratorios fueron gratuitos y el 66% pagó todos los gastos en medicamentos y laboratorios.

El nivel de gasto total en salud (público y privado) está en los estándares internacionales, sin embargo el gasto público es muy bajo, generando una gran inequidad social. El sistema de asignación de recursos no crea estímulos para la eficiencia debido a que el monto que se asigna no guarda relación ni con la demanda de servicios, ni con la producción y calidad de los mismos. Con la ley 87-01 que crea SENASA se paga por afiliado y en forma descentralizada, sin embargo es un modelo de sólo comprador (SENASA) y un solo proveedor (Red de Servicios de Salud) lo cual crea riesgos para el usuario y desde la perspectiva de la equidad la diferencia la establece SENASA.

Finalmente, la participación social, en el ámbito de salud ha sido muy activa y existe un marco institucional perfectible pero ha significado un gran avance. Este mecanismo, debe ser asumido como una estrategia central de desarrollo de un sistema nacional de salud más efectivo y mejor articulado con las estrategias nacionales de desarrollo y con la consolidación institucional del Estado democrático, más que para abaratar costos operativos mediante la movilización de recursos comunitarios.

## IV.9 Balance general

---

La situación descrita en el acápite IV.7, a pesar de los diversos aspectos positivos ya señalados, apunta hacia una serie de debilidades en el sistema de salud que afecta el desarrollo humano y que deben ser enfrentadas por medio de nuevas políticas públicas. Estos problemas se resumen a continuación.

### Falta de equidad

La cobertura de servicios de salud es formalmente alta en el país. Se cuenta con un alto número de establecimientos de salud públicos y privados, con gran cantidad de médicos y camas hospitalarias, pero concentrados la mayor parte en los grandes centros urbanos y las áreas de mayor desarrollo.

La calidad de los servicios tiene que ver mucho con la capacidad de pago. Es marcada la diferencia en oportunidad, integridad, efectividad y calidad de los servicios recibidos por la población más pudiente y la de menores recursos, deteriorando la cohesión social. Pese a los avances en materia de cobertura y de tecnificación del sector, las altas tasas de mortalidad materna e infantil y la gran incidencia de enfermedades transmisibles continúan afectando a los más pobres. Cerca de un 60% de la población general, más del 80 % en las zonas rurales, carece aún de aseguramiento de salud, lo que agudiza el problema del gasto familiar. Además, la inequidad del sistema se amplía debido a la baja

proporción de recursos que asigna el sector público a la salud, lo que genera como contraparte un elevado gasto de bolsillo de los hogares, la mayor parte destinada a compra de medicamentos.

### **Bajo financiamiento público**

El gasto general en salud en República Dominicana como proporción del PIB ronda el 7% anual, lo que es un valor aceptable y aproximado al de muchos países de la región con condiciones socioeconómicas similares. Ese porcentaje significa en la actualidad cerca de RD\$75,000 millones. Sin embargo, el gasto público en salud del país, estimado en 1.6% en el 2006, ha sido uno de los más bajos del continente, por lo que el del sector privado es de cerca del 5.4% del PIB, cerca de un 78% del gasto nacional en salud (22% es público). Del privado el mayor porcentaje corresponde a los hogares, con un 71%, lo que se traduce en un poco más del 50% del gasto total de salud, lo que evidencia un sistema altamente regresivo.

### **Alta asignación de recursos a servicios hospitalarios**

El gasto en salud en República Dominicana se asigna principalmente a los hospitales, que manejan más del 40%, mientras los centros ambulatorios sólo obtienen menos del 20%. Las farmacias y otros establecimientos de expendio de insumos médicos usan alrededor del 15% de los recursos del sistema. La alta proporción en servicios curativos hospitalarios indica una baja calidad y efectividad, ya que los servicios en este nivel son mucho menos eficientes. La lógica clínica intervencionista que enfatiza el papel de los hospitales y del nivel especializado predomina en el sector y en general son bajas las acciones de promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

### **Débil capacidad rectora de la SESPAS**

La capacidad de conducción estratégica, de regulación, de supervisión y control del sistema de salud de la SESPAS es muy débil y deficiente. La institución acusa retrasos notables en el área y no ha podido modernizarse con la velocidad y el nivel de competencias que se demanda en la actualidad.

### **Bajo nivel de calidad de servicios y satisfacción de usuarios**

Esta situación es debida básicamente a dos elementos: a) lo problemas recurrentes de calidad en resolución de los problemas y b) el trato inadecuado recibido y las dificultades que afronta la mayoría de la población en los establecimientos de salud.

### **Altos precios de medicamentos**

Los precios de los medicamentos en República Dominicana son de los más altos en el continente. Hay grandes diferencias de precios en el mercado nacional probablemente como resultado de la falta de regulación en el sector. Es previsible que los acuerdos internacionales firmados recientemente por el país, como el RD-CAFTA y el de la Unión Europea, incidan en la elevación de los precios.

### **Anacronismo de la atención colectiva**

Los programas de salud colectiva requieren ser reformados y modernizados. Hay problemas con el financiamiento y se ha operado en base a importantes donaciones o contribuciones procedentes de préstamos internacionales y en algunos casos con recursos asignados coyunturalmente ante situaciones de emergencia nacional. Existe gran centralización normativa y operativa en la mayoría de los programas que también funcionan de forma aislada, fragmentada y sin aprovechar las

sinergias entre sí. Además, se mantienen grandes debilidades técnicas en el personal responsable tanto en el nivel central como en el nivel desconcentrado de la SESPAS.

### **Puesta en marcha de la Seguridad Social**

En este mismo documento<sup>142</sup> se ha estimado la población contributiva en 3.57 millones de personas (38%), la contributiva subsidiada 2.92 millones (31%) y la subsidiada en 2.99 millones (32%). Si tomamos en cuenta que parte del costo de este aseguramiento actualmente ya forma parte del presupuesto de la SESPAS para atención de las personas, se podría afirmar que el problema de la puesta en marcha del SDSS en salud no es fiscal sino de índole institucional, político y de gestión, por lo que se demanda de una fuerte voluntad política que cambie las prioridades en el gasto público y resuelva los problemas institucionales. Además, existen dificultades técnicas de implementar el régimen contributivo subsidiado por el nivel de informalidad del país y los complejos procesos administrativos que requiere.

### **Baja eficiencia y calidad de los servicios**

La ineficiencia administrativa se manifiesta en la baja productividad de los recursos humanos, equipos e infraestructura del sector, baja ocupación de camas, bajos índices de uso de quirófanos, etc. Los problemas de gestión se han evidenciado también en el uso de sistemas desactualizados para el manejo gerencial, en una cultura organizativa autoritaria y altamente jerarquizada, en el poco espacio que ha tenido la participación de la comunidad, en la mínima obligación que ha existido de rendición de cuentas por parte de las autoridades responsables, en los deficientes sistemas de selección y promoción del personal y en la baja utilización de controles de calidad en los distintos procesos.

### **IV.9.1 Evaluación del sistema de salud basada en el paradigma de desarrollo humano**

Lo expuesto posibilita una evaluación del sistema de salud dominicano según los cuatro metavalores del paradigma de desarrollo humano:

- Libertad: la salud es una capacidad básica esencial para el desarrollo de otras capacidades y el logro de funcionamientos además de ser un derecho inherente a las personas. El sistema dominicano de salud aún no ha conseguido satisfacer en cobertura y calidad los servicios necesarios para que todas las personas de cualquier ingreso, raza, sexo o zona de residencia tengan garantizado este derecho por lo que en muchos casos su libertad queda coartada.
- Eficiencia: el sistema de salud dominicano tiene una pobre gestión de sus recursos y severas dificultades para transformar los insumos que recibe en los resultados de salud que la población demanda y necesita. Es un sistema costoso que no reedita los beneficios que corresponden a su nivel de inversión. La carencia de procesos normalizados afecta el rendimiento y la calidad, lo que se traduce en alta insatisfacción de los usuarios.
- Equidad: el sistema de salud dominicano reproduce el esquema estructural de desigualdades sociales y contribuye muy poco en la atenuación de las diferencias de oportunidades que se corresponden con los niveles de ingresos. A pesar de la facilidad de acceso continúa reproduciéndose como un sistema de calidad estratificada por capacidad de pago de las personas usuarias.
- Empoderamiento: la población dominicana no se siente identificada positivamente con su sistema de salud, que es excluyente, poco integrador y proporciona escasa participación a sus beneficiarios, aún cuando demanda los servicios cada vez que los necesita.

La población se siente muy poco respetada y considerada en los servicios públicos de salud, pese a esto no la entiende como un derecho y no exige al Estado la satisfacción de sus necesidades. No se percibe en una situación de poder horizontal y muchas veces es tratada como si recibiera un servicio de caridad asistencial.

#### **IV.9.2 Evaluación del sistema desde la perspectiva de género**

El sector salud reproduce el esquema de género predominante en la sociedad, caracterizado por la desigualdad de oportunidades y la subordinación de la mujer frente al hombre. La nueva legislación del sistema promulgada en 2001 incorpora los criterios modernos sobre equidad de género. Sin embargo, su aplicación ha sido lenta y choca recurrentemente con las trabas culturales tradicionales que subsisten con fuerza en la sociedad.

Una perspectiva de género se fundamenta en el reconocimiento de las desigualdades de acceso, participación y manejo de recursos que históricamente han predominado en el sistema, así como en la adaptación de los servicios a las especificidades humanas que resultan por las diferencias de sexo y género. En ambos sentidos el sector aún acusa importantes retrasos.

#### **IV.9.3 Evaluación del sistema desde la perspectiva de derechos**

El sistema asistencialista que ha predominado en el sector público de servicios ha sido una traba, tanto para las autoridades como para el pueblo, en el desarrollo de un verdadero estado de derecho. Los servicios de salud se han entregado y recibido como dádivas, como caridad, y no como un derecho humano básico que la sociedad debe garantizar a toda su ciudadanía. Además, la falta de tradición de un adecuado sistema de atención al cliente o al usuario es otro inconveniente para el desarrollo de esta perspectiva que contribuye a elevar la dignidad de los seres humanos que prestan y reciben el servicio. El cambio del financiamiento a la oferta por el financiamiento a la demanda sin lugar a dudas dará poder y relevancia al usuario y esto redundará en un mejor trato.

#### **IV.9.4 Evaluación de la cohesión social del sistema de salud**

La población dominicana no ha recibido históricamente servicios de salud satisfactorios ni ha sido integrada a las esferas de decisiones generales ni locales, por lo que no exhibe un alto nivel de identificación y pertenencia con su sistema de salud. Los dominicanos y dominicanas saben que disponen de un sistema de servicios públicos, pero hasta el momento han estado excluidos de su conducción y manejo. En general, se acercan a los servicios de forma poco horizontal, como quien va a recibir un favor, e igualmente son tratados por el personal administrativo y el clínico. El sistema de salud no ha jugado un gran papel en la agregación e integración social de la población y ha tenido poca incidencia en la construcción democrática y en la formación de ciudadanía.

### **IV.10 Recomendaciones**

---

#### **IV.10.1 Líneas Generales**

Las líneas generales que se presentan en este capítulo buscan apoyar las políticas del sector, son de carácter general y deberían estar contenidas implícita o explícitamente en todos los grandes cursos de acción que se tomen en el sector.

#### **Ampliar la cobertura de servicios y aseguramiento**

Las políticas públicas deben tener como mayor prioridad un 100% de cobertura nacional y la

mejora del acceso para quienes tengan las mayores dificultades así como el impulso de la demanda a través del seguimiento a las condicionalidades de los programas asistenciales. En ese sentido, se deben apoyar los esfuerzos técnicos y financieros destinados a alcanzar la meta de cobertura universal establecida por la Ley 87-01 para el año 2011. La ampliación del sistema garantizará protección social y permitirá reducir el gasto de bolsillo de los hogares más pobres.

### **Superar el enfoque asistencialista con uno de derecho**

Implica cambios en el sistema para priorizar más la promoción de la salud y la calidad de vida. Además, requiere la adopción de enfoques intersectoriales y vinculados a planes de desarrollo locales y regionales. Presupone también, el empoderamiento de la población que sustituya el esquema de la salud como dádiva, así como un cambio en las relaciones entre los servicios y la población, que conlleve a mayor responsabilidad de la sociedad en la producción social de la salud.

### **Profundizar la descentralización, la separación de funciones y la delegación de autoridad y decisiones**

Acelerar y acrecentar la transferencia progresiva de poder de decisión hacia los niveles locales, que conocen mejor las necesidades, están más cerca de los usuarios y pueden responder en forma más rápida y efectiva a las demandas que se presenten en sus áreas de responsabilidad. Mediante un proceso gradual y progresivo que es imperativo concluir antes del año 2011, en el que concluye el periodo de transición, se debe aspirar a la centralización normativa y la descentralización operativa para lo cual se tiene que contar con un conjunto de normas y reglas claras, con un adecuado sistema de supervisión y regulación desconcentrado, que garantice la transparencia en el uso de los recursos delegados al nivel local.

### **Asignar recursos por resultados**

La entrega incondicional de recursos en el sistema público ha funcionado como un incentivo retorcido que no permite mejorar los servicios. Para incentivar la productividad con calidad es importante que se desarrollen modalidades de asignación de recursos financieros que utilicen instrumentos legales y administrativos, como contratos y convenios, que tengan establecidos:

- Un conjunto de resultados a alcanzar.
- Las condiciones, los montos y periodicidad de los pagos correspondientes.
- Los incentivos por buen desempeño y las penalizaciones por incumplimiento de los compromisos acordados.
- Cobertura de costos fijos que asegure la equidad territorial manteniendo abiertos hospitales que no sean rentables económicamente pero si socialmente.

### **Fortalecer la salud pública**

Uno de los objetivos de la separación de funciones es reforzar las atribuciones esenciales de salud pública que acrecentaría el rol rector y regulador de la SESPAS sobre el sistema sanitario del país, así como el trabajo de salud colectiva y asegurar el acceso a servicios en todo el territorio nacional sea o no rentable la existencia de algunos centros.

### **Incorporar la perspectiva de género como eje transversal del sistema**

El enfoque de equidad de género busca que hombres y mujeres reciban atención de acuerdo con sus diferencias naturales, según las necesidades específicas de sus ciclos de vida y en función de



las características culturales de la sociedad. Es un reconocimiento a la diversidad e implica la incorporación de las particularidades de hombres y mujeres a los programas y acciones de salud.

Un abordaje de esta naturaleza debe contener una perspectiva que asuma la interacción social entre hombres y mujeres y los factores de riesgo que están implícitos. También debe aspirar al cierre progresivo de las brechas de acceso, participación y oportunidades, que por la condición de género, existen en el sistema.

#### **Mejorar y modernizar los sistemas de información gerencial**

El fortalecimiento institucional y la mejora del desempeño de las instituciones dependen de la cultura institucional, de la calidad del personal y de los equipos y sistemas gerenciales en que se sustentan las operaciones. De ahí la importancia de continuar el desarrollo y la implementación de modernos sistemas gerenciales normalizados, integrales, que sean interconectados y que descansen en una base informática.

#### **Acelerar el desarrollo de prácticas y espacios de participación social**

Es importante implementar instancias de coordinación, participación y supervisión social con la finalidad de generar mayor integración social, poder popular, eficacia institucional, transparencia y rendición de cuentas. Algunas instancias para el intercambio, la coordinación y la negociación entre los actores del sistema se contemplan en el nuevo marco legal y regulatorio del sector.

#### **Superar el actual modelo de atención aumentando la capacidad del primer nivel de atención, reestructurando los servicios por ciclos de vida y orientado a la promoción y prevención por prioridades.**

Para aumentar la efectividad del sistema de salud se requiere superar el inadecuado modelo de atención prevaleciente por uno más vinculado a las características y el perfil de necesidades de la población.

Un modelo de atención más adecuado a nuestras necesidades debería centrarse en elevar la capacidad de resolución del primer nivel de atención hasta lograr que al menos el 70% de los problemas de salud que demandan atención puedan ser adecuadamente resueltos en este nivel. Esto presupone una redefinición del perfil de la oferta de servicios de los profesionales de la salud y de los apoyos diagnósticos y terapéuticos que deben estar disponibles en el primer nivel. También es imprescindible que toda la población tenga acceso a servicios integrales en el primer nivel de atención, lo cual supone un esfuerzo organizativo y financiero importante.

### **IV.10.2 Recomendaciones específicas**

La implementación de las recomendaciones siguientes busca mejorar el desempeño de áreas y aspectos estratégicos del sistema. Están agrupadas de acuerdo a las funciones básicas del sistema: rectoría, atención a las personas, salud colectiva, financiamiento y aseguramiento.

#### **Rectoría**

***Asumir el Plan Decenal de Salud (PLANDES) como la guía para la gestión estratégica sectorial en salud hasta el 2015 y desarrollar un sistema de monitoreo y evaluación para apoyar su ejecución.***

El PLANDES es la más importante pieza estratégica del sector y ha sido preparado con la participación activa de una gran diversidad de sectores sociales.

Para la implementación racional del PLANDES 2006- 2015 se requiere del desarrollo de un sistema de monitoreo y evaluación (M&E) y de algún espacio social que supervise la ejecución del PLANDES con ese instrumento. Un plan sin un sistema de monitoreo y evaluación es una lista de buenas intenciones sin garantía de ser incorporada a las ejecuciones anuales de las instituciones. El sistema debe:

- a) Utilizar los indicadores existentes, definir nuevos y clasificarlos en los niveles siguientes: impacto, propósito, producto y proceso.
- b) Establecer la línea de base o situación actual de los indicadores del plan.
- c) Definir indicadores anuales, a partir de los definidos en el PLANDES para el 2015 y los nuevos que pudieran establecerse. Estos indicadores serán la expresión anualizada de los del plan, permitirán la medición recurrente de la realización progresiva de los resultados esperados y serán imprescindibles para las planificaciones anuales de las instituciones responsables de la implementación del plan.

### ***Evaluar la implementación de la Ley de Seguridad Social (87-01) y realizar las modificaciones requeridas al marco legal en caso necesario. (Ver Capítulo de Protección Social)***

#### ***Revisión de la metodología de cálculo del Plan Básico de Salud (PBS)***

Cualquier variación del valor del PBS tiene grandes implicaciones financieras. En la actualidad existe la sospecha de que el PBS puede estar sobrevaluado. Para fines de aclaración es importante que las autoridades públicas, en coordinación con los sectores envueltos, definan una metodología de cálculo y de actualización periódica que permita disponer de un instrumento analítico y metodológico transparente y equitativo.

#### ***Fortalecer la capacidad rectora y de conducción sectorial de la SESPAS***

Implica el desarrollo de mayores competencias para formular y conducir las políticas públicas en el ámbito sanitario. Lo anterior requiere la ejecución de una serie de actividades entre las que se encuentran:

- La formulación y actualización periódica del análisis de situación de salud.
- El desarrollo y aplicación de métodos para la determinación de prioridades del sector salud
- La promoción de la participación social.
- El desarrollo de programas de garantía de calidad.
- Aceleración de la aplicación de los marcos de habilitación de instituciones prestadoras de servicios y seguimiento a éstos.
- La formulación de marcos de acreditación ya que no existen normas de acreditación ni prácticas de seguimiento que aseguren que los proveedores de servicios de salud cumplan con normas mínimas de calidad.
- La evaluación de tecnologías en salud.
- Acelerar el proceso de desconcentración de la función rectora para lo cual se recomienda:
  - Concluir el proceso de traslado de responsabilidad de los aspectos vinculados a la provisión de servicios desde las direcciones provinciales de salud hacia los servicios regionales de salud.
  - Asumir en el nivel desconcentrado las funciones operativas de conducción y de rectoría del sistema.

- Concluir el traspaso de las competencias desde el nivel central que la ley le otorga a los servicios regionales de salud, como las entidades gerenciales responsables de la provisión de servicios de atención a las personas conformadas en red, acompañado de los recursos (financieros y la nomina correspondiente) suficientes para ello.

#### *Diseñar e implementar un sistema de mantenimiento de activos fijos en las instituciones públicas del sistema de salud.*

El país ha perdido y continúa perdiendo muchos recursos económicos por el mal uso y la falta de mantenimiento que reducen la vida de los activos fijos de las instituciones públicas del país. Para contribuir en la preservación de estos bienes es necesario un sistema de mantenimiento estandarizado de acuerdo a su naturaleza. Para poner en práctica este sistema se requiere de un censo y un sistema de activos fijos que le permita a los servicios regionales de salud asumir esta función.

#### **Atención a las personas**

##### *Acelerar la conformación de la red única de provisión de servicios públicos de salud.*

Es conveniente acelerar el proceso de conformación de la red pública única de servicios de salud, con la integración de los establecimientos de salud de SESPAS y el IDSS. Dicha integración no significa una suma de los establecimientos de ambas instituciones sino la articulación y coordinación en redes de los mismos. Este proceso debe implicar los aspectos siguientes:

- a) Determinar la demanda potencial de servicios de salud por provincia y de acuerdo a dicha demanda proceder a la articulación en red de los establecimientos de salud.
- b) Realizar un inventario de la cartera de servicios de salud de estos establecimientos (recursos humanos, equipamiento, infraestructura, etc) a los fines de determinar las brechas existentes entre la demanda y oferta de servicios.
- c) Determinar cuál sería la estrategia para la integración de dicha red, reconociendo la existencia de un conjunto de opciones:
  - Integración total e inmediata de ambas en una sola
  - Integración por regiones de salud
  - Integración por niveles de atención
  - Especializar el IDSS en una aseguradora de riesgo laboral en el manejo de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en una red de carácter nacional y cuya infraestructura facilite la conformación de las estancias infantiles en coordinación con la SEE, con un especial énfasis para el cuidado de los hijos e hijas de las mujeres que trabajan.

##### *Intensificar la distribución y cumplimiento de normas de atención*

En los últimos años se han elaborado y difundido unas 34 normas, que tienen un buen nivel técnico, se han difundido y se han realizado jornadas de capacitación en las mismas, pero todavía no se tienen evidencias de una utilización rutinaria a gran escala y, menos aún, de un impacto de las mismas en la mejora de la calidad de los servicios de salud. La SESPAS debe:

- a) Realizar un levantamiento de las normas necesarias y las elaboradas.
- b) Preparación de una lista con las normas impresas, las distribuidas y en inventario.
- c) Elaboración de una lista de eventos de capacitación realizados con asistentes, normas utilizadas, región, establecimientos y fechas.

- d) Hacer una evaluación sintética y precisa de la distribución y capacitación en normas de atención. Con fortalezas, debilidades y recomendaciones para la continuación del proceso.
- e) Preparar una propuesta y un plan de distribución e implementación de las mismas.
- f) A nivel de las redes proveedoras, operativizar las normas en protocolos de atención y de cuidados a los y las usuarias del sistema.

#### **Capacitar a los hospitales públicos en la identificación de las necesidades de medicamentos e insumos clínicos**

Con la finalidad de racionalizar las compras de medicamentos e insumos y de optimizar los recursos que se utilizan para estos fines es importante insistir en la realización de la jornada de capacitación de los hospitales y unidades de atención primaria de la red pública, para que conozcan claramente y suministren a PROMESE/CAL sus necesidades de consumo con precisión y de esta forma el programa atienda la demanda real de suministros en los distintos niveles de atención de las redes integradas. Merece atención especial el desmonte de la asignación por ley del 40% del presupuesto hospitalario para compra de suministros al PROMESE/CAL.

#### **Concluir software de gestión hospitalaria**

Con la finalidad de procurar uniformidad y economía de escala en el sector público es imprescindible que se continúe el desarrollo del software de gestión clínica que fue diseñado con recursos de la CERSS y que se encuentra en fase de desarrollo. Este software sería propiedad del Estado y contendría todos los módulos necesarios en gestión hospitalaria, como son: admisión, administración financiera, suministros e inventarios, facturación, estadísticas, recursos humanos, etc.

#### **Promover y autorizar la multiplicidad de prestadores del primer nivel de atención**

Para ampliar y mejorar los servicios básicos de atención de salud es muy importante autorizar y propiciar una red mixta de prestadores de servicios de atención, manteniendo la supervisión, el control y la rectoría de los servicios regionales y de la SESPAS central. Para viabilizar esta recomendación es necesario avanzar en los siguientes procesos:

- a) Fortaleciendo la rectoría de la SESPAS en cuanto a la aplicación de normas, regulaciones y protocolos que aseguren los estándares mínimos de resultados que deben ser satisfechos por los prestadores de servicios del nivel primario.
- b) Modificando los mecanismos de financiamiento del primer nivel de atención, a fin de asegurar que al menos el 30% de los recursos asignados a la red única de servicios públicos de salud se destinen en forma especializada al primer nivel de atención.
- c) Asegurar la implantación de un modelo de atención primaria en el primer nivel, de carácter familiar y comunitario, tanto en las unidades de atención primaria (UNAPS), como en los llamados hospitales municipales, a fin de superar el enfoque predominantemente clínico, curativo e individual que tanto limita el impacto en los indicadores de salud y en el bienestar de la población.
- d) Descentralizar el primer nivel mediante convenios con municipalidades, a fin de desarrollar sistemas municipales de salud que podrían incluir las actuales UNAPS y los llamados hospitales municipales, con lo cual se elevaría considerablemente la calidad y capacidad de resolución del primer nivel, y se favorecería la participación activa de las organizaciones de las comunidades.

### **Modificar la modalidad de entrega de recursos de la SESPAS a las ONG**

Hay un grupo de ONGs que recibe financiamiento de la SESPAS para proveer servicios especializados (cáncer, diabetes, dermatología, rehabilitación, etc.) tanto ambulatorios como de internamientos. Para incrementar su productividad y transparencia sería conveniente transformar los actuales subsidios en transferencia de recursos mediante convenios de gestión. Estos podrían definir los estándares requeridos por la SESPAS, como financiador y órgano rector, además de especificar claramente los tipos y cantidad de productos esperados. El financiamiento quedaría así ligado a calidad y productividad. Con estos convenios, las ONGs especializadas pasarían a formar parte orgánica del sistema nacional de salud, manteniendo sus respectivas especificidades.

### **Salud Colectiva**

#### **Reestructurar los programas de salud colectiva para que funcionen como redes programáticas**

Para esto se requiere de:

- a) Promover la integración de una diversidad de prestadores del primer nivel de atención: SESPAS, IDSS, municipalidades, ONGs y otras organizaciones no lucrativas. Siempre bajo las normas nacionales de SESPAS como órgano rector.
- b) Transformación del nivel central de salud colectiva:
  - De programas verticalizados y fragmentados a conjuntos programáticos agrupados por resultados y estrategias comunes.
  - Desconcentración operativa hacia las direcciones provinciales de salud.
  - Conformación de grupos técnicos nacionales permanentes, de carácter institucional, para cada conjunto de problemas prioritarios. Integrados por los especialistas más reconocidos y comprometidos del país en cada campo con funciones de asesoría técnica, de planificación estratégica y programación, así como de monitoreo y evaluación.
  - Vigilancia epidemiológica, participación social y salud ambiental como ejes transversales de todos.
- c) Desarrollar la promoción y prevención integrada de enfermedades crónicas y degenerativas.
- d) Incrementar la participación integral de las direcciones provinciales de salud con las municipalidades en el ámbito de saneamiento ambiental, higiene y salud ambiental, entre otros.

### **Financiamiento**

#### **Incrementar el gasto nacional en salud colectiva y en el nivel primario**

Asegurar que el 20% del gasto público en salud es asignado a salud colectiva y que el 30% de los recursos públicos asignados al desarrollo de las redes de atención a las personas son para el primer nivel de atención.

#### **Asignar recursos por resultados garantizando la cobertura a toda la población**

Desarrollar modalidades de asignación de recursos financieros que utilicen instrumentos legales y administrativos, como contratos y convenios, que tengan establecidos: a) un conjunto de resultados a alcanzar, b) las condiciones, los montos y periodicidad de los pagos correspondientes; c) los incentivos por buen desempeño y las penalizaciones por incumplimiento de los compromisos acordados y d) cobertura de costos fijos que asegure la equidad territorial manteniendo abiertos hospitales que no sean rentables económicamente pero sí socialmente.

## **Aseguramiento**

### ***Garantizar el aseguramiento universal para el 2011***

Tal y como se explican en detalle en el Capítulo de Seguridad Social de cara al 2011 se debe concluir la puesta en marcha en su totalidad del régimen contributivo, el régimen subsidiado y el contributivo subsidiado llegando a cubrir de esta forma a través de seguros pre-pago a toda la población dominicana.

## **Recursos humanos**

### ***Acelerar la carrera administrativa y establecer mecanismos competitivos para la selección de personal***

Para disminuir la pérdida de recursos humanos capacitados y valiosos y para reducir la integración de personal por razones políticas y personales es imprescindible que se intensifique la implementación del servicio civil y de la carrera administrativa. Además, es muy conveniente que todo el personal, incluyendo los pertenecientes a la carrera administrativa y la sanitaria, sea seleccionado mediante concurso. Al mismo tiempo se deben establecer:

- a) Escalas salariales con remuneraciones atractivas.
- b) Contrataciones con remuneración ligada a producción, incentivos, distancia y dificultad de acceso.
- c) Recertificaciones periódicas de capacidades.
- d) Un plan de desarrollo de recursos humanos de mediano y largo plazo conteniendo un programa de capacitaciones ascendentes.

### ***Incentivar la formación de enfermeras***

El estándar internacional es de tres a cuatro enfermeras por médico en el sistema. Sin embargo, en el país el promedio es significativamente menor. Para esto se requiere:

- a) Redefinir el perfil profesional y las funciones de enfermería.
- b) Readecuar los pensum y programas de formación.
- c) Revisar y mejorar la escala salarial.
- d) Promover la formación de enfermeras profesionales licenciadas y limitar la formación de auxiliares de enfermería y de los centros de formación que las egresan.

### ***Diseñar e implementar un sistema de supervisión del cumplimiento de recursos humanos del personal clínico y administrativo de la SESPAS***

Para tener elementos objetivos del cumplimiento de los compromisos pactados en los contratos de trabajo la SESPAS debe disponer de un sistema de supervisión del cumplimiento de compromisos en el que además se incluya las horas de las jornadas de trabajo que le permita a los servicios regionales de salud la racionalidad en la distribución de los recursos humanos en nomina y la adecuada aplicación de los mecanismo de incentivos y retribuciones.

### ***Diseñar e implementar un sistema de incentivos por cumplimiento entre los médicos y personal de salud de la SESPAS***

Para mejorar el rendimiento de los recursos humanos del área de salud de la SESPAS es conveniente introducir un sistema de incentivo por cumplimiento. Una parte o la totalidad de los aumentos salariales de estos empleados públicos se pueden hacer a través de este sistema que beneficiaría a quienes tengan un mejor cumplimiento de sus responsabilidades. Este sistema de incentivos debe integrar la

ubicación territorial considerando distancias, concentración de población y dificultad de acceso. Para verificar el desempeño se utilizaría el sistema de supervisión de cumplimiento de los recursos humanos a través de mejoramiento de los sistemas de formación y evaluación, para lo que se propone:

- Mejorar la currícula y adaptarse a las necesidades médicas actuales (medicina familiar, gestión en salud), tanto en las universidades públicas como privadas.
- Aplicar exámenes de calidad al término de la carrera médica,
- Todo esto se debe hacer bajo la rectoría de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) en coordinación con la Secretaría de Estado de Educación Superior Ciencia y Tecnología (SEESCYT).

### **Incorporar la perspectiva de género como eje transversal del sistema**

#### **Generales**

- Ampliar el enfoque del sistema de salud y sus estrategias incorporando políticas y acciones que impacten en las problemáticas sociales, económicas, ambientales que afectan la salud física y mental de las mujeres.
- Definir y encaminar estrategias, políticas y programas de sensibilización-educación dirigidas a los recursos humanos del sistema de la salud sobre aspectos de género y derechos humanos.
- Incorporar en los programas de estudio de las carreras del área de la salud aspectos relacionados con equidad de género y con derechos humanos en la relación del personal médico y la población usuaria.

Con relación a la Ley General de Salud, la Ley de Seguridad Social:

- Garantizar la aplicación de la Ley General de Salud, la Ley de Seguridad Social y sus marcos regulatorios relacionados con la salud de las mujeres.
- Definir medidas alternativas y complementarias que atenúen los efectos de las exclusiones en las usuarias y limitaciones de la Ley General de Salud en relación con las necesidades de las mujeres.

#### **Específicas**

##### *Mortalidad materna e infantil*

Impulsar la sinergia en el control de las variables del entorno institucional para ofertar un parto limpio (bioseguridad: limpieza hospitalaria, asepsia y antisepsia, procesos de esterilización, prevención de infecciones intrahospitalarias y manejo de desechos ) con recursos humanos competentes y calificados, que permita el manejo de las complicaciones obstétricas y neonatales con una adecuada articulación de los servicios hospitalarios en los distintos niveles de atención para el manejo de las emergencias obstétricas debidamente protocolizadas.

La activación de un sistema de comunicación, información y transporte para la referencia oportuna de las usuarias en situación de urgencia a centros hospitalarios en los cuales exista una adecuada logística de suministros: medicamentos e insumos suficientes en calidad y cantidad, bancos de sangre disponibles, con estandarización en la disposición y habilitación de los recursos de infraestructura requerida<sup>143</sup>.

---

<sup>143</sup> Borrador del estudio realizado por la Dirección Nacional de Enfermería de SESPAS 2009. "Análisis comparativo de la gestión de los cuidados del entorno hospitalario en las dimensiones de Bioseguridad y gestión de suministros de los servicios de cuidados obstétricos y neonatales en 8 Hospitales priorizados de la SESPAS durante el período Febrero-Abril 2008".



### *Mortalidad materna*

- Mejorar el acceso de las mujeres gestantes a programas de prevención y salud para embarazadas y mejorar la calidad de la atención profesional prenatal y de la atención institucional durante el parto.
- Ampliar y fortalecer la estrategia de movilización “Tolerancia Cero”.
- Desarrollar campañas nacionales de educación e información sobre maternidad segura, dirigidas a la población femenina en general y a embarazadas en especial, promoviendo el cumplimiento de los controles obstétricos regulares, para la prevención de problemas asociados al embarazo, el parto y el puerperio.

### *Enfermedades del síndrome metabólico*

- Implementar campañas nacionales de información-concienciación dirigidas a la población adolescente y adulta sobre factores de riesgo, medios de prevención, promoción de estilos de vida saludables, servicios de atención existentes y otros aspectos relevantes relacionados con enfermedades de alta mortalidad prevenibles.
- Establecer programas nacionales integrales dirigidos a la población adolescente y adulta de prevención de enfermedades de alta mortalidad prevenibles mediante medios de diagnóstico o vacunación. De manera específica cáncer de cuello uterino, de mama, de las vías digestivas y de pulmón. Esta medida garantizaría ampliar la cobertura mediante intervenciones preventivas y diagnóstico precoz en poblaciones de alto riesgo, racionalizando la inversión al poner el énfasis en la prevención y no en la atención curativa y disminuyendo el costo y disminución de la calidad de vida de las mujeres por enfermedad y en pérdida de vidas.

### *VIH/SIDA*

- Ampliar el enfoque de las políticas y programas de prevención y atención en VIH/SIDA incorporando las necesidades, condiciones de vida específicas y relaciones de género de las poblaciones femeninas foco de la prevención y de la población que demanda atención. Incorporar este mismo enfoque en relación con las poblaciones masculina, garantizando enfoque de género y derechos humanos en estos programas.
- Desarrollar campañas masivas de información para la prevención con enfoque de género, financiadas por recursos estatales, dirigidas a la población en general y específicamente a mujeres, en especial a mujeres pobres en edad reproductiva. Del mismo modo, promocionar la responsabilidad de los hombres en las acciones preventivas como corresponsables del ejercicio de una sexualidad segura y sin riesgos.
- Implementar programas de acceso a atención integral para la población que viven con VIH/SIDA, especialmente para las mujeres.
- Fortalecer la cobertura de las Unidades de Atención Integral (UAI), formando a su personal en enfoque de género.
- Ampliar y fortalecer los programas de acceso a antirretrovirales y atención integral a la población que vive con VIH/SIDA, especialmente las mujeres.
- Fortalecer los programas de prevención de la transmisión de madre a hijos y de intervención mediante terapia antirretroviral accesibles a las embarazadas y sus hijos e hijas durante los primeros meses de vida.

Ampliar y fortalecer la conformación de alianzas, la implementación de estrategias y acciones conjuntas de las instituciones estatales enfocadas en VIH/SIDA con organizaciones de la sociedad civil que impactan sobre poblaciones específicas de mujeres vulnerables y de riesgo.

#### *Violencia contra la Mujer*

- Difundir en todas las estructuras del sistema nacional de salud a nivel nacional las “Normas Nacionales de Atención en Salud a la Violencia Intrafamiliar Contra la Mujer” de la SESPAS. Vigilar la implementación rigurosa de dichas normas.
- Capacitar y sensibilizar a todos los recursos humanos que participan en la atención en casos de violencia contra las mujeres en el abordaje de la problemática desde un enfoque de género y en la aplicación efectiva de las normas y de los protocolos de atención que estas prevén.
- Garantizar la cobertura y calidad de atención a mujeres víctimas de violencia de las estructuras y centros de atención integral al interno del sistema médico.
- Diseñar e implementar una estrategia de articulación orgánica, fluida y efectiva de las estructuras del sistema nacional de salud que dan atención en casos de violencia contra las mujeres con las estructuras jurídicas y policiales de atención para garantizar atención integral a las víctimas de violencia, así como una ruta crítica eficiente y respetuosa de sus derechos.

#### *Salud sexual y reproductiva*

- Incorporar el enfoque de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en las normas y modelos de atención y en la formación del personal de salud.
- Difundir ampliamente los derechos sexuales y reproductivos y fortalecer los servicios de salud sexual y reproductiva, especialmente en atención primaria (sexualidad, planificación familiar, prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA y otros aspectos).
- Desarrollar programas educativos dirigidos a la población femenina en edad reproductiva, con énfasis en adolescentes y jóvenes, sobre prevención de embarazos.
- Garantizar el acceso de la población femenina en general y de la población adolescente y joven en específico, a programas y servicios integrales especializados para estas poblaciones, de atención integral en salud sexual y reproductiva. Promover la estrategia de pares (adolescentes multiplicadores/as) como apoyo estratégico en la implementación de estos programas.
- Reducir los obstáculos legales basados en edad de la población adolescente para el acceso a los servicios de salud.
- Promover el acceso gratuito o a bajo costo de la población femenina, con énfasis en la población joven y adolescente, a métodos anticonceptivos confiables, mediante su distribución a través de centros de salud y boticas populares.
- Asegurar la orientación comprensiva a las mujeres con embarazos no deseados de forma que puedan manejar la información necesaria para decidir conforme a sus intereses y conciencia.
- Considerar la revisión de leyes que contienen medidas punitivas contra mujeres o médicos que se someten o realizan abortos.

## Anexo IV.1 | Indicadores demográficos, 1950-2025

Año (circa)	Población	Esperanza de vida	Mortalidad infantil	Mortalidad proporcional %		
				0-14 años	15-64 años	65 y + años
1950	2,352,968	46.0	149.0	65.2	22.2	12.6
1980	5,696,855	63.2	84.3	42.0	31.6	26.4
2005	9,100,184	71.4	34.4	19.2	35.0	45.8
2015	10,436,235	73.6	25.3	12.1	33.4	54.5
2025	11,528,898	75.4	16.3	9.6	31.5	59.1

Fuente: CEPAL. Boletín Demográfico N° 69. Santiago de Chile 2002 y Anuario Estadístico de América Latina 2005

## Anexo IV.2 | Evolución de población por edad, 1950-2015

Edad	1950		1970		2003		2015	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
< 15	1.047.613	44.5	2.093.134	47.3	2.733.637	31.1	2.919.687	28.0
15 – 64	1,229,594	52.3	2,197,639	49.7	5, 645,288	64.1	6, 872,082	65.9
65 y +	75,761	3.2	131,982	3.0	425,394	4.8	644,465	6.1
Total	2, 352,968	100	4,422,755	100	8, 84,318	100	10, 436,236	100

Fuentes: DIGEPI SESPAS. ASIS 2003. Santo Domingo 2004. CEPAL Anuario Estadístico de AL 2005. Santiago de Chile 2006.

## Anexo IV.3 | Principales causas de muerte en República Dominicana, (lista detallada CIE X), 2006

Causa básica	Frecuencia	
I219: Infarto agudo del miocardio, sin otra especificación	3,350	12.14%
V499: Ocupante de automóvil lesionado en accidente de tránsito	1,148	4.16%
I64X: Accidente vascular encefálico agudo	1,043	3.78%
I619: Hemorragia intraencefálica, no especificada	798	2.89%
B24X: Enfermedad por virus VIH	730	2.65%
C61X: Tumor maligno de la próstata	700	2.54%
K746: Otras cirrosis del hígado y las no especificadas	629	2.28%
J189: Neumonía, no especificada	589	2.13%
I10X: Hipertensión esencial (primaria)	578	2.09%
I639: Infarto cerebral, no especificado	577	2.09
E149: Diabetes mellitus no especificada	543	1.97%

Fuente: Dirección General Epidemiología, SESPAS 2007 (Datos preliminares)

**Anexo IV.4 | Nivel educativo de la madre y la tasa de mortalidad neonatal, post-neonatal, mortalidad infantil, post-infantil, en la niñez, 2002 y 2007**

Nivel educativo en 2007	Mortalidad neonatal (M N)	Post- neonatal' (MPN)	Mortalidad infantil (1q0)	Post-infantil (4q1)	En la niñez (5q0)
Sin educación	28	20	48	11	58
Primaria 1-4	24	18	42	8	51
Primaria 5-8	21	12	33	5	39
Secundaria	24	8	32	3	35
Superior	13	3	16	1	17
Coefficiente de variación	0.26	0.57	0.35	0.71	0.40
Superior/sin educación	2.2	6.7	3.0	11.0	3.4

Nivel educativo en 2002	Mortalidad neonatal (M N)	Post- neonatal' (MPN)	Mortalidad infantil (1q0)	Post-infantil (4q1)	En la niñez (5q0)
Sin educación	24	30	53	28	80
Primaria 1-4	26	22	48	13	61
Primaria 5-8	20	12	33	9	41
Secundaria	21	5	26	3	29
Superior	17	10	27	3	30
Coefficiente de variación	0.16	0.64	0.33	0.92	0.46
Superior/sin educación	1.4	3.0	2.0	9.3	2.7

Fuente: ENDESA 2007 y 2002

**Anexo IV.5 | Desnutrición en menores de 5 años, 1996, 2002 y 2007**

Tipo de desnutrición	1996	2002	2007
Crónica (T/E)	10.7	8.9	9.8 (7.2*)
Aguda (P/T)	1.2	1.8	2.2 (1.8*)
Global (P/E)	5.9	5.3	3.1 (4.3*)

Fuente: Encuestas ENDESA 1996, 2002 y 2007.  
\* Datos ajustados para comparación con años anteriores.

**Anexo IV.6 | Prevalencia de sustancias psicoactivas en emergencias, 1992-2000**

Sustancias	1992	1993	1994	1995	1996	1998	2000
Tranquilizantes	22.4%	17.2%	19.2%	16.7%	20.2%	12.2%	20.0%
Tabaco	38.0%	37.4%	34.8%	35.6%	41.7%	42.4%	41.1%
Alcohol	71.7%	74.3%	59.5%	62.0%	79.3%	75.6%	71.2%
Estimulantes	7.0%	3.6%	5.7%	5.1%	7.7%	1.4%	12.1%
Marihuana	1.7%	1.0%	2.1%	3.5%	6.9%	3.3%	5.3%
Cocaína cloro	-	0.6%	0.9%	1.3%	2.5%	1.0%	1.8%
Crack	-	0.5%	0.2%	1.4%	1.6%	1.2%	1.0%
Inhalantes	1.1%	0.6%	0.3%	1.6%	1.7%	1.8%	5.7%
Alucinógenos	0.7%	0.6%	-	0.4%	0.2%	0.3%	0.3%
Casos	1,368	1,387	1,772	2,030	1,865	1,650	1,554

Fuente: OEA/CICAD - OPS - SESPAS - CND

<b>Anexo IV.7   Hogares que usan fuentes de agua mejorada, 2006</b>		
<b>Categoría</b>	<b>Para beber (%)</b>	<b>De botellones (%)</b>
Urbana	83.2	60.5
Rural	56.6	33.0
<b>Quintiles de ingreso</b>		
Quintil 1	55.5	13.9
Quintil 2	66.4	40.0
Quintil 3	77.4	54.0
Quintil 4	82.1	67.4
Quintil 5	86.6	79.7
Total	74.0	51.0

Fuentes: Oficina Nacional de Estadísticas (ONE), ENHOGAR 2006, 2006

<b>Anexo IV.8   Disponibilidad de servicios de eliminación de excretas, 2006</b>			
<b>Categoría</b>	<b>Inodoro (%)</b>	<b>Letrina (%)</b>	<b>No servicio (%)</b>
Urbana	77.2	20.4	2.4
Rural	36	57	7
<b>Quintiles de ingreso</b>			
Quintil 1	2.4	82.6	15
Quintil 2	30.5	65.1	4.4
Quintil 3	84	15.5	0.5
Quintil 4	97.9	1.9	0.2
Quintil 5	99.9	0	0.1
Total	62.9	33	4.1

Fuentes: Oficina Nacional de Estadísticas (ONE), ENHOGAR 2006, 2006

<b>Anexo IV.9   Personas con discapacidad en República Dominicana, 2007</b>	
<b>Distribución por tipo</b>	<b>Porcentaje estimado</b>
Ceguera total	0.2%
Ceguera parcial	0.6%
Sordera total	0.1%
Sordera parcial	0.3%
No puede hablar	0.2%
Habla con dificultad	0.4%
No puede caminar o camina con dificultad	1.1%
No puede agarrar objetos	0.3%
Otras discapacidades	0.2%

Fuente: ENDESA 2007

**Anexo IV.10 | Objetivos y metas de desarrollo del milenio**

Objetivos	Metas
1. Erradicar el hambre y la pobreza extrema	1. Reducir a la mitad el porcentaje de personas con ingresos menores de 1 US\$ diario (PPP) entre 1990 y 2015. 2. Reducir a la mitad el porcentaje de personas que sufre de hambre, entre 1990 y 2015.
2. Alcanzar la cobertura universal de la escolaridad primaria	3. Asegurar que para el 2015 los niños y niñas en el mundo pueden completar el ciclo completo de educación primaria.
3. Promover la equidad de género y la autonomía de las mujeres	4. Eliminar las inequidades de género en la educación primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y a todos los niveles educativos antes del terminar el 2015.
4. Reducir la Mortalidad de la Infancia	5. Reducir la tasa de mortalidad de menores de cinco años en dos tercios entre 1990 y 2015.
5. Mejorar la salud materna	6. Reducir la mortalidad materna en tres cuartos entre 1990 y 2015.
6. Combatir el VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades	7. Haber detenido y comenzado a reducir la transmisión de VIH/SIDA para el 2015. 8.- Haber detenido y comenzado a reducir la incidencia de malaria y otras enfermedades severas para el 2015.
7. Asegurar la sostenibilidad ambiental	9. Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y programas nacionales y revertir la pérdida de recursos ambientales. 10. Reducir el porcentaje de persona sin acceso al agua de consumo, a la mitad para el 2015. 11. Haber mejorado considerablemente las condiciones de vida de por lo menos 100 millones de habitantes de viviendas miserables para el año 2020.
8 Construcción de alianzas internacionales y compromisos de los países desarrollados	
Fuente: PNUD	

**Anexo IV.11 | Número de Centros de Atención Primaria (CAPs) por 1,000 habitantes, según región de salud, 2002-2004<sup>a</sup>**

Región de salud	CAPs	CAPs con personal	CAPs con personal/1,000 habitantes	CAPs con médicos	CAPs con médicos/1,000 habitantes	CAPs con enfermeras	CAPs con enfermeras / 1,000 habitantes	CAPs con especialistas	CAPs con especialistas/ 1,000 habitantes
0 - Santo Domingo	416	185	0.064	104	0.036	23	0.008	79	0.027
I - Valdesia	165	84	0.086	62	0.063	2	0.002	4	0.004
II - Norcentral	179	64	0.044	49	0.034	3	0.002	7	0.005
III - Nordeste	140	73	0.120	52	0.085	2	0.003	2	0.003
IV - Enriquillo	72	38	0.111	30	0.088	1	0.003	2	0.006
V - Este	179	49	0.056	35	0.040	1	0.001	7	0.008
VI - Del Valle	92	35	0.115	26	0.085	2	0.007	1	0.003
VII - Cibao Occidental	76	49	0.125	38	0.097	1	0.003	4	0.010
VIII - Cibao Central	128	61	0.087	37	0.053	3	0.004	8	0.011
Total	1,447	638	0.074	433	0.051	38	0.004	114	0.013

Los datos sobre el número de CAPs corresponden al año 2001.

Los datos sobre el número de médicos y especialistas corresponden al año 2004.

Los datos sobre el número de enfermeras corresponden al 2002.

Los datos de población corresponden al VIII Censo de Población y Vivienda, 2002.

<sup>a</sup> Las siguientes categorías incluyen:

Médico: Médico residente, médico asistente (médico general -AP-), médico ayudante especialista y médico ayudante no especialista

Médico especialista: psicólogo, odontólogo, epidemiólogo y dentista

Fuente: SigPas3

## Anexo IV.12 | Producción y productividad de los servicios de salud, 2002-2004

Región	% de casos atendidos por emergencia /total de emergencias y consultas	Consultas y emergencias/médico/día <sup>a</sup>	Ingresos /1,000 emergencias	Ingresos /1,000 consultas	Índice de ocupación de camas	% de consultas atendidas en el nivel 1 de atención
0 - Santo Domingo	30%	4.82	97.65	40.94	58.12	8%
I - Valdesia	29%	10.53	107.75	45.02	67.99	24%
II - Norcentral	25%	8.22	125.42	42.15	48.01	17%
III - Nordeste	27%	9.24	170.22	62.72	52.95	25%
IV - Enriquillo	30%	15.34	102.95	44.59	56.72	24%
V - Este	28%	7.44	156.93	60.46	69.02	16%
VI - Del Valle	28%	13.61	175.66	66.73	57.53	31%
VII - Cibao Occidental	28%	11.14	162.88	64.09	51.95	20%
VIII - Cibao Central	29%	10.11	145.46	58.63	71.41	22%
Total	28%	7.50	125.8	49.58	58.27	17%

<sup>a</sup>Se han calculado 20 días laborables por mes y por tanto 240 días laborables al año

Médicos (2004).

Consultas, emergencias, ingresos, egresos, camas y ocupación, consultas por nivel de atención (2002).

Fuente: ODH/PNUD con base en SigPas3.

## Anexo IV.13 | Ventas al mercado privado por laboratorios, 2003-2007 (millones US\$)

Laboratorios	Junio 03	Junio 04	Junio 05	Junio 06	Junio 07	Periodo	%	%
<b>Total</b>	<b>238.6</b>	<b>213.2</b>	<b>273.5</b>	<b>277.8</b>	<b>315.5</b>	<b>1,318.6</b>	-	-
<b>Total nacional</b>	<b>75.3</b>	<b>68.9</b>	<b>94.9</b>	<b>93.7</b>	<b>105.9</b>	<b>438.6</b>	<b>100.0</b>	<b>33.3</b>
Ethical	9.3	8.2	12.9	3.4	16.0	59.8	13.6	4.5
Rowe	7.0	6.5	8.2	8.3	8.3	38.3	8.7	2.9
Alfa	6.3	5.9	6.0	5.5	8.9	32.5	7.4	2.5
Magnachem	5.6	4.3	6.7	6.7	7.7	31.0	7.1	2.4
Acromax	4.9	5.0	6.6	6.9	7.2	30.6	7.0	2.3
Ratio	6.0	4.9	5.4	4.9	5.3	26.5	6.0	2.0
Sued Sa	3.2	3.4	5.5	5.9	6.9	24.9	5.7	1.9
Feltrex	3.4	3.0	3.9	4.1	4.3	18.6	4.2	1.4
Lab Apli Medicas	2.5	2.8	4.3	4.3	4.5	18.3	4.2	1.4
Fluter Domull	2.0	2.3	3.4	3.4	4.0	15.1	3.5	1.1
Resto	25.1	22.7	31.9	30.4	32.9	142.9	32.6	10.8
<b>Total extranjeros</b>	<b>163.3</b>	<b>144.3</b>	<b>178.6</b>	<b>184.1</b>	<b>209.6</b>	<b>880.0</b>	<b>100.0</b>	<b>66.7</b>
Sanofi-aventis	12.8	10.4	13.5	14.9	15.6	67.2	7.6	51.1
Pfizer	10.2	9.0	10.9	11.5	12.3	54.0	6.1	4.1
Roemmers	9.2	6.8	10.8	9.6	11.3	47.7	5.4	3.6
Novartis Farma	6.4	5.3	7.5	7.3	9.3	35.8	4.1	2.7
Abbott	6.7	6.2	7.5	7.0	8.4	35.7	4.1	2.7
Menarini	5.4	4.9	8.4	8.1	8.7	35.6	4.0	2.7
Glaxosmithkline	5.5	4.3	5.9	6.0	6.5	28.2	3.2	2.1
Astrazeneca	3.7	3.7	4.2	5.8	7.8	25.1	2.9	1.9
Schering A.g.	3.6	2.8	3.9	5.1	5.4	20.7	2.4	1.6
Bristol Myer Squib	4.6	3.8	4.1	3.4	4.5	20.4	2.3	1.5
Resto	95.2	87.2	101.9	105.3	120.0	509.6	57.9	38.6

Fuente: Rathe, Magdalena. Estimación del Impacto de los Nuevos Estándares de Propiedad Intelectual en el Precio de los Medicamentos en la República Dominicana. ICTSD/PLENITUD, 2008.



Anexo IV.14

Participación en el mercado privado de medicamentos de los grupos terapéuticos, 1996-2006

Grupos terapéuticos principales	Valor mercado	
	%	Acumulado
Total	100.0	
Antirreumáticos	3.9	3.9
Analgésicos no narcóticos	3.8	7.6
Antagonistas del calcio	2.6	10.2
Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina	2.0	12.2
Fluoroquinolones orales	1.8	14.0
Expectorantes	1.7	15.7
Macrolidos y tipos similares	1.7	17.4
Broncodilatadores, Expectorante y Penicilina Orales	1.7	19.1
Formulas para bebés	1.7	20.7
Preparaciones para la tos y catarros	1.6	22.3
Ácidos inhibidores de la bomba de protones	1.5	23.9
Tranquilizantes	1.5	25.4
Anti-epilépticos	1.4	26.7
Cefalosporinas orales	1.3	28.0
Prep. Frías de Agua en Aceite para las infecciones	1.2	29.2
Combinaciones de hierro	1.2	30.4
Antihistamínicos sistémicos	1.1	31.5
Agentes Beta-Bloqueadores	1.1	32.6
Anti fúngico Dermatológico de Uso Tópico	1.1	33.7
Resto (participación inferior al 1%)	66.3	100.0

Fuente: Rathe, Magdalena. Estimación del Impacto de los Nuevos Estándares de Propiedad Intelectual en el Precio de los Medicamentos en la República Dominicana. ICTSD/PLENITUD, 2008.

Anexo IV.15

Valor de las ventas PROMESE/CAL, principios activos, enero-septiembre 2007

Total	RD\$	US\$	%
	772,514,346	23,338,802	100.0
Fluconazol	114,686,940	3,464,862	14.8
Amoxicilina	34,038,185	1,028,344	4.4
Dextrosa	27,376,863	827,096	3.5
Metronidazol	13,979,367	422,337	1.8
Cloruro Sódico	12,252,110	370,154	1.6
Acetaminofén	12,066,719	364,553	1.6
Vitaminas A, D y E	10,696,817	323,167	1.4
Complejo B	10,362,335	313,061	1.3
Penicilina	8,929,917	269,786	1.2
Diclofenac Sódico	8,858,488	267,628	1.1
Antigripal	8,593,087	259,610	1.1
Cefalexina	7,835,566	236,724	1.0
Albumina Humana	7,175,300	216,776	0.9
Insulina	7,062,673	213,374	0.9
Aceite de Hígado de Bacalao	6,670,528	201,527	0.9
Vitaminas Neur. + Diclofenac	6,445,332	194,723	0.8
Permetrina	6,261,582	189,172	0.8
Clotrimazol	5,969,409	180,345	0.8
Citr Fe	5,723,767	172,923	0.7
Ibuprofen	5,698,136	172,149	0.7
Resto Medicamentos	200,059,586	6,044,096	25.9
Insumos Médicos	578,907	17,490	0.1

Fuente: Elaborado por Plenitud con base en PROMESE/CAL

## Anexo IV.16 | Valor de las ventas en el mercado privado, medicamentos incluidos en el PDSS, 1996-2006 (millones de RD\$)

Principio activo	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Total
Total mercado	1,377	1,719	1,846	2,055	2,679	2,739	3,010	4,104	6,231	5,351	6,300	37,411
	39%	39%	39%	37%	37%	36%	35%	32%	31%	31%	19%	33%
Total PDSS	543	674	718	771	981	996	1,052	1,332	1,934	1,637	1,811	12,448
Diclofenaco Sodico	47.3	58.5	83.3	94.0	108.2	111.1	115.5	138.6	184.1	157.7	178.3	1,276.6
Ciproflaxina	23.6	32.5	33.3	32.7	44.1	51.5	57.2	71.3	107.6	93.0	100.0	646.8
Azitromicina	1.9	5.4	9.8	14.0	23.9	25.8	28.5	34.6	61.0	65.4	86.0	356.3
Acido Acetilalicilico	4.9	6.8	7.0	8.8	13.1	15.4	17.2	28.0	42.4	48.0	76.9	268.5
Amoxicilina	26.6	33.4	30.1	29.1	32.6	36.4	37.8	45.6	72.6	61.1	65.4	470.8
Paracetamol	28.8	34.7	34.1	34.1	40.5	40.3	37.0	44.9	65.8	62.2	65.3	487.8
Ibuprofeno	11.4	15.0	17.6	17.2	21.2	23.8	27.3	35.7	46.5	36.1	45.5	297.2
Omeprazol	16.4	22.4	22.9	28.3	33.3	32.9	34.1	41.2	57.4	41.0	45.4	375.3
Nifedipina	22.4	27.0	26.7	27.2	29.6	29.9	29.6	38.1	45.8	34.2	44.8	355.2
Enalapril	17.7	24.5	27.1	29.6	41.7	20.6	37.6	46.0	57.3	43.3	40.3	405.6
Clotrimazol	14.9	16.0	16.7	18.2	22.8	19.6	20.0	25.8	39.9	38.0	38.3	270.1
Levotiroxina	1.5	2.0	2.8	3.7	5.8	6.6	8.1	18.5	27.8	27.9	34.5	139.2
Acido Mefenamico	2.7	5.4	4.7	6.4	9.1	10.2	15.1	17.9	24.9	29.5	34.3	160.2
Atenolol	8.6	12.1	13.5	16.4	20.5	20.5	21.7	29.3	43.1	32.0	33.5	251.2
Carbamezapina	7.2	9.1	10.3	9.5	14.3	16.7	16.8	24.5	37.5	44.1	32.9	222.9
Ranitidina	13.6	14.6	16.4	18.0	21.6	21.2	21.8	24.6	33.9	28.1	32.7	246.5
Fluconazol	5.0	8.7	8.0	9.5	14.0	15.6	17.9	23.8	39.4	30.5	32.3	204.8
Detoconazol	12.7	13.9	13.2	13.7	19.5	21.4	22.0	27.3	44.2	32.1	31.9	251.9
Ampicilina	26.1	30.2	29.3	26.6	25.7	29.1	30.0	30.3	40.4	33.2	31.5	332.5
Metformina	1.3	2.7	2.7	4.3	5.5	7.1	10.0	17.2	31.9	25.3	30.2	138.2
Salbutamol	12.9	16.5	15.6	15.6	21.3	21.1	19.1	23.1	32.9	27.0	29.3	234.5
Clindamicina	5.3	6.8	6.8	8.4	10.2	11.5	10.3	18.0	32.3	25.8	29.2	164.5
Claritromicina	5.6	5.5	7.9	10.5	14.8	13.9	14.2	17.7	30.9	26.7	26.5	174.1
Albendazol	12.9	16.8	16.3	15.0	22.7	21.5	22.7	28.7	35.4	25.5	25.1	242.7
PenicilinaG (3-Benzatir)	8.5	9.5	8.0	8.1	11.2	12.5	13.1	21.5	35.5	27.7	24.9	180.6
Cefalexina	11.6	13.6	13.6	12.4	17.0	19.1	16.8	19.7	25.1	20.9	24.9	194.7
Betametasona dipropior	3.5	4.9	5.5	8.0	9.3	10.4	11.5	15.7	22.7	22.0	24.7	138.1
Aciclovir	6.2	7.9	8.6	9.2	13.4	12.1	13.9	21.0	30.4	23.6	23.5	169.7
Furosemida	3.7	3.9	4.0	5.5	6.2	7.9	10.0	13.1	18.5	17.6	22.6	113.2
Ticlopidina	8.7	10.0	9.4	11.5	17.0	16.5	14.8	14.2	23.8	20.8	22.1	168.9
Prednisona	2.7	3.1	3.9	4.9	6.5	8.1	10.3	14.5	20.8	21.6	21.7	118.2
Fluoxetina	7.2	10.3	10.8	10.5	14.5	13.2	16.4	21.5	27.9	18.9	19.8	171.0
Metronidazol	11.3	13.4	11.5	12.7	15.4	13.1	13.6	16.7	24.9	19.6	19.6	171.9
Dimenhidrinato	3.0	3.9	4.4	4.8	7.9	7.2	7.8	9.4	10.5	14.2	19.2	92.1
Ceflacor	7.3	11.6	16.2	17.6	22.3	20.6	20.4	20.1	24.2	18.8	18.8	197.9
Otros	124.8	148.3	152.6	163.3	210.8	201.2	221.0	282.8	420.4	333.9	369.6	2,628.8

Fuente: Elaborado por Plenitud con base en PROMESE/CAL

## Anexo IV.17 | Relación de precios de los medicamentos esenciales en la República Dominicana, 2004

Principio activo	Patente 2007		Precios según estudio WHO/HAI 2004			Relación / Mediana	
	Si	No	Original <sup>(1)</sup>	Genérico más barato <sup>(2)</sup>	Genérico más vendido <sup>(3)</sup>	(1) / (3)	(3) / (2)
Acetaminofen		X	257.00	57.00	60.00	4.28	1.05
Aciclovir		X	58.00	15.80	26.00	2.23	1.65
Acido Fólico		X	16.30	2.60	3.50	4.66	1.35
Acido Mefenamico		X	9.00	8.00	9.00	1.00	1.13
Albendazol		X	38.50	20.00	25.00	1.54	1.25
Amlodipina		X	40.90	10.00	12.00	3.41	1.20
Amoxicilina + AC		X	865.00	450.00	517.00	1.67	1.15
Atenolol		X	30.00	4.25	5.91	5.08	1.39
Bromhexina		X	413.00	91.00	95.00	4.35	1.04
Captopril		X	11.66	7.66	10.00	1.17	1.31
Carbamacepina		X	13.00	5.00	5.07	2.56	1.01
Cefalexina		X	87.68	14.00	16.38	5.35	1.17
Ceftriaxona		X	1,838.00	295.00	375.00	4.90	1.27
Ciprofloxacina		X	217.50	25.00	39.85	5.46	1.59
Clotrimazol		X	288.00	115.00	175.00	1.65	1.52
Diazepan		X	39.70	2.60	3.00	13.23	1.15
Diclofenac Sodico		X	32.00	3.50	5.00	6.40	1.43
Enalapril		X	11.67	9.00	10.00	1.17	1.11
Fenitoina		X	567.87	368.00	426.00	1.33	1.16
Fuconazol	X		569.00	143.00	170.50	3.34	1.19
Fluoxetina		X	120.21	18.46	27.80	4.32	1.51
Furosemida		X	65.80	21.00	25.00	2.63	1.19
Glibenclamida		X	23.55	3.03	4.00	5.89	1.32
Hidroclorotiazida		X	5.00	5.00	5.00	1.00	1.00
Ibuprofen		X	30.00	6.00	6.00	5.00	1.00
Indinavir	X		16.56	16.78	16.56	1.00	0.99
Loratadina		X	74.88	15.00	26.00	2.88	1.73
Metoclopramida		X	9.00	9.77	10.00	0.90	1.02
Metronidazol		X	14.00	6.08	10.00	1.40	1.64
Nalbufilina		X	169.00	103.75	105.00	1.61	1.01
Nevirapina (NVP)		X	0.00	22.00	22.00	0.00	1.00
Omeprazol		X	126.00	13.00	15.00	8.40	1.15
Penicilina Benzatinica		X	129.00	115.00	115.00	1.12	1.00
Ranitidina	X		31.70	5.00	6.00	5.28	1.20
Salbutamol		X	343.00	228.00	252.00	1.36	1.11
Sinvastatina		X	140.50	20.00	23.04	6.10	1.15
Sulfato Ferroso		X	3.00	2.00	23.04	0.13	11.52
Trimetoprim Sulfa		X	700.00	104.00	157.00	4.46	1.51
Vitaminas N. + Diclo		X	310.00	215.00	260.00	1.19	1.21

Fuente: Elaborado por plenitud con base en ONAPI y WHO/HAI

## Anexo IV.18 | Rango de precios de compra de hospitales públicos de la Región V, 2005

Productos	Media	Mediana	Rango de precios pagados por producto. Valores en RD\$ expresados en quintiles.					
			Mínimo	Q1	Q2	Q3	Q4	Máximo
			20%	20%	20%	20%	20%	20%
1. Acetaminofen 500mg (T)	1.08	0.50	0.21	0.21	0.50	0.50	1.90	7.00
2. Ampicilina 1gr inyectable	17.94	16.00	8.89	9.89	13.34	17.00	26.00	42.35
3. Benzodiazepina 10mg (A)	33.68	42.55	1.04	4.53	31.06	50.00	50.00	50.00
4. Diclofenaco 75mg (I)	10.70	11.00	2.61	3.74	7.50	11.74	15.00	55.00
5. Difenhidramina (A)	29.79	18.75	3.00	12.45	14.50	28.00	46.00	169.00
6. Gentamicina 80mg	7.25	5.00	3.74	3.74	5.00	5.00	11.70	22.50
7. Oxitocina 10mg	8.62	4.50	3.30	3.30	4.00	7.50	13.95	41.00
8. Penicilina Cristalina, 5m.	29.43	25.50	7.04	13.75	18.00	29.50	45.22	80.00
9. Solucion mixtas al 33%	41.79	36.16	33.19	33.92	36.00	37.00	57.50	78.80
10. Guantes Desechables 100	191.56	130.00	100.00	123.00	128.00	175.28	279.00	480.00
11. Jeringuillas de 5cc	3.70	2.12	1.87	1.87	2.02	4.25	5.49	10.00
12. Rollos Algodón 1lb	103.18	82.00	70.00	75.42	75.42	95.00	128.00	342.00
13. Rollos Gasa 36x100	503.50	450.00	354.52	417.12	450.00	450.00	486.14	995.00

T= Tabletas, A= Ampollas e I= Inyecciones.  
Fuente: USAID/REDSALUD

## Anexo IV.19 | Gasto salud en porcentaje del gasto total, por quintil de ingresos, según ENCOVI, 2004

Tipo de gasto	Quintil de ingreso					Total
	20% más pobre	20%	20%	20%	20% más rico	
Gasto en salud	5.8%	7.1%	6.5%	6.7%	8.9%	7.3%
Consulta	0.5%	0.5%	0.6%	0.5%	0.6%	0.5%
Medicamentos	4.3%	5.1%	4.5%	4.5%	5.7%	5.0%
Laboratorio	0.7%	0.7%	0.6%	0.6%	0.9%	0.7%
Internamiento	0.2%	0.3%	0.5%	0.6%	0.7%	0.5%
Otros	0.3%	0.4%	0.3%	0.5%	1.1%	0.6%

Fuente: ODH/PNUD con información de ENCOVI 2004.

## Anexo IV.20 | Distribución del gasto total en salud por quintil de ingresos, según ENCOVI, 2004

Tipo de gasto	Quintil de ingreso					Total
	20% más pobre	20%	20%	20%	20% más rico	
Gasto en salud	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Consulta	8%	8%	8%	8%	6%	7%
Medicamentos	72%	72%	70%	67%	64%	68%
Laboratorio	11%	10%	9%	9%	10%	10%
Internamiento	4%	5%	8%	9%	7%	7%
Otros	5%	6%	5%	7%	12%	8%

Fuente: ODH/PNUD con información de ENCOVI 2004.

Anexo IV.21

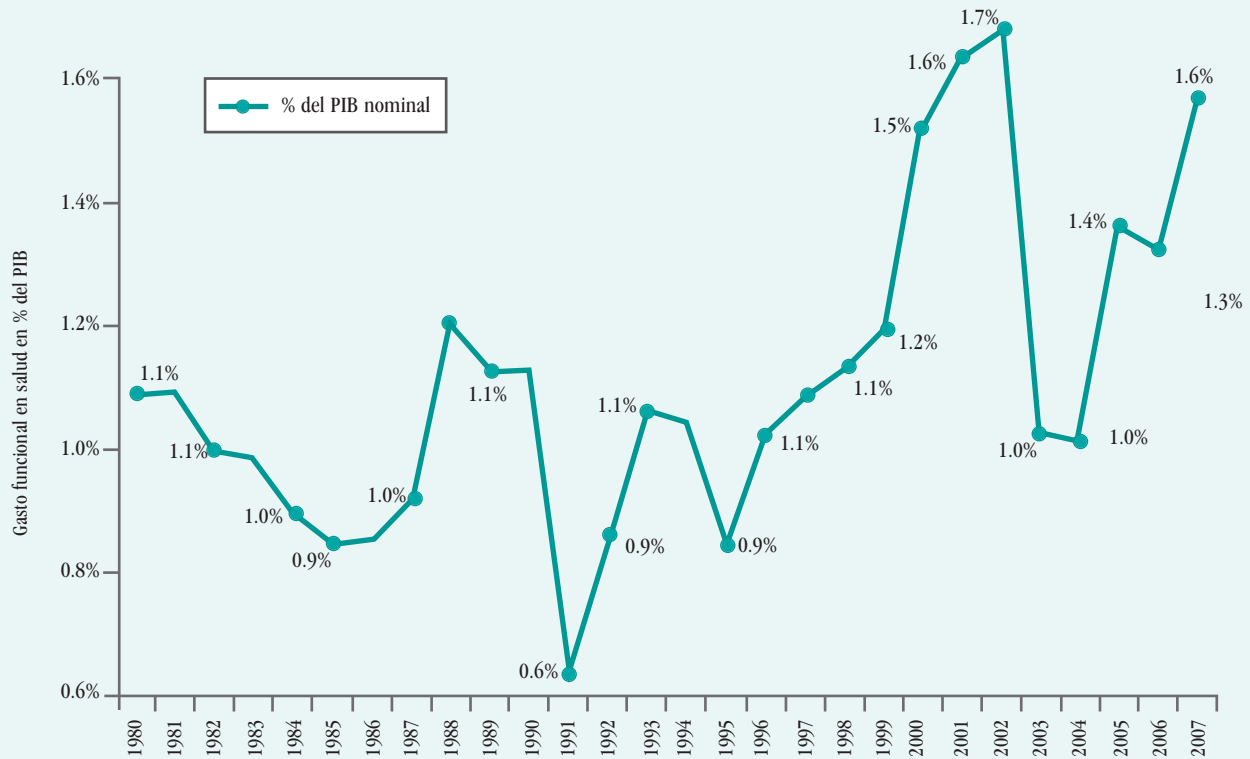
Distribución por quintil de los componentes del gasto en salud, según ENCOVI, 2004

Tipo de gasto	Quintil de ingreso					Total
	20% más pobre	20%	20%	20%	20% más rico	
Gasto en salud	11%	16%	16%	18%	38%	100%
Consulta	13%	16%	19%	20%	32%	100%
Medicamentos	12%	17%	17%	18%	36%	100%
Laboratorio	14%	16%	15%	16%	39%	100%
Internamiento	7%	10%	18%	25%	40%	100%
Otros	7%	11%	10%	16%	56%	100%

Fuente: ODH/PNUD con información de ENCOVI 2004.

Anexo IV.22

Gasto funcional en salud en porcentaje del PIB



Fuente: Banco Central y Secretaría de Estado de Hacienda.

Anexo IV.23 | Gasto funcional en salud en porcentaje del gasto público total



Fuente: Banco Central y Secretaría de Estado de Hacienda.

Anexo IV.24 | Principales programas de salud colectiva

Programas	Actividades/responsabilidades
Vigilancia Epidemiológica Dirección General de Epidemiología	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Genera y supervisa las normas relativas al conocimiento, vigilancia e intervenciones de los problemas de salud pública priorizados.</li> <li>- Asesora y orienta a otras instituciones del sector.</li> </ul>
Inmunizaciones Programa Ampliado de Inmunizaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Genera y supervisa las normas relativas a la aplicación de un esquema ampliado de inmunizaciones a la población menor de cinco años y a las mujeres en edad reproductiva.</li> <li>- Vigilancia de las enfermedades inmunoprevenibles en coordinación con la DIGEPI.</li> <li>- Coordina con instituciones nacionales para esos fines.</li> <li>- Coordina y gestiona con organismos internacionales para los biológicos</li> </ul>
Materno-infantil Dirección General de Salud Materno-infantil	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Genera y supervisa las normas relativas a la promoción de la salud sexual y reproductiva, infantil y adolescentes y a la prevención y tratamiento de los problemas causales de la morbilidad infantil y materna en el nivel nacional.</li> <li>- Promueve y coordina las acciones de prevención y educación sobre el cáncer cérvico-uterino.</li> <li>- Coordina con instituciones nacionales para esos fines.</li> </ul>
Enfermedades tropicales Centro Nacional de Control de Enfermedades Tropicales Institución de referencia a nivel nacional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Genera y supervisa las normas relativas al conocimiento, vigilancia e intervenciones frente a los procesos relacionados con vectores (dengue,malaria,filariasis)</li> <li>- Asesora y orienta a otras instituciones del sector.</li> </ul>
Salud buco-dental Dirección General de Salud Bucal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Genera y supervisa las normas relativas al conocimiento y vigilancia de los problemas de salud bucal en grupos prioritarios.</li> <li>- Coordina y organiza las acciones masivas de promoción, prevención y tratamiento a nivel nacional.</li> <li>- Coordina con instituciones nacionales para esos fines.</li> </ul>
Tuberculosis Programa Nacional de Control de Tuberculosis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Genera y supervisa las normas relativas al conocimiento, vigilancia e intervenciones frente a los casos de tuberculosis a nivel nacional.</li> <li>- Coordina y organiza las acciones del tratamiento acordado estrictamente supervisado a nivel nacional.</li> <li>- Asesora y orienta a otras instituciones del sector.</li> </ul>
Laboratorios y bancos de sangre Dirección General de Laboratorios/Dirección General de Bancos de Sangre.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Genera y supervisa las normas relativas a los laboratorios de análisis clínico y bancos de sangre en los centros de SESPAS. Ejerce la vigilancia sobre las normas relativas a sangre segura y prevención de contagio.</li> <li>- Coordina con instituciones nacionales para esos fines.</li> </ul>
Salud Mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Genera y supervisa las normas relativas a la promoción de la salud mental en individuos y familias y a la prevención y tratamiento de situaciones de crisis y alteraciones de conductas en los centros de SESPAS.</li> <li>- Promueve y coordina la vigilancia de las situaciones de crisis de conducta y violencia familiar.</li> <li>- Coordina con instituciones nacionales para esos fines.</li> </ul>
Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Genera y supervisa las normas relativas a la promoción de la adecuada nutrición, ingestión de micronutrientes, prevención de los estados carenciales y orientación de situaciones nutricionales especiales. Promueve y coordina la vigilancia de estados carenciales; desórdenes por carencia de yodo, vitamina A y hierro en infantes y embarazadas respectivamente.</li> <li>- Coordina con instituciones nacionales para esos fines.</li> <li>- Ostenta la representación del país para el CODEX alimentario</li> </ul>
DIGECITSS Infecciones de transmisión sexual, VIH y SIDA. Dirección General para el Control de Infecciones de Transmisión sexual, Virus de la Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Genera y supervisa las normas relativas al conocimiento, prevención y control de las ITS y del VIH/SIDA así como para la asesoría y aplicación de un plan estratégico nacional y planes operativos provinciales.</li> <li>- Promueve y coordina la vigilancia de las ITS, VIH/SIDA.</li> <li>- Coordina con instituciones nacionales para esos fines.</li> <li>- Coordina y gestiona con instituciones y organismos internacionales para la adquisición de asesorías, insumos, medicamentos, material educativo y capacitaciones.</li> </ul>

Fuente: Diagnóstico del Sector Salud 2003- 2006 de Memorias de SESPAS



## Anexo IV.25 | Afiliados contributivos del sistema de seguridad social, enero 2008

ARS	Titul.	Depend.	Adicio.	Total	Pago
1 ARS CMD	9,511	10,213	342	20,066	\$12,434,359.84
2 ARS Salud Segura	219,342	21,895	50	241,287	\$148,743,752.50
3 ARS APS	22,396	15,106	76	37,578	\$23,243,145.32
4 ARS Galeno	2,056	1,224	12	3,292	\$2,031,199.76
5 ARS-SIMAG	15,259	8,937	47	24,243	\$15,004,556.03
6 Grupo Médico Asociado	5,948	5,594	176	11,718	\$7,250,809.65
7 BMI Iguales Médicas	675	440	-	1,115	\$685,149.85
8 Servicios Médicos Dr. Yunén	9,363	7,876	21	17,260	\$10,666,895.83
9 ARS Universal	86,852	73,189	59	160,100	\$98,760,284.43
10 La Monumental de Seguros	9,635	7,964	224	17,823	\$10,904,159.77
11 ARS Plamedin	1,031	482	6	1,519	\$937,543.23
12 ARS Futuro	8,025	3,074	3	11,102	\$6,848,662.49
13 ARS Humano	218,680	157,578	24	376,282	\$232,520,741.12
14 La Colonial	29,177	16,582	10	45,769	\$28,337,555.71
15 Servicios Dominicanos de Salud	30,799	34,544	254	65,597	\$40,511,602.80
16 SEMUNASED	2,943	2,053	-	4,996	\$3,094,239.92
17 Servicios Médicos Amor y Paz	3,650	2,149	-	5,799	\$3,567,089.31
18 ARS Semna	59,644	73,341	-	132,985	\$82,438,263.03
19 ARS Renacer	5,233	974	-	6,207	\$3,811,029.09
20 PALIC-Salud, S.A.	86,617	78,539	186	165,342	\$102,173,645.08
21 Plan Salud del banco Central	2,472	3,209	877	6,558	\$4,062,133.24
22 ARS UCAMED	6,030	1,603	14	7,647	\$4,430,215.75
23 SENASA	74,821	23,089	41	97,951	\$60,709,802.85
24 IGMAM	6,127	4,615	61	10,803	\$6,655,902.31
25 Banco de Reservas	6,856	8,346	2,480	17,682	\$10,959,013.24
26 ARS Meta-salud SINATRAE	4,257	2,278	-	6,535	\$4,048,829.93
27 Instituto de SS de la PN	3,127	3,557	2	6,686	\$4,128,099.58
28 Instituto de SS de la FFAA	5,940	1,239	-	7,179	\$4,434,579.60
Totales	936,466	569,690	4,965	1,511,121	\$933,393,261.26

Fuente: Tesorería de la Seguridad Social (TSS). Enero 2008.



Bibliografía

**inmigración haitiana**  
cohesión social  
asentamientos humanos  
justicias salud empleo  
**derechos educación**  
asistencias social  
**seguridad social**  
empleo justicias  
**asistencias social**  
desarrollo humano  
justicias salud educación  
políticas social  
**desarrollo humano**

- Acción para la Educación Básica, Inc. (EDUCA) y Gallup. 2005. "Encuesta uso del tiempo en la escuela dominicana". Santo Domingo, República Dominicana. Mimeo.
- Achieng, Maureen. 2006. "Managing Haitian migratory flows to the Dominican Republic, the challenges and opportunities". Intra-caribbean migration and the conflict nexus. Human Right Internet (HRI).Tri-Graphic. Ottawa.
- ADE. 2007. "Orientations strategiques pour la cooperation binationale Haiti-Republique Dominicaine". Unión Europea. Haití. Mimeo.
- Adler Lomnitz, Larissa. 1994. "Redes Sociales, cultura y Poder: Ensayos de Antropología Latinoamericana". FLACSO. México.
- Administradora de Subsidios Sociales (ADESS). 2008. "Memorias Administradora de Subsidios Sociales (ADESS) 2004-2008". La Unión. Santo Domingo, República Dominicana.
- Agier, Michel. 1995. "Lugares y Redes. Las mediaciones de la Cultura Urbana". Revista Colombiana de Antropología. Vol. XXXII. Bogotá, Colombia.
- Aguayo, Sergio y Patricia Weiss Fagen. 1988. "Central Americans in Mexico and the United States". Georgetown University. Washington, Estados Unidos.
- Aguerrondo, Inés. 2004. "La calidad de la educación: ejes para su definición y seguimiento". Organización de Estados Iberoamericanos. (OEI). España. [<http://www.oei.es/calidad2/aguerrondo.htm>]
- Aguirre, S. 2007. "Evaluación de medio término del proyecto fortalecimiento de la educación inicial; componente Mejoramiento de la calidad del grado pre-primario". Secretaría de Estado de Educación. SEE. Santo Domingo. República Dominicana. Mimeo.
- Ahman E. y I. Shah. 2007. "Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003". Quinta edición. Organización Mundial de la Salud (OMS). Suiza.
- Ainscow, Mel. 2001. "Comprendiendo el desarrollo de escuelas inclusivas". Narcea. Madrid. España. [<http://innovemosp.unesco.cl/medios/Documentos/DocumentosConsulta/epd/Ainscow2001esp.doc>]
- Alexandre, Guy. 2001. "La question migratoire entre la Republique Dominicaine et Haiti. Matériaux pour une proposition de politique". Organisation Internationale pour les Migrations. Haití.
- Allman, James. 1981. "Estimates of haitian internacional migration for the 1950-1980 period". Occasional papers series. Latin American and Caribbean Center. Florida International University. Miami.
- Alonso, Mercedes. 2008. "Envejecientes serán mitad del crecimiento total". Periódico digital Dominicanos Hoy. Santo Domingo, República Dominicana. [<http://dominicanoshoy.com/app/default.asp>]
- Álvarez, Marisol. 1998. "Una mirada desde la visión institucional: Calidad de la educación". Santo Domingo, República Dominicana.

- Amargos, José. 1998. "La formación para el trabajo y la capacitación en la República Dominicana: Estudio entre las relaciones del sector público y privado". CEPAL-GTZ. Santiago de Chile.
- Amargós, Oscar. 2008. "Trabajo infantil y políticas públicas en República Dominicana". Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil (IPEC). Organización Internacional del Trabajo (OIT). Santo Domingo, República Dominicana.
- American Watch y la Coalición Nacional por los Refugiados Haitianos. 1993. "Silencing of people: the destruction of civil society in Haiti". New York.
- Amnistía Internacional. 2003. "Informe 2003: el pasado dice cosas que interesan al futuro". Londres.
- Andrenacci, Luciano y Fabián Repetto. 2006. "Un camino para reducir la desigualdad y construir ciudadanía". *Universalismo básico: Una nueva política social para América Latina*. BID. México.
- Andujar, Carlos. 2007. "Identidad cultural y religiosidad popular". Editorial Breve. Santo Domingo, República Dominicana.
- Antequera, Joseph. 2005. "El potencial de sostenibilidad de los asentamientos humanos". España. [<http://www.eumed.net/libros/2005/ja-sost/>]
- Antonin, Arnold. 1991. "Los nueve meses del gobierno de Aristide y la coyuntura actual". Centro Petion Bolivar. Aportes al Debate, Fundación Friedrich Eber. Santo Domingo, República Dominicana.
- . 2003. "La emergencia de la sociedad civil organizada en Haití a 200 años de su independencia". Centro Petion Bolivar. Aportes al Debate, Fundación Friedrich Ebert, Santo Domingo, República Dominicana.
- . 2005. "El difícil comienzo de la era post-aristidiana". Centro Petion Bolívar. Aportes al Debate, Fundación Friedrich Ebert. Santo Domingo, República Dominicana.
- Aparicio, Ricardo. 2002. "Transición demográfica y vulnerabilidad durante la vejez". Consejo Nacional de Población. (CONAPO). México. [<http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/2002/12.pdf>]
- Araucaria, Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), ONAPLAN. 2003. "Plan de ordenación de los recursos nacionales de la provincia de Pedernales". Santo Domingo, República Dominicana.
- Arriagada Luco, Camilo. 2005. "El déficit habitacional en Brasil y México y sus dos mega ciudades globales: estudio con los censos de 1990 y 2000". Serie Población y Desarrollo No.62. CEPAL. Chile.
- Asamblea Legislativa República El Salvador 2006-2009. 2007. "Leyes de la República". El Salvador. [<http://www.asamblea.gob.sv>]
- Ayala, J, L. Quiroga y B. Pacheco. 2006. "Percepciones, actitudes y prácticas relacionadas con la equidad de género en la Escuela Rural del Suroeste de la República Dominicana". Plan Internacional. Foro Socioeducativo. Santo Domingo, República Dominicana.

- Ayuso, José Alejandro. 1999. "El rol de la comunidad internacional. De la paranoia nacionalista a la iniciativa proactiva: el caso dominico-haitiano". Casa Nacional del Diálogo, I Conferencia dominicana sobre las relaciones con Haití. Imprenta Hermanos Portes. Santo Domingo, República Dominicana.
- Balán, Jorge. 1985. "La migración internacional en el Cono Sur". Georgetown University. Washington, Estados Unidos.
- Balán, Jorge, Harley L. Browning, Elizabeth Jelín. 1973. "Migración, estructura ocupacional y movilidad social (el caso de Monterrey)". Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). México.
- Balibar, E. 1991. "Racism and Nationalism". En *Race, nation, class: ambiguous identities*. Verso. Londres.
- Báez Evertsz, Franc. 1986. "El bracero haitiano en la República Dominicana". Editora Taller. Santo Domingo. República Dominicana.
- . 1994. "Las migraciones internacionales en la República Dominicana". Oficina Nacional de Planificación de la República Dominicana. Santo Domingo, República Dominicana.
- . 1997. "Migración y relaciones dominico-haitianas. Elementos para la definición de una política sobre la inmigración laboral haitiana". Documento elaborado para la Oficina del Ordenador Nacional para la Convención de Lomé IV. Santo Domingo, República Dominicana.
- . 2001. "Vecinos y extraños. Migrantes y relaciones inter-étnicas en un barrio de Santo Domingo". Centro Juan Montalvo. Santo Domingo. República Dominicana.
- Báez Evertsz, Franc y Wilfredo Lozano. 2006. "Las cifras de la Inmigración". En *Revista Dominicana de Política Exterior* Vol. I, No. 1. Santo Domingo, República Dominicana.
- . 2007. "La inmigración haitiana contemporánea en la República Dominicana". FLASCO/CIES. Santo Domingo. República Dominicana.
- Banco Central de la República Dominicana (BCRD). "Encuesta nacional de la fuerza de trabajo (ENFT) 2000-2006". Santo Domingo, República Dominicana. [[http://www.bancentral.gov.do/publicaciones\\_economicas.asp](http://www.bancentral.gov.do/publicaciones_economicas.asp)]
- Banco Central de la República Dominicana (BCRD). Secretaría de Estado de Economía, Planificación y Desarrollo (SEEPyD) y Banco Mundial (BM). 2007. "La Informalidad en el Mercado Laboral Urbano de la República Dominicana". Santo Domingo, República Dominicana. [[http://siteresources.worldbank.org/DOMINICAREPUBLICANISPANISHEXT/Resources/La\\_informalidad.pdf?resourceurlname=La\\_informalidad.pdf](http://siteresources.worldbank.org/DOMINICAREPUBLICANISPANISHEXT/Resources/La_informalidad.pdf?resourceurlname=La_informalidad.pdf)]
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID). 1998. "Evaluación del proceso de reforma del sector público de salud chileno una experiencia de 20 años". Seminario de presentación de casos de experiencias de reformas en educación y salud en América Latina. Santiago de Chile.
- . 2002. "Programa multifase para la equidad de la educación básica – Fase I". Santo Domingo, República Dominicana. [<http://www.iadb.org/exr/doc98/apr/dr1429s.pdf>]

- . 2006a. “La cohesión social en América Latina y el Caribe. Análisis, acción y coordinación”. Washington, Estados Unidos. [<http://www.iadb.org>]
- . 2006b. “La política de las políticas públicas: progreso económico y social en América Latina: informe 2006”. David Rockefeller Center for American Studies. Planeta. Washington, Estados Unidos.
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y Banco Mundial (BM). 2006. “Informe sobre la pobreza en la República Dominicana. Logrando un crecimiento económico que beneficie a los pobres”. Santo Domingo, República Dominicana. [<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=748172>]
- Banco Mundial (BM). 2002a. “Constructing Knowledge Societies: New Challenges for Tertiary Education”. Washington, Estados Unidos.
- . 2002b. “Informe sobre la pobreza en República Dominicana. La pobreza en una economía de alto crecimiento”. Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra (PUCMM). Santo Domingo, República Dominicana.
- . 2004a. “Informe del gasto público para lograr sostenibilidad fiscal y servicios públicos eficientes y equitativos”. Ministerio de Hacienda. Bolivia. [<http://www.bancomundial.org.bo>]
- . 2004b. “República Dominicana. Informe sobre el gasto público: Reformando instituciones para una mejor administración del gasto público”. Washington, Estados Unidos.
- . 2006. “Las prioridades de la salud”. Washington, Estados Unidos. [<http://www.bancomundial.org/publicaciones/index-2006.htm>]
- . 2007. “Closing the Electricity Supply-Demand Gap”. Energy and mining sector board discussion paper. Paper No. 20. Washington, Estados Unidos.
- Banco Mundial (BM) y Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra (PUCMM). 1999. “Desarrollo fronterizo y equilibrio insular. Mesa de Desarrollo Fronterizo y Relaciones con Haití”. Documento preparado para el BM y la PUCMM por Rubén Silié, E. Croes. F. Báez y E. Tejada. Santo Domingo, República Dominicana.
- . 2002. “Informe sobre la pobreza en República Dominicana. La pobreza en una economía de alto crecimiento”. Editora Búho. Santo Domingo, República Dominicana.
- Banco Nacional de Fomento de la Vivienda y la Producción (BNV). 2008. “Espacio institucional”. Santo Domingo, República Dominicana. [<http://www.bnv.com.do/site/main/default.htm>]
- Baud, Michel. 1993. “Una frontera-refugio: dominicanos y haitianos contra el Estado (1870-1930)”. Estudios Sociales. Santo Domingo, República Dominicana.
- Bautista, Felix. 2007. “La visión de un estadista. Crecimiento económico e impacto social”. Santo Domingo, República Dominicana.
- Bautista, José del Carmen. 1998. “Situación agua potable y saneamiento en los centros turísticos”. Santo Domingo, República Dominicana



- Bayley, S. 1992. "Cómo las escuelas estafan a las niñas". AAWW Report. Wellesley College Center for Research on Women. Washington, Estados Unidos.
- Beck, Ulrich. 1994. "La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad". Barcelona, España.
- Berger, Peter L. 1999. "Los límites de la cohesión social. Conflictos y mediación en las sociedades pluralistas". Informe de la Fundación Bertelsmann al Club de Roma. Galaxia Gutenberg-Círculo de lectores. Barcelona, España
- Bertranou, M. Fabio. 2004. "Capítulo. I ¿Desarticulación o subordinación? Protección social y mercado laboral en América Latina". Organización Internacional del Trabajo (OIT). Chile.
- Berlin, Isaiah. 1959. "El fuste torcido de la humanidad: capítulos de historia de las ideas". Ediciones Península, 1990.
- .1996. "El sentido de la realidad. Sobre las ideas y su historia". Taurus Pensamiento.
- Betances, Bethania, Sergia Galván y Haydée Morales. 2007. "Vidas vividas en riesgo: Caracterizando el vínculo entre la violencia contra la mujer y el VIH/SIDA en la República Dominicana". Margaret Sanger Center International. ONUSIDA. UNFPA. UNICEF. Santo Domingo, República Dominicana.
- Blanco, Cristina. 2000. "Las migraciones contemporáneas". Alianza. Madrid. España.
- .2006. "Migraciones: nuevas movilidades en un mundo en movimiento". Anthropos, Barcelona.
- Boiarov, Sonia. 2009. "Telecapacitados: Teletrabajo para la inclusión laboral de personas con discapacidad". Argentina.
- Boisier Etcheverry, Sergio. 2001. "Desarrollo (Local): ¿De qué estamos hablando?". Transformaciones globales, instituciones y política de desarrollo local. Homo Sapiens. Rosario. Argentina.
- .2007. "Territorio, Estado y sociedad en Chile. La dialéctica de la descentralización: entre la geografía y la gobernabilidad". España.
- Bona Prandy, Pedro Julio. 1987. "Planificación en la República Dominicana". Fundación Friedrich Ebert. Taller. Santo Domingo, República Dominicana.
- Bonaparte et al.1992. "Una reflexión antropológica sobre el diagnóstico y evaluación de políticas sociales: el PAMBA". Antropología y Ciencias Sociales. Año 1, No. 2. Buenos Aires, Argentina.
- Bonder, G. 2004. "Documento preparado en el marco de la Consultoría Internacional sobre Género y Educación para EDUC-MUJER". SEE. Santo Domingo, República Dominicana.
- Botero Chica, Carlos Alberto. 2007. "Los ejes transversales como instrumento pedagógico para la formación en valores". Cuba. [<http://www.gestiopolis.com/otro/pedagogia-en-la-formacion-de-valores.htm>]
- Bott, Elizabeth. 1990. "Familia y Red Social". Taurus Ediciones. Madrid, España.

- Bourdieu, P. 1988. "Cosas Dichas". Buenos Aires, Argentina
- Buxedas, Martín. 2002. "Exclusión social y mercado de trabajo". *Exclusión Social, territorio y empleo. Serie Seminarios y talleres. No. 126.* Centro Interdisciplinario de Estudios sobre el Desarrollo (CIEDUR). Uruguay.
- Cabello, Martínez. 2006. "Educación de Personas Jóvenes y Adultas en Latinoamérica". RIEJA. Ministerio de Educación y Ciencia de España. Universidad Complutense de Madrid, España.
- Cáceres, Francisco y Antonio Morillo. 2008. "Situación de la niñez en la República Dominicana: tendencias 1986-2006". Profamilia, ONE y UNICEF. Santo Domingo, República Dominicana.
- Cáceres, Francisco y Germania Estévez. 2005. "Violencia conyugal en la República Dominicana: hurgando tras sus raíces". Profamilia. Santo Domingo, República Dominicana.
- Cáceres, Francisco I, Leopoldina Cairo y Antonio De Moya. 2002. "Explotación sexual y Comercial para personas menores de Edad". IPEC/OIT. Costa Rica. [<http://www.publicaciones.ipec.oit.or.cr>]
- Camarena, Thelma. 2004. "Nuevos proveedores de educación superior en la República Dominicana". IESALC. Santo Domingo. República Dominicana.
- Campos, Jaclin. 2008. "Una nueva lectura al mal del analfabetismo". *Listín Diario.* Santo Domingo, República Dominicana. [<http://www.listin.com.do/app/article.aspx?id=44047>]
- Campos, M. 2003. "Texto síntesis preparado para el II Encuentro Latinoamericano de la sociedad civil para la incidencia en las políticas educativas". Santa Cruz de la Sierra, Bolivia. Mimeo.
- Cañete, Rosa y Olaya Dotel. 2007. "Política social en República Dominicana 1930-2007 ¿inclusión o asistencialismo?". BID y Centro Juan Montalvo. Santo Domingo, República Dominicana. [[http://www.centrojuanmontalvo.org.do/spip/IMG/pdf/Libro\\_Politiclas\\_Sociales\\_19302007\\_PDF.pdf](http://www.centrojuanmontalvo.org.do/spip/IMG/pdf/Libro_Politiclas_Sociales_19302007_PDF.pdf)]
- Casanova, M. 2003. "El tratamiento de la diversidad en la educación básica española". OEI. España. [<http://www.campusoei.org/revista/rie31a04.htm>]
- Castel, R. 2005. "Estado e inseguridad social". Conferencia presentada en la Subsecretaría de Gestión Pública, República Argentina. Buenos Aires, Argentina. Mimeo.
- Castellanos, Pedro L. 2005. "Fortalecimiento de la salud colectiva en la Reforma Sanitaria y de Seguridad Social. Informe final de consultoría". SESPAS/CERSS. Santo Domingo, República Dominicana.
- Castells, Manuel. 2000. "The Information Age: Economy, Society and Culture". Estados Unidos.
- Castillo, Pelegrín. 1999. "La geopolítica de la isla de Santo Domingo". Casa Nacional del Diálogo: I Conferencia dominicana sobre las relaciones con Haití. Imprenta Hermanos Portes. Santo Domingo, República Dominicana.

- Castillo del, José. 1979. "Las emigraciones y su aporte a la cultura dominicana (finales del siglo XIX y principios del XX)". EME-EME Estudios Dominicanos Vol. VIII, No. 45. Santo Domingo, República Dominicana.
- .1981. "La Inmigración de Braceros Azucareros en la República Dominicana, 1900-1930". Cuadernos del CENDIA, Vol. CCXLII, No. 7. Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD). Santo Domingo, República Dominicana.
- Castles, Stephen y Mark J. Miller. 2004. "La era de la migración. Movimientos internacionales de población en el mundo moderno". México.
- Castles, Stephen y Modula Kosac. 1984. "Los trabajadores inmigrantes y la estructura de clases en la Europa Occidental". Fondo de Cultura Económica. México.
- Ceara-Hatton, Miguel. 1987. "La situación socioeconómica actual y su repercusión en la infancia. Debate nacional sobre la situación de la niñez y la mujer dominicana". Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC). Fondo de las Naciones Unidas Para la Infancia (UNICEF). Santo Domingo, República Dominicana.
- .1988. "Políticas macroeconómicas de fomento a la pequeña y mediana empresa". Editora Taller. Santo Domingo, República Dominicana.
- .1992. "Empleo, deuda y crecimiento económico: un modelo macro". Ensayos de Economía del Centro de Investigación Económica para el Caribe. (CIECA). Abril.
- .1996. El financiamiento público al Sistema de Salud en la República Dominicana. Oficina de Coordinación Técnica de Salud y Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana.
- .2005, julio. "Desarrollo Humano y política social en la República Dominicana". Boletín mensual de la Oficina de Desarrollo Humano. No. 19. Oficina de Desarrollo del PNUD.
- .2006. "El desarrollo como libertad: una opción estratégica". Revista Atajo. 22 de septiembre.
- .2008. "Desarrollo humano y el enfoque de derechos: ¿Cómo se relacionan?" Oficina de Desarrollo Humano. Documento de trabajo. Mimeo.
- .2009. "Economía dominicana 1950-2009. Una lectura desde el desarrollo humano". Documento de trabajo. Versión mimeo
- Ceara-Hatton, Miguel y Pavel Isa Contreras. 2003. "Desarrollo económico, política comercial y reformas estructurales". Fundación Friedrich Ebert y Centro de Investigación Económica. 2003
- Ceara-Hatton, Miguel y Croes Edwin. 1993. "El gasto social en la República Dominicana en la década de los ochenta". (Co-autor). Centro de Investigación Económica para el Caribe. Editora Cumbre. Santo Domingo, República Dominicana.
- Ceara-Hatton, Miguel, Pavel Isa Contreras y Joachim Knoop. 1989. "El financiamiento de la educación en la República Dominicana. Plan Educativo 2". Editora Amigo del Hogar. Santo Domingo, República Dominicana.

- Ceara-Hatton, Miguel, Elsa Caraballo, Juan José Espinal, Manuel de Jesús García, Apolinar Veloz, José Ramón Brea y Carlos Rodríguez. 1986. "Hacia una Reestructuración Dirigida de la Economía Dominicana". Editora Taller, Santo Domingo, República Dominicana.
- Centro Cultural Dominicano-Haitiano (CCDH). 2006. "Aportes del inmigrante haitiano a la economía dominicana". Grafi-Sol. Santo Domingo, República Dominicana.
- Centro Cultural POVEDA. 2004. "Monitoreo del programa de alimentación escolar PAE urbano marginal y PAE REAL". Consejo Consultivo de la Sociedad Civil para el Gabinete Social. Banco Mundial. Santo Domingo, República Dominicana.
- Centro de Estudios Nacionales de Desarrollo Alternativo (CENDA). 2008. "Impacto de la crisis mundial sobre los sistemas de seguridad social en la región". Chile.
- Centro de Estudios Padre Juan Montalvo S.J y Centro de Estudios Urbanos. 2002. "Evaluación rápida sobre la situación de niñas, niños y adolescentes trabajadores urbanos en República Dominicana". OIT/IPEC. Santo Domingo, República Dominicana.
- Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM). 1998. "Evaluación de la Iniciativa Hospital Amigo de la Niñez y las Madres". Santo Domingo, República Dominicana.
- .2003. "Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2002 (ENDESA)". Santo Domingo, República Dominicana.
- .2007. "Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2007 (ENDESA)". Santo Domingo, República Dominicana.
- Centro de Investigación para la Acción Femenina (CIPAF). 2007. "Guía didáctica sobre equidad y género. Quehaceres". Santo Domingo, República Dominicana [http://cipaf.org.do/quehaceres/QHmarzo2007.pdf]
- Centro Interuniversitario de Desarrollo (CINDA). 2007. "Educación superior en Ibero América. Informe 2007". CINDA. Santiago de Chile.
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). 2007. "Información demográfica, estimaciones y proyecciones". Chile. [http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos\_BD.htm]
- CELADE/CEPAL. 2002. "Boletín Demográfico N° 69". Santiago de Chile.
- CELADE. 2007. "Observatorio Demográfico. América Latina y el Caribe". No. 3.
- Consortio de Evaluación e Investigación Educativa (CEIE). Boletines 1 al 6 del año 2006
- .2006. "Un Estudio de la Educación Básica en República Dominicana". Santo Domingo, República Dominicana.
- CERCA. 2004a. "Estudio cualitativo sobre la participación ciudadana en el mejoramiento de la calidad de la educación en cinco países latinoamericanos. Resultados de dos casos en la República Dominicana". AED USAID Washington, Estados Unidos.
- .2004b. "Ensayo de reporte escolar. Aprendiendo de la Experiencia de Campo en América Central". Washington, Estados Unidos.

- CHOIKE. 2008. "Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares". Chile. [[http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/m\\_mvctoc\\_sp.htm](http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/m_mvctoc_sp.htm)]
- CIEPLAN-U. Notre Dame. 2006. "16 Años de política social en democracia". Lecciones aprendidas en Chile. Panel globalización y políticas sociales; Conferencia internacional gobernabilidad en América Latina. Santiago, República Dominicana.
- Cohén, Ernesto y Rolando Franco. 2006. "Transferencias con corresponsabilidad. Una mirada Latinoamericana". Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). México.
- Colbert, V. et al. 2002. "Proyecto Escuela Multigrado Innovada (EMI). Una opción a favor de la niñez del campo". SEE y UNICEF. Santo Domingo, República Dominicana.
- Coleman, James. 1990. "Foundations of Social Theory". Harvard University Press. Cambridge, Massachusetts.
- Comisión Económica para América Latina (CEPAL). 1998. "Panorama social de América Latina". Chile. [<http://www.eclac.org>]
- .2000a. "Equidad, desarrollo y ciudadanía". Vigésimoctavo Período de Sesiones. México. [<http://www.eclac.org>]
- .2000b. "La brecha de la equidad: una segunda evaluación". Santiago de Chile.
- .2002. "Panorama social de América Latina, 2001-2002". Santiago de Chile.
- .2004. "Panorama social de América Latina y el Caribe". Chile. [<http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp>]
- .2005. "Integración regional y cohesión social". Santiago de Chile.
- .2006a. "La protección social de cara al futuro. Acceso, financiamiento y solidaridad". Montevideo, Uruguay.
- .2006b. "Panorama Social de América Latina 2006. Naciones Unidas. Chile.
- .2007a. "Cohesión Social. Inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe". Naciones Unidas. Santiago de Chile.
- .2007b. "Anuario estadístico de América Latina y el Caribe, 2006". Chile. [<http://www.cepal.org/cgi-bin/getprod.asp?xml=/publicaciones/xml/3/28063/P28063.xml&xsl=/deype/tpl/p9f.xsl&base=/deype/tpl/top-bottom.xsl>]
- .2007c. "Cohesión social en América Latina y el Caribe: una revisión perentoria de algunas de sus dimensiones". Chile.
- .2007d. "Panorama social de América Latina". Santiago de Chile.
- Comisión Económica para América Latina (CEPAL) y Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra (PUCMM). 1999. "Desarrollo Económico y Social en la República Dominicana. Los últimos 20 Años y Perspectivas para el Siglo XXI". Santo Domingo, República Dominicana.

- Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS). 2005. "Consultoría para apoyar la separación de funciones de la salud colectiva y su costeo 2006-2015". Santo Domingo, República Dominicana.
- Comisión Nacional de Ejecución (CONAEJ) y Comisionado de Apoyo a la Reforma y Modernización de la Justicia. 2007. "Temas Constitucionales y Legales". Santo Domingo, República Dominicana.
- Comisión Nacional de Energía (CNE), Corporación Dominicana de Empresas Eléctricas Estatales (CDEEE) y Superintendencia de Electricidad (SIE). 2006 "Plan Integral del Sector Eléctrico. República Dominicana periodo 2006-2012". Santo Domingo, República Dominicana.
- Comisión Nacional para la Sociedad de la Información y el Conocimiento (CNSIC). 2009. "Informe Anual. Telecomunicaciones y TIC en República Dominicana". Santo Domingo, República Dominicana.
- Comisión Presidencial sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el Desarrollo Sostenible (COPDES). 2004. "Objetivos de desarrollo del milenio". Santo Domingo, República Dominicana. [<http://www.copdes.gov.do>]
- .2005a. "Informe Metas del Milenio al 2005". Santo Domingo, República Dominicana.
- .2005b. "Invirtiendo en el desarrollo sostenible: evaluación de necesidades para alcanzar los objetivos del desarrollo del milenio (ODM)". Santo Domingo, República Dominicana.
- Comité Económico y Social Europeo. 2004. "La cohesión social en América Latina y el Caribe". Bruselas, Bélgica. [<http://www.esc.eu.int>]
- Comité de Personas Expertas. 2009. "Informe del comité de personas expertas sobre la situación de la interrupción voluntaria del embarazo en España y propuestas para una nueva regulación". España. [<http://www.migualdad.es/noticias/pdf/INFORMECO MITE050309.pdf>]
- Comité de Recuperación del Sector Eléctrico. 2008. "Plan de acción para la recuperación del sector eléctrico año 2008". Santo Domingo, República Dominicana.
- Confederación Nacional de Unidad Sindical (CNUS), Solidarity Center, Federación Nacional de Trabajadores de la Industria de la Construcción, la Madera, Materiales de Construcción (FENTICOMMC). 2008. "En busca de un Trabajo Decente. Las experiencias laborales de los trabajadores inmigrantes en el sector de la construcción en la República Dominicana." Santo Domingo, República Dominicana.
- Congreso Nacional de República Dominicana. 1962a. "Ley No. 5852. Ley de dominio de las aguas terrestres y distribución de aguas públicas". Santo Domingo, República Dominicana. [<http://www.congreso.gov.do>]
- .1962b. "Ley No. 5892-62 que crea el Instituto Nacional de la Vivienda (INVI), como una institución autónoma con capital". Santo Domingo, República Dominicana. [<http://www.congreso.gov.do>]
- .1963. "Ley No.6232. Oficinas de Planeamiento Urbano". Santo Domingo, República Dominicana.

- .1997. “Ley No. 66-97. Ley General de Educación”. Santo Domingo, República Dominicana. [<http://www.informejudicial.com/leyes/Educacion/Ley%206697,%20General%20de%20Educacion.htm>]
- .1999. “Ley No. 113-99. Programa de educación inicial no formal en áreas marginadas”. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2000. “Ley 64-00. Ley general sobre medio ambiente y recursos naturales”. Santo Domingo, República Dominicana. [<http://www.medioambiente.gov.do/cms/index.php>]
- .2001a. “Ley No.42-01. Ley General de Salud”. Santo Domingo, República Dominicana. [<http://www.sespas.gov.do/download/docs/Ley42-01.pdf>.]
- .2001b. “Ley No. 87-01 que crea el Sistema de Seguridad Social de República Dominicana”. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2002. “Ley No. 147-02 sobre Gestión de Riesgos”. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2003. “Ley No. 136-03 Código para el Sistema de Protección y los Derechos Fundamentales de los Niños, Niñas y Adolescentes”. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2004a. “Ley No. 92-04. Ley monetaria y financiera”. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2004b. “Ley No. 188-04, del 16 de julio del 2004, que otorga autonomía al CONAU como institución descentralizada del Estado dominicano, encargada del diseño y planificación de políticas de desarrollo urbano-regional y coordinación interinstitucional”. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2004c. “Ley No. 285-04. Ley de Migración de la República Dominicana”. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2006a. “Ley No. 496-06 que crea la Secretaría de Estado de Economía, Planificación y Desarrollo (SEEPYD)”. Santo Domingo, República Dominicana
- .2006b. “Ley No. 498-06 de Planificación e Inversión Pública”. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2007. “Ley No. 176-07 del Distrito Nacional y los Municipios”. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2008. “Ley No. 15-08 del Presupuesto de Ingresos y Ley de Gastos Públicos”. Santo Domingo, República Dominicana.
- Consejo Nacional de Asuntos Urbanos (CONAU). 2000. “Lineamientos de políticas de desarrollo urbano”. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2002a. “Política nacional de desarrollo urbano para los asentamientos humanos”. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2002b. “Política nacional de desarrollo y ordenamiento territorial urbano de la República Dominicana”.
- .2007. “Memorias XX aniversario Consejo Nacional de Asuntos Urbanos”. Santo Domingo, República Dominicana.



- .2008. “Base legal”. Santo Domingo, República Dominicana. [<http://www.dataurbana.gov.do/objetivos.php>]
- Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA). 2001. “Incidencia de la demanda de servicios de salud de extranjeros, 2001”. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2003. “Inserción en el mercado laboral de personas discapacitadas en República Dominicana”. Santo Domingo, República Dominicana.
- Consejo Nacional de Salud (CNS). 2003a. “Reglamento de provisión de las redes de los servicios públicos de salud”. Santo Domingo, República Dominicana. [<http://www.cnss.gob.do>]
- .2003b. “Reglamento de rectoría y separación de funciones del Sistema Nacional de Salud”. Santo Domingo. República Dominicana. [<http://www.cnss.gob.do>]
- .2003c. “Reglamento sobre los regímenes de contratación de la SESPAS para la provisión de los servicios de salud pública”. Santo Domingo, República Dominicana. [<http://www.cnss.gob.do>]
- Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS). 2002. “Preguntas sobre el sistema dominicano de seguridad social”. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2003. “Reglamento del Régimen Subsidiado del Sistema Dominicano de Seguridad Social”. Santo Domingo, República Dominicana. [<http://www.cnss.gov.do>]
- .2009. “Preguntas más frecuentes sobre seguridad social”. República Dominicana. [[www.enj.org](http://www.enj.org)]
- Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), Dirección de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social (DIDA) y Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS). 2002. “Cosas que hay que saber sobre la seguridad social”. Santo Domingo, República Dominicana.
- Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA). 2002. “Plan estratégico nacional de ITS/VIH/SIDA, 2000-2003”. UASIDA/ ACCIONSIDA. Santo Domingo, República Dominicana. [<http://www.copresida.gob.do/>]
- .2004a. “Anteproyecto de reforma a la ley 55-93 sobre SIDA”. Santo Domingo, República Dominicana. [<http://www.copresida.gob.do/>]
- .2004b. “Red de servicios de atención integral en VIH/SIDA”. Santo Domingo, República Dominicana. [<http://www.copresida.gob.do/>].
- .2007. “Plan estratégico nacional para la prevención y control de las ITS/VIH/ SIDA, 2007-2015”. Santo Domingo, República Dominicana. [<http://www.copresida.gob.do/>]
- .2008. “Seguimiento y monitoreo de aplicación de la Declaración de UNGASS sobre VIH y SIDA”. Santo Domingo, República Dominicana.
- Cornelius, Wayne A. 1986. “Los inmigrantes pobres en la ciudad de México y la política”. Fondo de Cultura Económica. México.
- Corporación de Acueductos y Alcantarillados de Puerto Plata (CORAPP). “Memorias 2006”. Puerto Plata, República Dominicana.

- Corporación del Acueducto y Alcantarillado de Santo Domingo (CAASD). 2006. "Memorias 2006". Santo Domingo, República Dominicana.
- Cortén, André. 2003. "El estado débil. Haití y la República Dominicana". Editora Taller. Santo Domingo, República Dominicana.
- Corten, André e Isis Duarte. 1994. "Quinientos mil haitianos en República Dominicana". Estudios Sociales. Santo Domingo, República Dominicana.
- Corvalan, J. y R. McMeekin. 2006. "Accountability educacional: posibilidades y desafíos para América Latina a partir de la experiencia internacional". PREAL y CIDE. Chile.
- Crespo, M. y L. Domínguez. 1996. "Impacto del Programa de Capacitación de Maestros en Servicios de Educación Básica". Serie Investigación Educativa 2. SEEBAC. Santo Domingo, República Dominicana.
- Croussett, Carol. 2007. "Discapacidad por partida doble". Clave Digital. Jueves 19 de Julio. Página 38. Santo Domingo, República Dominicana. [[http://www.primeradama.gob.do/noticias/2005/julio/Republica\\_Dominicana\\_\\_primeras\\_damas\\_visitan\\_anton.html](http://www.primeradama.gob.do/noticias/2005/julio/Republica_Dominicana__primeras_damas_visitan_anton.html)]
- Cruz, Consuelo. 2007. "Informe de evaluación del proyecto Impulso a la comercialización de productos y servicios no tradicionales y al liderazgo de mujeres de sectores populares urbanos de la región Este del país". Santo Domingo, República Dominicana.
- Cuello, José Israel. 1997. "Contratación de mano de obra haitiana destinada a la industria azucarera dominicana, 1952-1986". Editora Taller. Santo Domingo, República Dominicana.
- Cunill, Nuria. 1991. "Participación ciudadana". CLAD. Venezuela
- D'Elia, Y. y T. Maingon. 2004. "La equidad en el desarrollo humano: estudio conceptual desde el enfoque de igualdad y diversidad". PNUD-Venezuela. Caracas, Venezuela.
- Darbishire, Helen. 2006. "El derecho a la información en América Latina". Madrid, España.
- Dauhajre, Andy y Jaime Aristy. 2002. "Los maestros en República Dominicana: carreras e incentivos". BOD. Documento de Trabajo #R-448. Washington, Estados Unidos.
- Dávila, Luis Ricardo. 2000. "Fronteras confusas, impactos sociales de la migración". Simposio sobre migración internacional en la Américas. OIM-CEPAL. Costa Rica.
- De Lima, D. 2002. "Evaluación del programa de español de primero y segundo grados de la educación básica". Serie Investigación Educativa 5. SEE. Santo Domingo, República Dominicana.
- . 2003. "Efectos de la no repitencia en 1° y 2° grado". Cuadernos de educación básica para todos. UNESCO. SEE. FLACSO. Santo Domingo. República Dominicana.
- De Lorenzo García, Rafael. 2003. "El futuro de las personas con discapacidad en el mundo. Desarrollo Humano y Discapacidad". Informe al Club de Roma. Fundación ONCE para la Cooperación e Integración Social de personas con Discapacidad. Madrid, España
- De Los Santos, S. coord. .2007. "Evaluación concurrente del programa multifase para la modernización de la educación media - Fase 1". Presentación de una breve síntesis. GGM. Santo Domingo, República Dominicana. Mimeo.

- De Soto, Hernando. 1991. "El otro sendero: la revolución informal". México.
- Del Conte, Adriana. 2004. "Una reforma para estar en salud: claves para profesionales del sector sanitario". SESPAS, ONFED, Unión Europea, PROSISA. Santo Domingo, República Dominicana.
- Del Juan, Rosario. 1987. "Economía rural en la República dominicana. Una nueva visión de los problemas agrarios". Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra (PUCMM). Santiago, República Dominicana. Mimeo.
- Del Rosario, Pedro J. 2008. "Hacia una política de desarrollo territorial rural en República Dominicana". Santo Domingo, República Dominicana.
- Delfs, Christiane, y Manuel Vázquez Tineo. 2008. "Hacia la gobernanza municipal en República Dominicana. Análisis, sistematización y propuestas para el desarrollo institucional de UGAM". República Dominicana.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas de Colombia (DANE). 2006. "Censo 2005". Colombia. [www.dane.gov.co]
- Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ). 2007. "Energy-policy Framework Conditions for Electricity Markets and Renewable Energies". Eschborn.
- Díaz, Luis R. 2006. "El desarrollo urbano sostenible en América Latina y el Caribe. La agenda pendiente de los gobiernos locales". Voxlocális No.001. Perú.
- Di Gropello, E. 2004. "La descentralización de la educación y las relaciones de la rendición de cuentas en los países latinoamericanos". Documento N° 30. PREAL. Washington, Estados Unidos.
- Dilla, Haroldo y Sobeida de Jesús Cedano. 2005. "Consulta Ciudadana Sobre las Prioridades para el Desarrollo Fronterizo. Informe Final". FLACSO, PADF-USAID y Dirección General de Desarrollo Fronterizo. Santo Domingo, República Dominicana. Mimeo.
- Dirección General de Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS). 2008. "Reporte de Pacientes en la Red de Servicios". Santo Domingo, República Dominicana. [http://www.digecitss.org/]
- DIGECITSS/SESPAS. 2005. "Estimaciones de prevalencia 2005 y proyecciones 2006". Santo Domingo. República Dominicana.
- Dirección General de Migración (DGM). 2000. "Anuario de migraciones, 1998-2000". Impresora Grafitaler. Santo Domingo, República Dominicana.
- Doñé, S. y S. Faña. 2005. "Factores que inciden en el abandono escolar: estudio del distrito 03, regional 01". Escuela y sociedad: entre la exclusión y la inclusión. Plan Internacional. Foro Socioeducativo. Santo Domingo, República Dominicana.
- Dore Cabral, Carlos. 1987. "Los dominicanos de origen haitiano y la segregación social en la República Dominicana". Estudios Sociales. Santo Domingo, República Dominicana.
- . 2005. "Después de Hatillo Palma. Lo nuevo y lo viejo en la inmigración haitiana". Global Volumen 3, No.8. Fundación Global Democracia y Desarrollo. Santo Domingo, República Dominicana.

- Doyal, Len y Ian Cough. 1994. "Teorías de las necesidades humanas". Icaria. Colección Economía Crítica. Barcelona, España.
- Duarte, Isis y Ramonina Brea. 2002. "¿Hacia dónde va la democracia dominicana? 1994-2001". Editora Búho. Santo Domingo, República Dominicana.
- Durkheim, Emile. 1985. "La División del trabajo social". Planeta-agostini. Buenos Aires, Argentina.
- Enthoven, A. 1988. "Managed competition of alternative delivery systems". Journal of Health Politics, Policy and Law. Nueva York, Estados Unidos.
- Entreculturas. 2008. "Se intensifica la tensión en la frontera haitiano-dominicana". [[http://www.entreculturas.org/noticias/Se\\_intensifica\\_la\\_tension\\_en\\_la\\_frontera\\_haitiano\\_dominicana](http://www.entreculturas.org/noticias/Se_intensifica_la_tension_en_la_frontera_haitiano_dominicana)]
- Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres Las Américas (EIRD). 2007. "Terminología: términos principales relativos a la reducción del riesgo de desastres". Panamá. [<http://www.eird.org/esp/terminologia-esp.htm>]
- Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) y Organización Internacional para las Migraciones (OIM). 2004. "Encuesta sobre inmigrantes haitianos en la República Dominicana". Editora Búho. Santo Domingo, República Dominicana.
- Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) y Plan Internacional. 2005. "Diagnóstico participativo sobre prácticas de crianza y cuidado de la población infantil en tres comunidades de la región suroeste de República Dominicana: El Batey (San Juan), Carrizal (Azua) y Cristóbal (Barahona)". Santo Domingo, República Dominicana.
- Feres, Juan Carlos. 2006. "Hacia un sistema de indicadores de cohesión social en América Latina". CEPAL. Panamá.
- Ferguson, James. 2006. "The Haitian minority in the Dominican Republic". Intra-Caribbean Migration and the Conflict Nexus. Human Right Internet (HRI). Ottawa, Canadá.
- Fernández Santamaría, M. 2000. "Calidad y equidad educativas". Revista Iberoamericana de Educación. No. 22. España. [<http://www.rieoei.org/rie22f.htm>]
- Fiess, Norbert, Marco Fugazza y William Maloney. 2006. "Informal Labor Markets and Macroeconomic Fluctuations." [[http://www.gla.ac.uk/media/media\\_22188\\_en.pdf](http://www.gla.ac.uk/media/media_22188_en.pdf)]
- Figueiras, Carmen. 2007. Documento Transversalización de Género.
- Figueras, Joseph, Ray Robinson y Elke Jakubowsky. 2005. "Purchasing to Improve Health Systems Performance. Drawing the Lessons". Purchasing to Improve Systems Performance Open. Reino Unido.
- Filgueira, F., J. Papadopoulos y F. Tobar. 2005. "Cambios en la política social en América Latina: lo general y lo sectorial". Montevideo. Uruguay.
- Flores - Crespo, Pedro. 2005. "Educación superior y desarrollo humano. El caso de tres universidades tecnológicas". México.

- Flores, R. 2002. "Notas sobre la descentralización educativa en la ley general de educación de la República Dominicana". Las Reformas Educativas en Acción. INDES, BID e INTEC. Santo Domingo, República Dominicana.
- Forni, Pablo, Marcelo Siles y Lucrecia Barreiro. 2004. "¿Qué es el capital social y cómo analizarlo en contextos de Exclusión Social y Pobreza?" Julian Samora Research Institute (JSRI) Research Report #35. Michigan, Estados Unidos.
- Fuentes Brito, Frank y Brenda Villanueva. 2008. "Impacto económico de la diabetes mellitus en la República Dominicana: análisis y recomendaciones de políticas Públicas". Santo Domingo, República Dominicana.
- Fukuyama, Francis. 2004. "State-Building: Governance and World Order in the 21st Century". Cornell University. Nueva York, Estados Unidos.
- Fundación Nueva Sociedad y Fundación F. Ebert. 2007. "Resumen Taller internacional cohesión social, integración regional y desarrollo en América Latina y el Caribe, 2007" Buenos Aires, Argentina. [[www.nuso.org/upload\\_social.pdf](http://www.nuso.org/upload_social.pdf)]
- Gabinete de Coordinación de la Política Social (GCPS). 2006. "Manual operativo del Programa solidaridad. Cerrando brechas, abriendo caminos". Santo Domingo, República Dominicana.
- Gabinete de Coordinación de la Política Social (GCPS) y Banco Mundial (BM). 2006. "Proyecto de Préstamo de Inversión en la Protección Social". PIPS. Santo Domingo, República Dominicana.
- Gabinete de Coordinación de la Política Social (GCPS) y Oficina Ejecutora del Consejo Nacional de la Persona Envejeciente. 2007. "Manual operativo del programa amparo a envejecientes". Santo Domingo, República Dominicana.
- Gabinete de Coordinación de la Política Social (GCPS) y Solidaridad. 2008. "Mecanismos de participación de las familias beneficiarias". Santo Domingo, República Dominicana.
- Gallup. 2009. "Estudio de Percepción de la Corrupción en Hogares de la República Dominicana". USAID. Santo Domingo, República Dominicana.
- Gamero, Julio. 2003. "Apropiación local de la ayuda al desarrollo". Centro de Estudios y Promoción del Desarrollo (DESCO). Lima, Perú.
- Gámez, Susana. 2003. "Financiamiento de la educación superior en República Dominicana". UNESCO. Santo Domingo, República Dominicana.
- García, M. 2006. "Avances, obstáculos y desafíos de la reforma del sistema de protección social en salud en República Dominicana". Proyecto "Avance para la reforma del sector salud en la República Dominicana". Santo Domingo, República Dominicana.
- Garnier, Marie. 2007. "La dimensión espacial de la cohesión social". CEPAL. Chile.
- Gaudemar, Paul. 1976. "Movilidad del trabajo y acumulación de capital". Era. México
- Generalitat de Catalunya. 2008. "Carta de las Ciudades Europeas hacia Sostenibilidad". España. [<http://www.gencat.net/mediamb/cast/sosten/espalb.htm>]

- Germani, Gino. 1978. "Política y sociedad en una época de transición". Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- Giddens, Anthony. 1987. "Las nuevas reglas del método sociológico". Amorrortu. Buenos Aires, Argentina.
- .1991. "Sociología". Madrid, España.
- .1995. "La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración". Amorrortu Editores. Buenos Aires, Argentina.
- Giroux, H. 1990. "Los profesores como intelectuales. Hacia una pedagogía crítica del aprendizaje". Paidós- MEC. Barcelona, España.
- Gobierno de Cuba. 2003. "Censo 2002". Cuba. [<http://www.cubagob.cu>]
- Gobierno Dominicano. 2001. "Programa de Ordenamiento y Desarrollo del Sector Vivienda". Santo Domingo, República Dominicana. [<http://www.iadb.org/exr/doc98/pro/pdr0141.pdf>]
- Godínez Zuñiga, Víctor. 2007. "Cohesión social a nivel local y regional. Aportes de la Cooperación Descentralizada Unión Europea – América Latina". Rosario, Argentina. Mimeo.
- Goffman, Erving. 1971. "Relaciones en público". Alianza. Madrid, España.
- Gómez, Alcides y Luz M. Díaz. 1983. "La moderna esclavitud. Los indocumentados en Venezuela". Editorial Oveja Negra. Bogotá, Colombia.
- González Alacantud, José A. 1997. "El Clientelismo Político. Perspectiva socioantropológica". Anthropos. Madrid, España
- Gonzales de Olarte, Efraín. 2003. "Descentralización para el Desarrollo Humano en el Perú". PNUD Perú. Lima, Perú.
- Gonzalo González, Bernardo. 2001. "La protección social. Perspectiva histórico-crítica". Foro de Seguridad Social. Revista 3. Pág. 3. España.
- González Pons, S.2002. "Los y las docentes y las reformas educativas. Las reformas educativas en acción". INTEC, INDES y BID. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2003. "¿Cómo mejorar el desempeño docente?" Cuadernos de Educación Básica Para Todos. UNESCO, SEE y FLACSO. Santo Domingo, República Dominicana.
- González T., Carlos Federico. 2004. "La cohesión social en Guatemala". Delegación de la CE. Guatemala.
- Gordon, David M. y Richard Edwards y Michael Reich. 1986. "Trabajo segmentado, trabajadores divididos. La transformación histórica del trabajo en los Estados Unidos". Ministerio de Trabajo y Seguridad social. Madrid, España.
- Guerrero Pou, Wenceslao. 1999. "Migración y mercado laboral". Casa Nacional del Diálogo, I Conferencia dominicana sobre las relaciones con Haití. Imprenta Hnos. Portes. Santo Domingo, República Dominicana.
- Gurak, Douglas T. 1998. "Redes migratorias y la formación de sistemas de migración". *Cruzando fronteras: migraciones en el sistema mundial*. Icaria. Madrid, España.

- Gutiérrez, Emmanuelle. Año. “Aplicación de la terminología propuesta por la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalía”. Madrid, España.
- Guzmán, Rolando. 2008. “Crecimiento, competitividad y mercado laboral en la República Dominicana”. OIT. Santo Domingo, República Dominicana.
- Guzmán, Rolando M. y Grupo de Consultoría Pareto. 2009. “Sistema educativo, capital humano y mercado laboral en la República Dominicana”. Santo Domingo, República Dominicana. [[http://www.gcpareto.com/Presentacion\\_APEC.pdf](http://www.gcpareto.com/Presentacion_APEC.pdf)]
- Guzmán, Rolando y Marina Ortiz. 2007. “Ya-maño, eficiencia y equidad en las pequeñas y medianas empresas de la República Dominicana”. Banco Mundial (BM), Grupo de Consultoría Pareto y FondoMicro. Santo Domingo, República Dominicana
- Grassi, E. 1996. “Políticas Sociales e investigación antropológica: problemas y propuestas”. Colección CEA-CBC. UBA. Buenos Aires, Argentina.
- Green, Duncan. 2008. “De la pobreza al poder: Cómo pueden cambiar el mundo ciudadanos activos y Estados eficaces”. Intermon Oxfam. Ediciones Octaedro. España.
- Grupo Biarritz. 2007. “Cohesión Social y Gobernabilidad en América Latina”. Guatemala. Mimeo.
- Grupo Gestión Moderna (GGM). 2007. Informe final de la consultoría para la “Evaluación Concurrente del Programa Multifase para la Modernización de la Educación Media - Fase 1. Secretaría de Estado de Educación (SEE). Santo Domingo, República Dominicana. Mimeo.
- Guerrero, Ramiro. 2006. “El concepto de la protección social”. Cuadernos de protección social. Cuaderno No. 3. Ministerio de Protección Social. Bogotá, Colombia.
- Guzmán Molina, Ubaldo. 2009. “Responsabiliza a Estado de discriminación de los haitianos en RD.” *Hoy Digital*. [<http://www.hoy.com.do/el-pais/2009/1/15/262977/Responsabiliza-a-Estado-de-discriminacion-de-los-haitianos-en-RD>]
- Guzmán, Rolando, M. 2005. “Informe de coyuntura basado en el sistema de seguimiento de políticas sociales”. PNUD. Santo Domingo, República Dominicana.
- Habitat for Humanity International. 2006. “Microfinanza para vivienda. Una guía para la práctica”. Hábitat para la Humanidad América Latina y el Caribe. Costa Rica.
- . 2008. “Déficit habitacional en América Latina”. [[http://www.habitat.org/lac/como\\_trabajamos/deficit\\_habitacional.aspx](http://www.habitat.org/lac/como_trabajamos/deficit_habitacional.aspx)]
- Hanushek, E. y Wömann, L. 2007. “Calidad de la educación y crecimiento económico”. Documento N° 39. Preal. España.
- Haq, Mahbub Ul. 1995. “Reflections on human development”. Oxford University Press. New York.
- Hasbún, Julia y Manuel Herrera. 1998. “Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas (SIDUC). Resultados del Sistema de Datos de Centros de Tratamiento y Salas de Urgencias en la República Dominicana”. OEA/CICAD, OPS, SESPAS Y CND. Santo Domingo, República Dominicana.
- Health Canadá. 2000. “Salud de la población, conceptos y estrategias para políticas públicas saludables: la perspectiva canadiense”. OPS. Canadá.



- Hernández, Ángela. 2007. "No se imaginan cuánto podemos". Programa de Formación Técnica y empleo para mujeres Evangelina Rodríguez. CE-MUJER. Santo Domingo, República Dominicana.
- Holder, Andelis. 2001. "Mercado laboral, seguridad social y exclusión social". FERMENTUM. Mérida, Venezuela.
- Hopenhayn, Martín. 2005. "América Latina: desigual y desconcentrada". Grupo Editorial Norma. Buenos Aires, Argentina.
- Hopenhayn, Martín y Ernesto Ottone. 2000. "El gran eslabón: educación y desarrollo en el siglo XXI". Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires, Argentina.
- Huenchuan Sandra, Mariana Paredes y Daniela González. 2006. "Escenarios futuros de políticas de vejez en República Dominicana: la persistente demanda por derechos básicos". CEPAL-Cooperazione Italiana y UNFPA. Santiago de Chile, Chile.
- Human Rights Education Associates (HREA). 2008. "Convención sobre los Derechos del Niño de 1989". Nueva York, Estados Unidos.
- Human Rights Watch. 2002a. "Personas ilegales, haitianos y dominico-haitianos en la República Dominicana". Nueva York, Estados Unidos.
- . 2002b. "World Report 2002". Nueva York, Estados Unidos.
- Huntington, Samuel P. 2005. "¿Quiénes Somos? Los desafíos a la identidad nacional estadounidense". Editorial Paidós. Barcelona, España.
- Information habitat. 2008. "Agenda 21". [<http://habitat.igc.org/agenda21/index.html>]
- IPE/UNESCO/SEE. 2007. "El Gasto en Educación 1996-2005". Santo Domingo, República Dominicana. Mimeo.
- Imbernón, F. 2002. "Claves para una nueva formación del profesorado". Sevilla, España. Mimeo.
- Instituto Agrario Dominicano (IAD). 2008. "Ley No. 5879 de la Reforma Agraria". Santo Domingo, República Dominicana. [<http://www.iad.gob.do/LeyesAgrarias/tabid/89/Default.aspx>]
- Instituto Azucarero Dominicano. 1982,1999. "Boletín Estadístico". Santo Domingo, República Dominicana.
- Instituto Mexicano de Seguridad Social. 1992. "La seguridad social y el estado moderno". Fondo de Cultura Económica. México.
- Instituto Nacional de Aguas Potables y Alcantarillados (INAPA). 2007. "Memorias 2006". Santo Domingo, República Dominicana.
- Instituto Nacional de Estadística del Bolivia (INE). 2003. "Anuario Estadístico 2003: Bolivia. 2005 - 2010". Bolivia. [<http://www.ine.gov.bo/cgi-bin/>]
- Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (INE) y CEPAL. 2005. "Chile proyecciones y estimaciones de población. 1950-2050". Chile. [[http://www.ine.cl/canales/chile\\_estadistico/emografia\\_y\\_vitales/demo\\_y\\_vita.php](http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/emografia_y_vitales/demo_y_vita.php)]
- Instituto Nacional de Estadísticas de Uruguay (INE). 2008. "Proyección de la población al 30-06-07". Uruguay. [<http://www.ine.gub.uy/>]

- Instituto Nacional de Estadísticas de Venezuela (INE). 2001. "XIII Censo población y vivienda 2001". Venezuela. [<http://www.ine.gov.ve/censo/censo.htm>]
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Argentina (INDEC). 2001. "Proyecciones provinciales de población por sexo y grupo de edad 2001-2015". Argentina. [<http://www.indec.mecon.ar>]
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Costa Rica (INEC). 2006. "C1. Población total proyectada por sexo, según años calendario. Hipótesis recomendada. 2000-2050". Costa Rica. [<http://www.inec.go.cr/>]
- Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática de México (INEGI). 2007. "Censo general de población y vivienda 2000". México. [<http://www.inegi.gob.mx>]
- Instituto Nacional de la Vivienda (INVI). 2000. "Leyes y decretos que norman al sector vivienda". Santo Domingo, República Dominicana. [<http://www.invi.gob.do>]
- . 2008. "Documentos para informe sobre: metas, déficit, costo, inversión y construcción de viviendas". Santo Domingo, República Dominicana. [<http://www.invi.gob.do>]
- Instituto Nacional de Recursos Hidráulicos (INDRHI). 2006. "Estadísticas del agua en la República Dominicana". Santo Domingo, República Dominicana.
- International Budget Partnership. Open Budgets. 2008. Índice de presupuesto abierto 2008. [[http://openbudgetindex.org/files/cs\\_dominicanrepublic2.pdf](http://openbudgetindex.org/files/cs_dominicanrepublic2.pdf)]
- International Human Law Clinic. 2002. "Huéspedes mal recibidos: un estudio de las expulsiones de haitianos y dominicanos de origen haitiano de la República Dominicana a Haití". University of California. Estados Unidos.
- Jansen, Senaida y C. Millán. 1991. "Género, trabajo y etnia en los bateyes dominicanos". INTEC. Programa de Estudios de la Mujer. Editora de Colores. Santo Domingo, República Dominicana.
- Jiménez, Adolfo. 2006. "Reflexiones sobre los sistemas de pensiones en América Latina". Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. España. [<http://www.mtas.es/Publica/revista/numeros/ExtraSS06/Est05.pdf>]
- Séller, Jürgen. 2005. "Problemas de empleo, tendencias subregionales y políticas para mejorar la inserción laboral". Serie Macroeconomía del Desarrollo No. 40. CEPAL. Santiago de Chile. Chile [<http://www.cepal.org>]
- Kliksberg, Bernardo. 2000a. "¿Cómo reformar el estado para enfrentar los desafíos sociales del 2000?" Instituto Interamericano para el Desarrollo Social. BID. Santo Domingo, República Dominicana.
- . 2000b. "Desigualdade na América Latina. O debate adiado". UNESCO. Brasilia, Brasil.
- Latorre, Carmen Luz, Luís Eduardo González y Oscar Espinosa. 2007. "Análisis de la política pública en educación superior desde el punto de vista de la equidad: el caso de Chile". Chile.
- Lévi-Strauss, Claude. 1981. "Antropología Estructural". Siglo Veintiuno. México.

- Liz, Roberto. 2001. "Diagnóstico de la educación superior en la República Dominicana". Santo Domingo, República Dominicana.
- Lizardo, Jeffrey. 2005. "El gasto social en la República Dominicana 1995-2005: tendencias y desafíos". ONAPRES/SIGEF. Santo Domingo, República Dominicana.
- Lizardo, J. Reyes, H. Orlando, MB. 2007. "Equidad de género en República Dominicana: Elemento clave para la reducción de la pobreza". Taller sobre equidad de género. Banco Mundial (BM). Centro de estudios de género INTEC. Santo Domingo, República Dominicana. Mimeo.
- Lizardo, Magdalena y Rolando Guzmán. 2001. "Patrones de integración a la economía global: ¿qué comercializa América Latina? ¿Qué hacen sus trabajadores? El caso de la República Dominicana". Santo Domingo, República Dominicana. Mimeo.
- Lozano, Wilfredo. 1992. "La cuestión haitiana en Santo Domingo. Migración internacional, desarrollo y relaciones inter-estatales entre Haití y la República Dominicana". FLACSO. Centro Norte-Sur. Universidad de Miami. Santo Domingo, República Dominicana.
- .1998. "Jornaleros e inmigrantes". INTEC. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2001. "Los trabajadores del capitalismo exportador. Mercado de trabajo, economía exportadora y sustitución de importaciones en la República Dominicana, 1950-1980". Banco Central de la República Dominicana. Santo Domingo, República Dominicana.
- Lozano, Wilfredo y Franc Báez Evertsz. 1990. "Migración internacional y economía cafetalera. Estudio sobre la migración estacional de trabajadores haitianos a la cosecha cafetalera en la República Dominicana". CEPAE. Editora Taína. Santo Domingo, República Dominicana.
- Lozano, Wilfredo, Franc Báez Evertsz Carmen Amelia Cedeño. Año. "Documentos sobre el proyecto de ley de migración, del Grupo de Trabajo sobre la Ley de Migración y la Unidad Técnica de Gestión Migratoria". Santo Domingo, República Dominicana. Mimeo.
- Lundahl, Mats. 1979. "Peasant and Poverty: a Study of Haiti". St. Martin Press. Nueva York, Estados Unidos.
- .1983. "The Economy Haitian: Man, Land and Markets". Londres.
- Lundahl, Mats y R. Vargas. 1983. "Inmigración haitiana hacia la República Dominicana" EME-EME Estudios Dominicanos, Vol. XII, No. 68. Santo Domingo, República Dominicana.
- Machinea, José Luis y Andras Uthoff. "Integración económica y cohesión social: lecciones aprendidas y perspectivas". CEPAL. Chile.
- Madera, Inmaculada. 2005. "Integración de personas con discapacidad a la educación superior: caso república Dominicana". Santo Domingo, República Dominicana.
- Mahfoud Aziz, Miguel. 2002, octubre. "Categorización de Centros Docentes Privados".
- Maldonado Zambrano, S. 2004. "Social exclusion and disability: theoretical notes and political economy implications". Lima, Perú. Mimeo.

- Malgasini, Graciela. 1998. "Cruzando fronteras. Migraciones en el sistema mundial". Icaria. Madrid.
- Malinowsky, Bronislaw. 1973. "Los Argonautas del Pacífico Occidental". Península. Barcelona, España.
- Marconi, Nelson. 2006. "Análisis de tendencias y sistemas de política salarial en el sector público". PRO-REFORMA. Santo Domingo, República Dominicana. [<http://www.pro-reforma.gov.do>]
- Mármora, Lelio. 2002. "Las políticas de migraciones internacionales". Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- Martínez Battle, José Ramón. 2008. "Ordenación del territorio. Marco conceptual y metodológico". Seminario sobre ordenación del territorio como instrumento para el desarrollo sostenible. Santo Domingo, República Dominicana.
- Martínez, Samuel. 1995. "Peripheral Migrants, Haitians and Dominican Republic Sugar Plantations". University of Tennessee Press. Knoxville, Estados Unidos.
- Martínez Nogueira, Roberto. 2009. "Nota Política de Desarrollo Territorial". República Dominicana.
- Massiris Cabeza, Ángel. 2000. "Ordenamiento territorial: experiencias internacionales y desarrollos conceptuales y legales realizados en Colombia". Santa Fé de Bogotá, Colombia. [<http://www.lablaa.org/blaavirtual/geografia/orden/presen.htm>]
- .2002. "Ordenación del territorio en América Latina". Scripta Nova. Revista electrónica de geografía y ciencias sociales. Vol. VI, No. 125. Universidad de Barcelona, España. [<http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-125.htm>]
- Mateo, L. 2007. "Guía metodológica educación inclusiva y multicultural". SEE. Aide et Action. Santo Domingo, República Dominicana.
- Meléndez, Gilka. 2008. "Tasa Embarazos en Adolescentes Alcanza el 23%". Perspectiva Ciudadana. 19 de Enero.
- Mesa-Lago, C. 1978. "Social security in Latin America". University of Pittsburgh Press. Pennsylvania. Estados Unidos.
- .1992. "Health Care for the Poor in Latin American and the Caribbean". PAHO Scientific Publication. Pennsylvania, Estados Unidos.
- Mesa-Lago, C. Bertranou, F. M.1998. "Manual de economía de la seguridad social". Centro Latinoamericano de Economía Humana (CLAEH). Montevideo, Uruguay.
- .2004. "Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social". CEPAL-GTZ. Santiago de Chile, Chile.
- Mesa-Lago, C. 1978a. "Social Security in Latin America". University of Pittsburgh Press. Pennsylvania, Estados Unidos.
- Mejía, R. et al. 2006a. "Una aproximación al perfil del docente de educación básica en suroeste de la República Dominicana". Foro Socioeducativo. Plan Internacional. Santo Domingo, República Dominicana

- .2006b. “El caso de República Dominicana. Maestros de escuelas básicas de América Latina: hacia una radiografía de la profesión”. PREAL. Santiago de Chile, Chile.
- Mejía, Radhamés y Altagracia López. 2006 “La educación superior en República Dominicana”. CINDA. Santo Domingo, República Dominicana.
- Miguélez, F. y C. Prieto. 2001. “Crisis del empleo y cohesión social”. Cuaderno de Relaciones Laborales No. 19. Universidad Complutense: Escuela de Relaciones Laborales. Madrid, España.
- Milgrom, P. y J. Roberts. 1992. “Economics, Organization and Management”. New Jersey, Estados Unidos.
- Millán, René y Sara Gordon. 2004. “Capital Social. Una lectura de tres perspectivas clásicas”. Revista Mexicana de Sociología. Octubre-diciembre 2004. México.
- Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial de Colombia (MAVDT). 1997. “Ley 388 de 1997 plan de ordenamiento territorial”. Colombia. [<http://www.minambiente.gov.co>]
- Ministerio de Desarrollo Sostenible (MDS). 2005. “El ordenamiento territorial en Bolivia”. Bolivia. [<http://rangeland.tamu.edu/bolivia/inicio.htm>]
- Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales (MARN) y del Vice ministerio de Vivienda y Desarrollo (VMVDU) de El Salvador. 2004. “Plan nacional de ordenamiento y desarrollo territorial. Documento de síntesis”. El Salvador. [[http://www.cades.org.sv/files/download/PNOTD\\_documentosintesis\\_1407\\_2004.pdf](http://www.cades.org.sv/files/download/PNOTD_documentosintesis_1407_2004.pdf)]
- Ministerio de Planificación de Chile 2007. “Cohesión Social. Documento para la Reflexión”. XVII Cumbre Iberoamericana. Chile. [<http://www.iberchile.cl>]
- Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios de Argentina (MINPLAN). 2004. “Informe Argentina 2016: Política y estrategia nacional de desarrollo y ordenamiento territorial, construyendo una argentina equilibrada, integrada, sustentable y socialmente justa. Síntesis ejecutiva, metodología y cronograma”. Argentina. [[http://www.minplan.gov.ar/minplan/pet/doc/argentina\\_web\\_2016c\\_a332ad.pdf](http://www.minplan.gov.ar/minplan/pet/doc/argentina_web_2016c_a332ad.pdf)]
- Ministerio de Vivienda y Urbanismo de Chile (MINVU). 2006. “Planificación urbana”. Chile. [[http://www.minvu.cl/opensite\\_20070427120550.aspx](http://www.minvu.cl/opensite_20070427120550.aspx)]
- Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente (MVOTMA). 2008. “La dirección nacional de ordenamiento territorial (DINOT): Misión y visión”. Uruguay. [<http://www.mvotma.gub.uy/dinot/index.php>]
- Mitchell, Clyde. 1990. “Orientaciones teóricas de los estudios urbanos en África”. Alianza. Madrid, España.
- Morduchowicz, A. 2003. “Carreras, incentivos y estructuras salariales docentes”. Documentos de Trabajo. N° 23. PREAL. Santiago de Chile, Chile.
- Molina, José Luis. 2001. “El análisis de redes sociales. Una introducción”. Bellaterra. Barcelona, España.
- Moncayo Jiménez, Edgard. 2001. “Evolución de los paradigmas y modelos interpretativos del desarrollo territorial”. ILPES/NACIONES UNIDAS/CEPAL. Santiago de Chile.

- Moral, Paul. 1961. "Le Paysan Haitien". Maiscuneuve et Larose. París, Francia.
- Morales, Aberlardo. 1997. "Los territorios del Cuajipal: frontera y sociedad entre Nicaragua y Costa Rica". FLACSO. San José, Costa Rica.
- Morales Peláez, Eduardo et al. 1995. "Encuesta Nacional de Diabetes y Ceguera". Club de Leones. Santo Domingo, República Dominicana.
- Moreta, Y. y J. Jiménez. 2007. "La alfabetización de personas jóvenes y adultas en la República Dominicana". Santo Domingo, República Dominicana. [<http://www.educando.edu.do/EducanDo/Administracion/Recursos/Articulos/Afabetizacion+de+Jovenes+y+Adultos+en+RD.htm>]
- Morgan, Jaba, Rosario Espinal y Mitchell Seligson. 2006. "Cultura política de la democracia en la República Dominicana". LAPOP. INTEC. Santo Domingo, República Dominicana.
- Morillo Pérez, Antonio. 2003. "Focalización de la Pobreza en la República Dominicana (Edición corregida y ampliada)". ONPLAN. Santo Domingo, República Dominicana. [[http://www.pnud.org.do/sites/pnud.onu.org.do/files/Informe\\_Focalizacion\\_de\\_la\\_Pobreza\\_Segunda\\_Edicion.pdf](http://www.pnud.org.do/sites/pnud.onu.org.do/files/Informe_Focalizacion_de_la_Pobreza_Segunda_Edicion.pdf)]
- Moser, Caroline. 1998. "Planificación de género. Objetivos y obstáculos". Estado de género. Isis Internacional Ediciones de las mujeres N° 27. Santiago de Chile, Chile.
- . 2002. "Ordenación del territorio en América Latina". Scripta Nova. Revista electrónica de geografía y ciencias sociales. Vol. VI, No. 125. Universidad de Barcelona. España. [<http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-125.htm>]
- Moseley-Williams, Gilles y Eddy Tejeda. 2005. "Empoderamiento de inmigrantes haitianos/as y sus descendientes en República Dominicana. Federación Luterana Mundial (FLM). Santo Domingo, República Dominicana.
- Montiel Rodríguez, Sonia. 2008. "El ordenamiento del territorio. Concepto y metodología". Seminario sobre Ordenación del Territorio como instrumento para el desarrollo sostenible. Santo Domingo, República Dominicana.
- Moya Pons, Frank et al. 1985. "El Batey. Estudio socioeconómico de los bateyes del Consejo Estatal del Azúcar". Fondo para el Avance de las Ciencias Sociales. Amigo del Hogar. Santo Domingo, República Dominicana.
- Moya, Tony y Xema Callejas. 2007. "Estimaciones de la prevalencia de VIH" (comunicación personal de datos preliminares de vigilancia epidemiológica). SESPAS, DIGECITSS y COPRESIDA/OMS. Santo Domingo, República Dominicana.
- Mujeres Hoy. 2005. "República Dominicana. Gran mortalidad materna en la región". Chile. [<http://www.mujereshoy.com/secciones/3106.shtml>]
- Murphy, Martin. 1986. "Dominican Sugar Plantation: Production and Foreign Labour Integration". Praeger Publishers. Nueva York, Estados Unidos.
- Musgrove, Phillip. 1996. "Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns". Banco Mundial. Washington, Estados Unidos.

- Naciones Unidas. 2007. “Los Expertos de las Naciones Unidas en cuestiones de racismo y minorías piden reconocimiento, dialogo y políticas para combatir la discriminación racial en la República Dominicana. Observaciones Preliminares.” [[http://www.unicef.org/republicadominicana/Comunicado\\_visita\\_RD\\_Mision\\_Derechos\\_Humanos.pdf](http://www.unicef.org/republicadominicana/Comunicado_visita_RD_Mision_Derechos_Humanos.pdf)]
- Naciones Unidas/CEPAL. 2009. “Economía y territorio en América Latina y el Caribe. Desigualdades y políticas”. Chile.
- Nathan Associates, Inc. y Werner Internacional Management Consultants. 2005. “La competitividad del sector textil dominicano: La amenaza china y oportunidades del TLC”. [<http://74.125.47.132/search?q=cache:aY6VmOG0m1AJ:www.adozona.org/upload/file/PresentacionPPM.ppt+La+competitividad+del+sector+textil+dominicano:+La+amenaza+China+y+Oportunidades+del+TLC&cd=1&hl=en&ct=clnk>]
- National Coalition for Haitian Rights (NCHR). 1995. “Beyond the Bateyes”. New York, Estados Unidos.
- Núñez, Manuel. 2001. “El ocaso de la nación dominicana”. Editorial Letra Gráfica. Santo Domingo, República Dominicana.
- Nussbaum, Martha C. y Amartya Sen (compiladores) 2002. “La calidad de vida”. Fondo de Cultura Económica. México.
- Nussbaum, Martha C. 1999. (Compilado por Joshua Cohen). “Los límites del patriotismo. Identidad, pertenencia y “ciudadanía mundial”. Paidós. España.
- Ocampo, José Antonio. 2004. “Latin America’s Growth and Equity Frustrations during Structural Reforms”. *Journal of Economic Perspectives*. Vol.18, Issue.2. Estados Unidos.
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Right. 2001. “Observaciones del Comité de Derechos Humanos: Dominican Republic. 26/04/2001.” Ginebra, Suiza. [[http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/CCPR.CO.71.DOM.Sp?Opendocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/CCPR.CO.71.DOM.Sp?Opendocument)]
- Oficina de Desarrollo Humano (ODH) del PNUD República Dominicana. 2005. “Informe Nacional de Desarrollo Humano. Hacia una inserción internacional incluyente y renovada”. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2007a. Foro sobre Desarrollo Humano No.4. “Salud y desarrollo humano. La desconcentración del sector salud, ¿mejorará el bienestar de las personas o será más de lo mismo?”. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2007b. Foro sobre Desarrollo Humano No.3. “Nueva ruralidad y desarrollo humano. La nueva ruralidad dominicana, ¿sigue siendo la parte atrás de lo urbano o es una oportunidad para el desarrollo humano?”. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2007c. Foro sobre Desarrollo Humano No.2. “Descentralización y poder local en el desarrollo humano. El proceso de descentralización dominicano, ¿crea ciudadanía o fomenta el clientelismo y el caciquismo?”. Santo Domingo. República Dominicana.



- .2007d. Foro sobre Desarrollo Humano No.1. “Áreas protegidas y desarrollo humano. ¿Porqué proteger a una iguana cuando hay niños desnutridos?”. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2008. “Informe sobre Desarrollo Humano, República Dominicana 2008”. Santo Domingo, República Dominicana.
- Oficina de Coordinación Técnica (OCT). 1996. “Salud: Visión de Futuro”. Santo Domingo, República Dominicana.
- Oficina de Colaboración Interinstitucional (OCI). 2007. “Evolución de la ejecución de proyectos con recursos externos en la Secretaría de Estado de Educación (SEE)”. Santo Domingo, República Dominicana. Mimeo.
- Oficina de la Alta Comisionada de Derechos Humanos. 2003. “Estatus de los principales instrumentos internacionales de derechos humanos”. Nueva York, Estados Unidos.
- Oficina Nacional de Estadística (ONE). 1981. “IV Censo de población y vivienda”. Santo Domingo, República Dominicana. [[http:// www.one.gob.do](http://www.one.gob.do)]
- .1993. “VII Censo de población y vivienda”. Santo Domingo, República Dominicana. [[http:// www.one.gob.do](http://www.one.gob.do)]
- .2002. “VIII Censo de población y vivienda”. Santo Domingo, República Dominicana. [[http:// www.one.gob. do](http://www.one.gob.do)]
- .2004. “República Dominicana en cifras 2004”. Santo Domingo, República Dominicana [[http:// www.one.gob.do.](http://www.one.gob.do)]
- .2005a. “Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples. (ENHOGAR)”. Santo Domingo, República Dominicana. [[http:// www.one.gob.do](http://www.one.gob.do)]
- .2005b. “República Dominicana en cifras 2005”. Santo Domingo, República Dominicana. [[http:// www.one.gob.do.](http://www.one.gob.do)]
- .2006a. “Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples. (ENHOGAR)”. Santo Domingo, República Dominicana. [[http:// www.one.gob.do](http://www.one.gob.do)]
- .2006b. “República Dominicana en cifras 2006”. Santo Domingo, República Dominicana. [[http:// www.one.gob.do](http://www.one.gob.do)]
- .2007a, julio. “Algunas consideraciones sobre el envejecimiento poblacional dominicano”. Panorama Estadístico. Año 1, No. 5. Santo Domingo, República Dominicana. [[http://www.one. gob.do](http://www.one.gob.do)]
- .2007b. “La jefatura femenina de hogar en República Dominicana”. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2007c. “República Dominicana: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050. Tomo I”. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2008. “Dominicana en cifras 2008”. Santo Domingo, República Dominicana.
- Oficina Nacional de Planificación (ONAPLAN), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y Banco Mundial (BM). 1966. “Bases para el desarrollo nacional”. Secretariado Técnico de la Presidencia. Santo Domingo, República Dominicana.

- .2005. “Atlas de Pobreza del 2005”. Santo Domingo, República Dominicana.
- Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Programa de Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (ONU-HABITAT). 2006. “Primera evaluación del Programa Regional de Vivienda Social y Asentamientos Humanos para América Latina y el Caribe”. Vancouver, Canadá.
- .2008. “Agenda Hábitat”. Turquía. [[http://www.unhabitat.org/downloads/docs/1176\\_6455\\_The\\_Habitat\\_Agenda.pdf](http://www.unhabitat.org/downloads/docs/1176_6455_The_Habitat_Agenda.pdf)]
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). 2003. “El desarrollo basado en un enfoque de los derechos humanos. Hacia una comprensión colectiva entre las agencias de las Naciones Unidas”. Viena, Austria. [[http://www.undp.org/governance/docs/HR\\_Guides\\_CommonUnderstandin\\_Sp.pdf](http://www.undp.org/governance/docs/HR_Guides_CommonUnderstandin_Sp.pdf)]
- .2008. “Declaración Universal de los Derechos Humanos”. París, Francia. [<http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm>]
- ONU y Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. 2008a. “Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial de 21 de diciembre de 1965”. París, Francia. [<http://www2.ohchr.org/spanish/law/cerd.htm>]
- .2008b. “Declaración de Estambul sobre los Asentamientos Humanos de 1996”. Turquía. [[http://www.un.org/spanish/ag/habitat/declaration\\_s.htm](http://www.un.org/spanish/ag/habitat/declaration_s.htm)]
- .2008c. “Declaración sobre la raza y los prejuicios raciales de 1978”. París, Francia. [[http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/d\\_prejud\\_sp.htm](http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/d_prejud_sp.htm)]
- .2008d. “Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1979”. Dinamarca. [[http://www.cinu.org.mx/biblioteca/documentos/dh/celim\\_disc\\_mutxt.htm](http://www.cinu.org.mx/biblioteca/documentos/dh/celim_disc_mutxt.htm)]
- .2008e. “Pacto internacional de derechos civiles y políticos”. Nueva York, Estados Unidos. [[http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/a\\_ccpr\\_sp.htm](http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/a_ccpr_sp.htm)]
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). 1993. “Seguridad Social en las Américas: cuestiones y opciones”. Uruguay.
- .2002. “Decent Work and the Informal Economy. Report of the Director-General”. 90th Session of International Labour Conference. Report VI. Ginebra, Suiza.
- .2004. “Protección social y mercado laboral”. Santiago de Chile, Chile.
- .2007. “Programa Nacional de Trabajo Decente. República Dominicana 2008-2011”.
- .2008. “Diagnóstico de Situación República Dominicana”. Proyecto Fomento de una cultura de cumplimiento en materia laboral. Santo Domingo, República Dominicana. [<http://white.oit.org.pe/ipec>]
- OIT/IPEC. 2004. “Informe de los resultados de la Encuesta Nacional del Trabajo Infantil en la República Dominicana”. San José, Costa Rica.
- OIT/OPS. 1999a. “El gasto de bolsillo en salud en América Latina y el Caribe: razones de eficiencia para la extensión de la protección social en salud”. Reunión Regional Tripartita. México.

- .1999b. “Elementos para el análisis comparado de la extensión de la cobertura social en salud en América Latina y el Caribe”. Reunión Regional Tripartita. México.
- .1999c. “Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe”. Reunión Regional Tripartita. México.
- .1999d. “Síntesis de estudios caso de microseguros y otras modalidades de protección social en Salud en América Latina y el Caribe”. México.
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM). 2003. “World Migration, Managing Migration. Changes and Responses for People on the Move”. Ginebra, Suiza.
- .2006. “Propositions pour une politique de gestion de la migration de main-d’oeuvre en Haïti”. Pourt-au-Prince, Haïti.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2000. “Evaluación global de los servicios de agua potable y saneamiento 2000”. Washington, Estados Unidos. [<http://www.bvsde.paho.org/bvsacg/fulltext/esevafo1.pdf>]
- OMS-UNICEF. 2007. “La meta de los ODM relativa al agua potable y saneamiento: el reto del decenio para zonas urbanas y rurales”. Suiza.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). 1994. “Declaración de Salamanca”. Conferencia mundial sobre necesidades educativas especiales: acceso y calidad. Salamanca, España. [[http://paidos.rediris.es/genysi/recursos/doc/leyes/dec\\_sal.htm#Inicio](http://paidos.rediris.es/genysi/recursos/doc/leyes/dec_sal.htm#Inicio)]
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD). 2007. “Informe sobre las políticas nacionales de educación”. Santo Domingo, República Dominicana.
- OECD y Banco Interamericano de Desarrollo (BID). 2002. “Sistema de cuentas de salud”. Washington, Estados Unidos.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). 1994a. “Las condiciones de salud en las Américas”. Vol. 1. Washington, Estados Unidos.
- .1994b. “Gasto nacional y financiamiento del sector de la salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la década de los noventa”. Serie Informes Técnicos n° 30. Washington, D.C. Estados Unidos.
- .1996. “Promoción de la salud: una antología”. Publicación Científica n° 557. Washington, Estados Unidos.
- .1998. “Las condiciones de salud en las Américas”. Vol. 1. Publicación Científica No. 569. Washington, Estados Unidos.
- .1999a. “La extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos de América Latina y el Caribe: en busca de respuesta eficaces a un problema creciente”. Reunión Regional Tripartita. México.
- .1999b. “Disparidades de salud en América Latina y el Caribe - el rol de los factores determinantes sociales y económicos”. División de Salud y Desarrollo Humano. Washington, Estados Unidos.
- .2001. “Perfil del sistema de servicios de salud de la República Dominicana”. Santo Domingo, República Dominicana.

- .2003a. “Exclusión en salud en los países de América Latina y el Caribe”. Serie No.1. Washington, Estados Unidos.
- .2003b. “Evaluación regional de los servicios de manejo de residuos sólidos”.
- .2005a. “Políticas de protección social en salud y organización de los sistemas de salud”. Curso “Políticas de protección social y organización de acciones de salud con énfasis en la equidad”. Washington, Estados Unidos.
- .2005b. “Informe de la consultoría de apoyo a la Reforma del Sector Agua Potable y Saneamiento, República Dominicana”. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2006. “Informe sobre la salud en el mundo. Colaboremos por la salud”. Suiza. [<http://www.oms.org>]
- .2008. “Evaluación de la respuesta del sistema nacional de salud al VIH en la República Dominicana”. UNICEF. Santo Domingo, República Dominicana.
- OPS y Organización Mundial de la Salud (OMS). 1997. “La rectoría de los ministerios de salud en los procesos de reforma sectorial”. Washington, Estados Unidos.
- .2001. “La Diabetes en las Américas”. Boletín Epidemiológico. Vol. 22, No.2.
- .2007a. “Indicadores básicos de salud”. Washington, Estados Unidos.
- .2007b. “Annual Malaria cases and Deaths in the Americas 1998-2006”. Washington, Estados Unidos.
- Oróstegui, R. F. 2005. “Tendencias del financiamiento de la educación superior de los países de Latino América y el Caribe Hispano Parlante”. IESAL/UNESCO. Bogotá, Colombia.
- Ortiz, Marina. 2001. “Pequeñas y medianas empresas en la República Dominicana”. FondoMicro. Santo Domingo, República Dominicana.
- Ortiz, Marina y Jaime Aristy. 2000. “Microempresas, educación y trabajo infantil en la República Dominicana, 1999-2000”. FondoMicro. Santo Domingo, República Dominicana.
- Ortiz, Marina y Omar Castro. 2003. “La microempresa dominicana a finales del siglo XX, 1993-2000”. FondoMicro. Santo Domingo, República Dominicana.
- Ortiz, Marina, y Rita Mena. 2006. “Microempresas y seguridad social en la República Dominicana”. FondoMicro. Santo Domingo, República Dominicana.
- Oviedo, José; Brea, Ramonina y Duarte, Isis. 2007. Índice de transparencia de las entidades públicas participación ciudadana. [[http://www.pciudadana.com/proyectos/transparencia/download/08292007\\_IT2007/08292007\\_Resultado\\_IT2007.pdf](http://www.pciudadana.com/proyectos/transparencia/download/08292007_IT2007/08292007_Resultado_IT2007.pdf)]
- Pan-American Health Organization (PAHO), World Health Organization (WHO). 2000. “Essential Public Health Functions”. Washington, Estados Unidos.
- .2007a. “Estimated Burden of Tuberculosis (TB) in the Americas”. Washington, Estados Unidos.
- .2007b. “Tuberculosis. Programa Regional”. Washington, Estados Unidos.

- Pantaleón, Doris. 2008. "RD invierte US\$17 millones en atención médica haitianos". Listín Diario. Santo Domingo. Editora Listín Diario. Santo Domingo, República Dominicana. [<http://www.listin.com.do/app/article.aspx?id=50110>]
- Paredes, Melanio. 2008. "DR-CAFTA: un año después. Resultados y perspectivas." Secretaría de Estado de Industria y Comercio (SEIC). Santo Domingo, República Dominicana. [<http://www.seic.gov.do/baseConocimiento/Sobre%20acuerdos%20y%20tratados/DR-CAFTA%20un%20año%20después.pdf>]
- Pepén Peguero, M. y B. García. 2003. "Escuela y comunidad. Reinventar la escuela. ¿Qué opiniones?". UNESCO. Foro Socioeducativo. Santo Domingo, República Dominicana.
- Pepén Peguero, M. y Alicia Ziffer. 2005. "Estudio cualitativo sobre centros educativos con resultados destacables en las pruebas nacionales – Primeras aproximaciones". Gestión escolar, práctica pedagógica y calidad educativa: tendencias y estudio de casos. Foro Socioeducativo. Plan Internacional. Santo Domingo, República Dominicana.
- Pérez Montás, Eugenio. 1998. "La ciudad del Ozama: 500 Años de historia urbana". Patronato de la Ciudad Colonial-Centro de Altos Estudios Humanísticos del Idioma Español. Santo Domingo, República Dominicana.
- Pérez Serrano, Gloria. 1994. "Investigación cualitativa. Retos e interrogantes". La Muralla. Madrid, España.
- . 1996. "Elaboración de proyectos sociales: casos prácticos". Narcea. Madrid, España.
- Picardo, R. et al. 1998. "Estudio factores de riesgo cardiovascular en la República Dominicana (EFRICARD) 1996-1998". Archivos Dominicanos de Cardiología. Sociedad Dominicana de Cardiología. Santo Domingo, República Dominicana.
- Pineda, Magaly, Carmen Gómez y Alina Ramírez. 2002. "Esto no es un juego: un estudio exploratorio sobre el trabajo infantil doméstico en hogares terceros en República Dominicana". OIT/IPEC. San José, Costa Rica.
- Pineda, Magaly et al. 2007. "Roles en tensión: madres y trabajadoras en las zonas francas dominicanas". FUNDAPEM. San José, Costa Rica.
- Piore, Michael J. 1979. "Birds of passage: migrant labor and industrial societies". Cambridge University Press.
- . 1983a. "Notas para una teoría de la estratificación del mercado de trabajo". *El mercado de trabajo: teorías y aplicaciones*. Alianza Universidad. Madrid, España.
- . 1983b. "El dualismo como respuesta al cambio y la incertidumbre". *El mercado de trabajo: teorías y aplicaciones*. Alianza Universidad. Madrid, España.
- Poggi, M. 2006. "¿Qué es una escuela exigente? Notas para reformular la pregunta". Dossier Revista El monitor de la educación, Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología MECyT. Año V, No. 7. Buenos Aires, Argentina. [<http://www.me.gov.ar/monitor/nro7/dossier2.htm>]
- Polanco, F. 2001. "La formación de los recursos humanos para el sector educativo. Situación actual y perspectiva". Seminario-Taller para la elaboración del plan de desarrollo de la educación. Santo Domingo, República Dominicana. Mimeo.

- Policía Nacional Dominicana. 2002. "Memorias Institucionales". Santo Domingo, República Dominicana.
- Pola Zapico, María Jesús. 2004. "Feminicidio en la República Dominicana II: profundización del fenómeno desde diversas fuentes para el periodo enero-diciembre 2002". Profamilia. Santo Domingo, República Dominicana.
- . 2006. "Las dominicanas y la violencia: una aproximación al sistema de atención desde la justicia". Impresora Corripio. Santo Domingo, República Dominicana.
- Portes, Alejandro. 1994. "En torno a la informalidad. Ensayos en torno a la teoría y medición de la economía no regulada". Porrúa Editores –FLACSO. México.
- Portes, Alejandro y John Walton. 1981. "Labor, Class and the International System". Academy Press. Nueva York, Estados Unidos.
- Portes, Alejandro y József Borocz. 1998. "Migración contemporánea. Perspectivas teóricas sobre sus determinantes y sus modalidades de incorporación". Cruzando fronteras. Migraciones en el sistema mundial. Icaria. Madrid, España.
- Portes, Alejandro, Luis Guarnizo y Patricia Landolt. 2003. "La globalización desde abajo: transnacionalismo inmigrante y desarrollo. La experiencia de Estados Unidos y América Latina". Porrúa Editores –FLACSO. México.
- Presidencia de la República. 1993. "Decreto 183-93. Que crea el Cinturón Verde de la Ciudad de Santo Domingo". Santo Domingo, República Dominicana. [<http://www.presidencia.gob.do>]
- . 1997. "Decreto 184-97. Denominación de la Comisión Nacional de Asuntos Urbanos como Consejo Nacional de Asuntos Urbanos (CONAU)". Santo Domingo, República Dominicana. [<http://www.presidencia.gob.do>]
- . 2000a. "Decreto No. 741-00. Despacho de la Primera Dama". Santo Domingo, República Dominicana. [<http://www.presidencia.gob.do>]
- . 2000b. "Decreto 685-00. Crea e integra el sistema nacional de planificación y la descentralización". Santo Domingo, República Dominicana. [<http://www.presidencia.gob.do>]
- . 2002. "Decreto 527-02. Adopta la política nacional de desarrollo y ordenamiento territorial urbano". Santo Domingo, República Dominicana. [<http://www.presidencia.gob.do>]
- . 2004a. "Decreto No. 1560-04. Crea la Administradora de Subsidios Sociales". Santo Domingo, República Dominicana. [<http://www.presidencia.gob.do>]
- . 2004b. "Decreto No. 1073-04. Crea el Sistema Único de Beneficiarios". Santo Domingo, República Dominicana. [<http://www.presidencia.gob.do>]
- . 2005. "Decreto No. 212-05. Constituye a la Comisión Nacional para la Sociedad de la Información y el Conocimiento de la República Dominicana. (CNSIC)". Santo Domingo, República Dominicana. [<http://www.presidencia.gob.do>]
- . 2007. "Decreto No. 231-07. Establece el Reglamento Orgánico Funcional de la Secretaría de Estado de Economía, Planificación y Desarrollo (SEEPyD)". Santo Domingo, República Dominicana.

- Presidencia de la República, Gabinete Social y Oficina Nacional de Planificación. 2003. "Estrategia para la reducción de la pobreza en República Dominicana". Santo Domingo, República Dominicana.
- Presidencia de la República y Gabinete de Coordinación de Política Social. 2006. "Nueva Política Social: Una estrategia de salida de la pobreza". Santo Domingo, República Dominicana.
- Programa de Apoyo a la Reforma y Modernización del Estado (PARME) y Andrés Navarro García. 2006. "El planeamiento urbano en la gestión municipal. Conceptos y criterios prácticos para técnicos y técnicas municipales". Santo Domingo, República Dominicana.
- Programa de Apoyo a la Reforma y Modernización del Estado del Poder Ejecutivo (PRO-REFORMA). 2006. "Análisis y tendencias de política salarial en el sector público". Santo Domingo, República Dominicana. [www.pro-reforma.gov.do]
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). 1994. "Informe Mundial de Desarrollo Humano 1994". Nueva York, Estados Unidos. [http://www.undp.org/en/espanol/]
- .1999. "Informe sobre el Desarrollo Humano 1999. Una globalización con rostro humano". Nueva York, Estados Unidos.
- .2000. "Superar la pobreza humana. Informe sobre la pobreza 2000". New York, Estados Unidos.
- PNUD-Colombia. 2008. "Informe Nacional de Desarrollo Humano 2008". Colombia.
- PNUD-Perú. 2009. "Poder y Cambio en las Regiones. IEP. Lima. Perú
- Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (UN-HABITAT), PNUD y Centro de Estudios de la construcción y el desarrollo urbano y regional (CENAC). 2004. "Hábitat y desarrollo humano". Colombia.
- Programa de Reforzamiento del Sistema de Salud (PROSISA). 2004. "Una reforma para estar en salud. Claves para profesionales del sector sanitario". Santo Domingo, República Dominicana.
- Putnam, Robert. 1993. "Making Democracy Work". Princeton University Press. New Jersey, Estados Unidos.
- .1995. "Bowling Alone: "America's Declining Social Capital". Simo & Schuster Publishers. Nueva York, Estados Unidos.
- Radcliffe-Brown, A.R. 1972. "Estructura y función en la sociedad primitiva". Península. Barcelona, España.
- Rama, Claudio. 2003. "La compleja dinámica de la inequidad en la educación superior en América Latina y el Caribe". IESALC. Venezuela.
- Ramírez, Carlota y M. García Domínguez y J. M. Morais. 2005. "Cruzando fronteras: remesas, género y desarrollo (2005)". Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación de las Naciones Unidas para la Promoción de la Mujer (INSTRAW). Santo Domingo, República Dominicana.



- Rawls, John. 1971. "Teoría de la Justicia". Fondo de Cultura Económica. México.
- .1993. "El liberalismo político". Biblioteca de Bolsillo. Crítica Barcelona 2002.
- .2002. "Justicia como equidad. Materiales para la teoría de justicia". Tecnos.
- Rathe, Magdalena. 2000. "Salud y equidad: una mirada al financiamiento a la salud en la República Dominicana". Santo Domingo, República Dominicana.
- .2001a. "Análisis del valor per cápita del plan básico de la seguridad social". CERSS-BID. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2001b. "La reforma de salud y la seguridad social". PUCMM-PID-RES-USAID. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2002a. "La reforma de salud y la seguridad social". Santo Domingo, República Dominicana.
- .2002b. "Estimación del gasto y financiamiento de las funciones esenciales de salud pública: un marco de referencia". OPS .Washington, Estados Unidos.
- .2002c. "Análisis de las Cuentas Nacionales de Salud de la República Dominicana". PLENITUD. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2003. "Salud y equidad: Una mirada al financiamiento de la salud en la República Dominicana". Santo Domingo, República Dominicana.
- .2007. "El gasto nacional en salud en la República Dominicana". PLENITUD. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2008. "Estimación del impacto de los nuevos estándares de propiedad intelectual en el precio de los medicamentos en la República Dominicana". ICTSD/PLENITUD. Santo Domingo, República Dominicana.
- Red de Información Indígena. 2008. "Convenio N° 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, 1989". Guatemala. [<http://www.redindigena.net/leyes/inter/docs/conv169.html>]
- Requena Santos, Félix. 1994. "Amigos y redes sociales. Elementos para una sociología de la amistad". CIS. Madrid, España.
- Reyna, Ernesto. 2004. "La necesidad de un ordenamiento territorial". FUNGLODE. Santo Domingo, República Dominicana. [<http://www.funglode.org/clarvesdelmundo/2004/09/010904.htm>]
- Reyna, Roberto. 2004 "Evaluación y acreditación de la educación superior dominicana". IESALC/UNESCO. Santo Domingo, República Dominicana.
- Reyes, Rolando. 2001. "El mercado de trabajo en la República Dominicana: problemas y desafíos". OIT. Santo Domingo, República Dominicana.
- Robeyns, Ingrid. 2005. "The Capability Approach: a theoretical survey". The Journal of Human Development Vol. 6 Iss. 1. Londres, Inglaterra.
- Robles, M. 2007. "Evaluación a medio término área financiera del proyecto de fortalecimiento de la educación inicial". Santo Domingo, República Dominicana. Mimeo.

- Rockwell, E. 1987. "Reflexiones sobre el proceso etnográfico (1982-1985)". Departamento de Investigaciones educativas. Centro de Investigación y de Estudios Avanzados. México.
- Rodríguez, Pablo, y Manuel Herasme. 2003. "La dinámica futura de la economía Dominicana y la demanda de empleo para profesionales". Santo Domingo, República Dominicana.
- Rodrik, Dani. 2004. "Industrial policy for the twenty-first century". Harvard University. Estados Unidos.
- Ros, Jaime. 2006. "Patrones de especialización comercial y desempeño del mercado de trabajo en América Latina". Serie Macroeconómica del Desarrollo 49. CEPAL. Santiago de Chile, Chile.
- Rosenfeld, Mónica y Graciela Cardarelli. 1998. "Las participaciones de la pobreza". Buenos Aires, Argentina.
- . 2002. "La gestión asociada: Una utopía realista". Argentina.
- Rusque, Ana María. 2001 "De la diversidad a la unidad en la investigación cualitativa". FACES. Venezuela.
- Sabel, Charles F. 1985. "Trabajo y política. La división del trabajo en la industria". Ministerio del Trabajo y Seguridad Social. España.
- Saltamacchia, Homero. 2005. "Historias de vida y movimientos sociales. Propuesta para el uso de la técnica". Revista Ixatopalapa. Año 4, No. 9. Junio-diciembre. México.
- Saltman, R.B. y J. Figueras. 1998. "Reformas sanitarias en Europa". Ministerio Español de Sanidad en Europa. España.
- Samaniego, Norma. 2002. "Las políticas del mercado de trabajo y su evaluación en América Latina". Serie Macroeconómica del Desarrollo 19. CEPAL. Santiago de Chile, Chile.
- Samson, Anda. 2007. "Challenges for Establishing Links Between Empowerment and HIV". Development Connections (DVCN) Critiques. Vol.1, No.1. Washington, Estados Unidos.
- Sanahuja, José Antonio. 2007. "Cohesión social: la experiencia de la Unión Europea y las enseñanzas para América Latina". Quorum. Revista de pensamiento iberoamericano. Madrid, España. [<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=52001806>> ISSN 1575-4227]
- Santana, I. 2003. "El financiamiento de la educación y la condición del maestro en la República Dominicana". Documento elaborado para el Foro Socioeducativo. Santo Domingo, República Dominicana. Mimeo.
- Sassen, Saskia. 2003. "Los espectros de la globalización". Fondo de Cultura Económica. México.
- Schachter, Stanley. 1979. "Cohesión social". Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales. Editora Aguilar. Bilbao, España.

- Scheker, A. 2002. "La experiencia de la República Dominicana en la hechura de la reforma educativa. La participación de los estudiantes". Las reformas educativas en acción. Eficiencia, equidad y calidad en el sistema educativo de la República Dominicana y América Latina. INEDS, BID e INTEC. Santo Domingo, República Dominicana.
- Secretaría de Desarrollo Social de México (SEDESOL). 2008. "Subsecretaría de Desarrollo Urbano y Ordenación del Territorio". México. [<http://www.sedesol.gob.mx/index/index.php?sec=1005&len=1>]
- Secretaría de Estado de Cultura (SEEC). 2000. "Educación especial. Políticas educativas en el área de las necesidades educativas especiales". Santo Domingo, República Dominicana.
- Secretaría de Estado de Economía, Planificación y Desarrollo (SEEPyD). 2007a. "Informaciones sobre el aseguramiento en salud de la población dominicana". Santo Domingo, República Dominicana.
- . 2007b. "Evolución reciente del sector zonas francas. El deterioro del sector confecciones y sus implicaciones sociales". Santo Domingo, República Dominicana.
- . 2007c. "Análisis del Desempeño Económico y Social de la República Dominicana". Santo Domingo, República Dominicana.
- Secretaría de Estado de Economía, Planificación y Desarrollo, Banco Central de la República Dominicana y Banco Mundial. 2007. "La informalidad en el mercado laboral urbano de la República Dominicana". Santo Domingo, República Dominicana.
- Secretaría de Estado de Educación (SEE). 2002a. "Diseño curricular nivel básico". Serie Innova 2005. Santo Domingo, República Dominicana.
- . 2002b. "Orden departamental 05-2002 que establece el cambio de la Escuela Nacional de Ciegos a Centro de Recursos Educativos para Niños, Niñas y Jóvenes con Discapacidad Visual". Santo Domingo, República Dominicana. Mimeo.
- . 2003a. "Programa multifase para la equidad de la educación básica. Hacia una educación básica de calidad y equidad". Carpeta informativa. Santo Domingo, República Dominicana.
- . 2003b. "Orden departamental 18-2001 que autoriza la reorganización de los centros de educación especial". Santo Domingo, República Dominicana.
- . 2003c. "Orden departamental 24-2003 que establece las directrices nacionales para la educación inclusiva". Santo Domingo, República Dominicana.
- . 2004. "Proyecto para el fortalecimiento de la educación inicial. Construyendo una educación con calidad y equidad". Carpeta Informativa. Santo Domingo, República Dominicana.
- . 2005. "Los objetivos del milenio". Santo Domingo, República Dominicana.
- . 2006. "Censo a la población escolar del sector público durante el año escolar 2005-2006". Santo Domingo, República Dominicana.
- . 2007a. "Diagnóstico plan decenal de educación 2008-2018". 5° versión. Santo Domingo, República Dominicana. Mimeo.

- .2007b. “Orden departamental 13-2007”. Santo Domingo, República Dominicana. Mimeo.
- .2007c. “Memorias 2004-2006”. Santo Domingo, República Dominicana
- SEE y Fondo de Naciones Unidas para la infancia (UNICEF). 2002. “Una opción a favor de la niñez del campo. Síntesis de la evaluación formativa”. Proyecto escuela multi-grado innovada. EMI. Santo Domingo, República Dominicana.
- Secretaría de Estado de Educación, Bellas Artes y Cultos (SEEBAC). 1994. “Fundamentos del curriculum. Tomo I. Fundamentación teórico-metodológica”. Santo Domingo, República Dominicana.
- .1995. “Ordenanza 1-95 que establece el curriculum para la educación inicial, media, especial y de adultos del sistema educativo dominicano”. Santo Domingo, República Dominicana
- Secretaría de Estado de Educación Superior Ciencia y Tecnología (SEESCyT) y Grupo de Consultoría Pareto. 2007. “Innovación, educación superior y actividad empresarial en la República Dominicana: un análisis sobre articulación de empresas, gobierno y sector educativo superior en busca de la competitividad”. Santo Domingo, República Dominicana.
- Secretaría de Estado de Finanzas. 2006. “Informe actuarial y técnico sobre el régimen nacional de pensiones, determinación de los pasivos actuariales a cargo del estado y Lineamientos de la Reforma a la Ley 379”. Santo Domingo, República Dominicana.
- Secretaría de Estado de Industria y Comercio (SEIC). 2007. “Análisis de escenarios sobre el subsidio al gas licuado de petróleo”. Santo Domingo, República Dominicana.
- Secretaría de Estado de la Mujer (SEM). 2005. “Plan Nacional de Equidad de Género 2006-2016 (PLANEG II)”. Santo Domingo, República Dominicana.
- Secretaría de Estado de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARENA), Consorcio Ambiental Dominicano (CAD) y Helvetas. 2006. “Zonificación territorial del municipio de Polo, provincia de Barahona”. Inédito. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2007. “Zonificación territorial del municipio de Paraíso, provincia de Barahona”. Inédito. Santo Domingo, República Dominicana.
- Secretaría de Estado de Obras Públicas y Comunicaciones (SEOPC). 2008. “Base legal: leyes, reglamentos y decretos”. Santo Domingo, República Dominicana. [[http://seopc.gov.do/perfil/marco\\_legal.html](http://seopc.gov.do/perfil/marco_legal.html)]
- Secretaría de Estado de Relaciones Exteriores (SEREX). 2000. “Convenios Bilaterales entre la República Dominicana y Haití”. Edición preparada por el Embajador Wenceslao Guerrero-Pou Cambier. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2001. “Relaciones dominico-haitianas: 300 años de historia”. Santo Domingo, República Dominicana.
- Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS). 1999. “Estrategia de acciones integrales materno-infantil y adolescentes con la metodología del Hospital Amigo de la Niñez y de las Madres”. Santo Domingo, República Dominicana.

- .2001. “Manual para la programación y presupuestación anual”. CERSS / SESPAS. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2004a. “Informe anual nacional del programa nacional de tuberculosis”. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2004b. “Anuario Estadístico 2003-2004”. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2004c. “Memoria Anual, 2005”. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2005. “Informe anual nacional del programa nacional de tuberculosis”. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2006a. “Plan decenal de salud 2006-2015. Un acuerdo por la excelencia de la salud”. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2006b. “Memorias”. Santo Domingo, República Dominicana
- .2008. “Plan decenal de salud 2006-2015”. Santo Domingo, República Dominicana.
- SESPAS/DIGEPI. 2005. “Análisis de situación de salud de la República Dominicana 2003”. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2007a. “Situación Epidemiológica eventos bajo observancia Tolerancia Cero. Resumen ejecutivo correspondiente al mes de abril 2007”. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2007b. “Situación Epidemiológica eventos bajo observancia Tolerancia Cero. Resumen ejecutivo correspondiente al mes de octubre 2007”. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2008a. “Situación Epidemiológica eventos bajo observancia Tolerancia Cero. Resumen ejecutivo correspondiente al mes de enero 2008”. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2008b. “Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica”. Santo Domingo, República Dominicana.
- SESPAS/ONFED/UE/PROSISA. 2004. “Una reforma para estar en salud”. Santo Domingo, República Dominicana.
- SESPAS/OPS. 2002. “Indicadores básicos de salud 2002”. Santo Domingo, República Dominicana.
- Secretaría de Estado de Trabajo (SET). “Programa juventud y empleo. Memoria del componente de capacitación laboral 2001-2006”. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2005. “Memorias Institucional”. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2006. “Memorias Institucional”. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2008. “Síntesis de evaluación de impacto programa Juventud y Empleo”. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2009. “Descripción del servicio nacional de empleo”. Santo Domingo, República Dominicana. Mimeo.
- Secretaría de Gobernación de México (SEGOB). 2008. “Ordenamiento territorial”. México. [[http://www.e-local.gob.mx/wb2/ELOCAL/ELOC\\_America\\_Latinaot](http://www.e-local.gob.mx/wb2/ELOCAL/ELOC_America_Latinaot)]

- Secretariado Técnico de la Presidencia (STP). 2002. "Plan de acción territorial". Santo Domingo, República Dominicana.
- Secretariado Técnico de la Presidencia y Oficina Nacional de Planificación. 2004. "Política social de gobierno dominicano". Volumen I. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2005a. "Atlas de la Pobreza en la República Dominicana". Santo Domingo, República Dominicana.
- .2005b. "Focalización de la Pobreza en la República Dominicana 2005". Santo Domingo, República Dominicana.
- Secretariado Técnico de la Presidencia, Programa de Apoyo y a la Modernización del Poder Ejecutivo. 2005. "Sistematizando la asistencia social. Hacia una red de protección social en República Dominicana". Santo Domingo, República Dominicana.
- Segura, Carlos y Weyland Karin. 2003. "Transformaciones económicas, flujos migratorios, cambio culturales e identidad en la República Dominicana". Santo Domingo, República Dominicana.
- Sen, Amartya. 1999. "Discurso inaugural ante la 52 Asamblea Mundial de la Salud". Ginebra, Suiza.
- .1998. Bienestar, justicia y mercado. *Pensamiento Contemporáneo* 48. Paidós I.C.E/U.A.B. Barcelona, España
- . 2000. "Desarrollo y Libertad". Editorial Planeta. Barcelona, España.
- .2001. Nivel de Vida. Editorial Complutense. Madrid, España.
- .2003. Nuevo examen de la desigualdad. Alianza Editorial. Madrid, España.
- .2007. Identidad y violencia. Katz Editores. España
- Sen, Amartya, Joseph Stiglitz e Imanol Zubero. 2007. "Se busca un trabajo decente". España.
- Sepúlveda, Sergio et al. 2003. "El Enfoque Territorial del Desarrollo Rural". IICA. San José, Costa Rica.
- Servicio Jesuita a Refugiados y Migrantes. 2008. "Entre lo real, lo establecido y lo deseable. Estudio de las condiciones laborales en el sector construcción en el Distrito Nacional de la República Dominicana". Santo Domingo, República Dominicana.
- Servicio Jesuita de Refugiados/FLACSO. 2006. "La actitud racial en República Dominicana". Santo Domingo, República Dominicana.
- Silié, Rubén y Carlos Segura. 2002. "Una isla para dos". FLACSO-República Dominicana. Santo Domingo, República Dominicana.
- Silié, Rubén, C. Segura y C. Dore y Cabral. 2002. "La Nueva Inmigración Haitiana". FLACSO-República Dominicana. Santo Domingo, República Dominicana.
- Sluzki, Carlos E. 1996. "La Red Social. Frontera de la Práctica Sistémica". Gedisa. Barcelona, España.

- Stenhouse, L. 1987. "La investigación como base de la enseñanza". Morata. Madrid, España.
- Stiglitz, J. 1986. "Economics of the Public Sector". Nueva York, Estados Unidos.
- Sojo, Ana. 2000a. "Reformas en salud en América Latina Los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica". Serie Política Social No. 39. CEPAL. Santiago de Chile, Chile.
- .2000b. "¿Qué son los compromisos de gestión?" y "Cómo lograr equidad en las reformas de salud?". Salud pública y economía de la salud para no iniciados. Santiago de Chile, Chile.
- Sojo, Carlos. 2007. "Cohesión social y exclusión. Una mirada desde Centroamérica". Madrid, España. [<http://www.revistaquorum.es>]
- Suprema Corte de Justicia (SJC). 2008. "Tres años del Código Procesal Penal: una mirada al desempeño de los tribunales penales (2005-2007)". Boletín No. 1 Santo Domingo, República Dominicana.
- Tapinos, Georges. 1993. "Inmigración e integración en Europa". Fundación Paulino Torras Domenech. Barcelona, España.
- Tedesco, J.C. 2003. "Las reformas educativas en América Latina". En: Villamán, M. et al. 2003. "Reinventar la escuela. ¿Qué opciones?" Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Foro Socioeducativo. Santo Domingo, República Dominicana.
- Tejada, Argelia. 2001. "Bateyes del Estado. Encuesta socioeconómica y de salud de la población materno-infantil de los bateyes agrícolas del CEA". Impresora Amigo del Hogar. Santo Domingo, República Dominicana.
- Tenti, E. 2004. "Notas sobre escuela y comunidad". Seminario internacional alianzas e innovaciones en proyectos educativos de desarrollo local. Reflexiones desde la Iniciativa Comunidad de Aprendizaje. IPE/UNESCO. Buenos Aires, Argentina. [<http://www.iipebuenosaires.org.ar/pdfs/TentiFanfani-notaseducacion.pdf> ]
- Toharia, Luis. 1983. "El mercado de trabajo: teorías y aplicaciones". Alianza Universidad. Madrid, España.
- Tokman, V. 2006. "Inserción laboral, mercados de trabajo y protección social". Naciones Unidas. Santiago de Chile, Chile.
- .2007. "Informalidad, inseguridad y cohesión social en América Latina". Serie Políticas Sociales 130.CEPAL. Santiago de Chile, Chile.
- Torres, R. 2001. "Comunidad de aprendizaje. Repensando lo educativo desde el desarrollo local y desde el aprendizaje". Simposio Internacional sobre Comunidades de Aprendizaje. Barcelona Forum 2004. Barcelona. España. Mimeo.
- .2002. "Reflexiones sobre el Plan Decenal, 10 años después". Las reformas educativas en acción. INTEC, INDES y BID. Santo Domingo, República Dominicana.
- Unda Opazo, Francisco. 1993. "Ingeniería sanitaria aplicada a saneamiento y salud pública". Editorial LIMUSA. México.
- Unidad Asesora de Análisis Económico y Social (UAAES) y SEEPyD. 2008a. "Monitor Energético 4". Santo Domingo, República Dominicana.



- .2008b. “Monitoreo Energético 5”. Santo Domingo, República Dominicana.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) y LLECE. 2000. “Primer estudio internacional comparativo sobre lenguaje, matemática y factores asociados para alumnos del tercer y cuarto grado de la educación básica”. UNESCO. Chile.
- .2002. “Estudio cualitativo de escuelas con resultados destacables en siete países latinoamericanos”. UNESCO. Chile.
- .2008. “Primer reporte de resultados del Segundo Estudio Regional Comparativo y Explicativo (SERCE)”. UNESCO. Chile.
- UNESCO y UNICEF. 2005. “La educación como bien público y estratégico”. Encuentro Regional de UNESCO. UNICEF. Cartagena de Indias, Colombia.
- United Nations Environment Programme (UNEP). 2002. “El Concepto de Vulnerabilidad”. Global Environment Outlook 3”. Londres, Inglaterra. [<http://www.unep.org/GEO/geo3/spanish/498.htm>]
- Universidad del Rosario. “Evolución de la equidad en el acceso, gasto de bolsillo y aseguramiento en salud en la República Dominicana, 1996-2007.” Bogotá, Colombia.
- Vaillant, D. 2004. “La construcción de la profesión docente en América Latina. Tendencias, temas y debates”. Documento N° 31. PREAL. Chile
- Vaillant et al. 2006. “Maestros de escuelas básicas en América Latina: hacia una radiografía de la profesión”. PREAL. Chile
- Valera, C. 2005. “Educación para la ciudadanía en el Caribe. Estudio sobre política curricular y de formación docente en Cuba, Haití y República Dominicana”. FLACSO. Santo Domingo, República Dominicana.
- Valera, C., A. Santelises y A. Ziffer. 2005. “Programa de fortalecimiento de la calidad, la equidad monitoreo de la matriculación de niños, niñas y adolescentes no documentados/as en el año escolar 2003-2004”. Consejo Consultivo del Gabinete Social. Santo Domingo, República Dominicana. Mimeo.
- Valera, C., M. Escala y A. Ziffer. 2004. “Evaluación de las juntas descentralizadas de centros educativos”. SEE y FLACSO. Santo Domingo, República Dominicana.
- Valera, C. et al. 2001. “¿Cambia la escuela? Prácticas educativas en la escuela dominicana”. UNICEF, PREAL y FLACSO. Santo Domingo, República Dominicana.
- .2002. “Más escuelas más exclusión”. Medina Giopp. 2002. “Las reformas educativas en acción”. INDES, BID e INTEC. Santo Domingo, República Dominicana.
- Vanderhorst, R. y J. Mora. 1997. “Evaluación de impacto del Programa de Profesionalización de Maestros Bachilleres en Servicio”. Serie Investigación Educativa 3. SEE. Santo Domingo, República Dominicana.
- Vargas Peña, Daniel. 2002. “Informe nacional sobre educación en República Dominicana”. IESALC/UNESCO/SEECyT. Santo Domingo, República Dominicana.
- Vargas Mera, Ramón. 2004. “Tendencias urbanísticas en América Latina”. Amigo del Hogar. Santo Domingo, República Dominicana.

- Vargas, Tahira. 1998. "De la Casa a la Calle. Estudio de la familia y la vecindad en un barrio de Santo Domingo". Centro de Estudios Sociales Juan Montalvo. Santo Domingo, República Dominicana.
- . 2005. "La mujer en las formas organizativas informales y formales de los barrios urbano-marginales de Santo Domingo". *Miradas desencadenantes: los estudios de género en la República Dominicana al inicio del Tercer Milenio*. Centro de Estudios de Género. INTEC. Santo Domingo, República Dominicana.
- Vega, Bernardo. 1990. "El futuro de las relaciones haitiano-dominicanas. Tópicos para agenda". Conferencia, Asociación Nacional de Jóvenes (ANJE). Santo Domingo, República Dominicana.
- . 2007. "El país, dividido frente al tema haitiano". *Global Vol. 4*. Fundación Global Democracia y Desarrollo. Santo Domingo, República Dominicana.
- Veras Soares, Fabio. 2006. "Universalización o focalización. Un falso dilema". Centro Internacional de Pobreza. PNUD/IPEA. Seminario sobre Políticas Sociales Innovativas en América Latina. Gabinete de Coordinación de la Política Social. Santo Domingo, República Dominicana.
- Vilardo, Valeria. 2008. "República Dominicana: Aumenta la violencia contra haitianos." *El Bonsai*. [<http://bonsaidelainformacion.wordpress.com/2008/11/07/republica-dominicana-aumenta-la-violencia-contrahaitianos/>]
- Villamán, M. et al. 2006. "El proceso de descentralización escolar y sus condiciones de posibilidad". *Plan Internacional. Foro Socioeducativo*. Santo Domingo, República Dominicana.
- Villepin, M. Dominique. 2004. "Rapport au Ministre des Affaires Etrangères M. Dominique de Villepin du Comité Indépendant de Réflexion et de Propositions sur les Relations Franco-Haitiennes". París, Francia. Mimeo.
- Wallis, J.; Killerby, P y Dollery B. 2004. "Social Economics and Social Capital". *Emerald International Journal of Social Economics*. Vol. 31, No. 3. Reino Unido.
- Walsh, Kieron. 1995. "Public Services and Market Mechanisms". Palgrave MacMillan. Inglaterra.
- Weller, Jürgen. 2005. "Problemas de empleo, tendencias subregionales y políticas para mejorar la inserción laboral". *Serie Macroeconomía del Desarrollo No. 40*. CEPAL. Chile. [[www.cepal.org](http://www.cepal.org)]
- Wooding, Bridget y Richard Moseley-Williams. 2004. "Inmigrantes haitianos y dominicanos de ascendencia haitiana en la República Dominicana". *Servicio Jesuita Refugiados y Migrantes*. Santo Domingo, República Dominicana.
- World Bank. 2004. "World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People". The World Bank and Oxford University Press, New York, Estados Unidos.
- World Economic Forum (WEF). 2008. "The Global Competitiveness Report 2007-2008". Ginebra, Suiza.
- . 2009. "The Global Competitiveness Report 2008-2009". Ginebra, Suiza.
- Yarzabal, Luis. 2001. "La educación superior en América Latina, realidad y perspectiva". Santiago de Chile, Chile.

- Yujnovsky, Oscar y Ramón Minaya. 2006. “Evaluación de Efectos”. PNUD. Santo Domingo, República Dominicana. [[http://portal.onu.org.do/contenidos/archivos/\\_Documento%201\\_%20INFORME %20FINAL%20evaluation %20outcome.pdf](http://portal.onu.org.do/contenidos/archivos/_Documento%201_%20INFORME%20FINAL%20evaluation%20outcome.pdf)]
- Yunén, Rafael Emilio. 1985. “La Isla como es: hipótesis para su interpretación”. Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra (PUCMM). Santiago, República Dominicana.
- Zamora-Monge, Gerardo. 2003. “Trabajo Infantil Agrícola en República Dominicana: Síntesis de Estudios de Línea de Base”. Oficina Internacional del Trabajo. Costa Rica. [[www.ipecc.uit.or.cr](http://www.ipecc.uit.or.cr), [www.uit.or.cr](http://www.uit.or.cr)]
- Ziffer, Alicia. 2000. “El niño con retardo mental: su integración a la escuela común”. Buenos Aires, Argentina. Mimeo.
- .2003a. “Informes trimestrales del Programa de Seguimiento al Desarrollo Curricular”. Santo Domingo, República Dominicana. Mimeo
- .2003b. “Escuela e inclusión. Cuadernos de educación básica para todos”. UNESCO. SEE. FLACSO. Santo Domingo, República Dominicana.
- Ziffer, Alicia et al. 2007. “Evaluación de la capacitación de directores/as, docentes y técnicos/as del nivel medio”. SEE. Santo Domingo, República Dominicana.
- Ziffer, Alicia y M. Escala et al.2006. “Las condiciones socioeconómicas y culturales de los niños y las niñas en el suroeste de la República Dominicana”. Plan Internacional. Foro Socioeducativo. Santo Domingo, República Dominicana.
- Ziffer, Alicia y Olaya Dotel .2005. Diagnóstico participativo sobre prácticas de crianza y cuidado de la población infantil en tres comunidades de la región Suroeste”. FLACSO. Plan Internacional. Santo Domingo, República Dominicana
- Zimmet P, Albert, F. Kaufman, et al. 2007. “The Metabolic Syndrome in Children and Adolescents”. Diabetes Voive V52:4. International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention of Diabetes. Bruselas, Bélgica.

### Páginas Web

- Asamblea Legislativa de la República de El Salvador  
[<http://www.asamblea.gob.sv>]
- Ayuntamiento del Distrito Nacional (ADN) de Santo Domingo (República Dominicana)  
[<http://www.adn.gov.do>]
- Banco Central de la República Dominicana (BCRD)  
[<http://www.bancentral.gov.do>]
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID)  
[<http://www.iadb.org>]
- Banco Mundial (BM)  
[<http://www.bancomundial.org>]

Banco Nacional de Fomento de la Vivienda y la Producción de la República Dominicana (BNV). [<http://www.bnv.com.do>]

Biblioteca Luis Ángel Arango [<http://www.lablaa.org/>]

Biblioteca Virtual de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental [<http://www.bvsde.paho.org>]

Centro de Información-Naciones Unidas [<http://www.cinu.org.mx/>]

Centro de Investigación para la Acción Femenina (CIPAF) [<http://www.cipaf.org.do/>]

Centro Juan Montalvo [<http://www.centrojuanmontalvo.org.do/>]

Ciencias de la Salud y del Movimiento [<http://www.saludmed.com/>]

Colegio de Arquitectos de El Salvador [<http://www.cades.org.sv/>]

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) [<http://www.cepal.org>]

Comisión Presidencial sobre los Objetivos del Milenio y el Desarrollo Sostenible (COPDES) [<http://www.copdes.gov.do>]

Congreso Nacional de la República Dominicana [<http://www.congreso.gov.do>]

Consejo Nacional de Asuntos Urbanos (CONAU) [<http://www.dataurbana.gov.do/>]

Consejo Nacional de Población (CONAPO) [<http://www.conapo.gob.mx>]

Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA) [<http://www.conapofa.gov.do/>]

Consejo Nacional de Seguridad Social de la República Dominicana (CNSS) [<http://www.cnss.gob.do>]

Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA) [<http://www.copresida.gob.do/>]

Corporación Dominicana de Empresas Eléctricas Estatales (CDEEE) [<http://www.cdeee.gov.do/>]

Despacho de la Primera Dama (DEPRIDAM) [<http://www.primeradama.gob.do/>]

Diario Digital República Dominicana [<http://www.diariodigital.com.do/>]

- Diario Dominicano  
[<http://www.diariodominicano.com>]
- Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA  
[<http://www.digecitss.org/>]
- Dirección General de Ordenamiento y Desarrollo Territorial  
[<http://www.dataurbana.gov.do/>]
- Dominicanos HOY  
[<http://www.dominicanosohoy.com/>]
- Educando-Portal de la Educación Dominicana  
[<http://www.educando.edu.do/>]
- El Caribe  
[<http://www.elcaribecdn.com.do>]
- Enciclopedia y Biblioteca Virtual de las Ciencias Sociales, Económicas y Jurídicas  
[<http://www.eumed.net>]
- Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres  
[<http://www.eird.org/>]
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)  
[<http://www.unicef.org>]
- Foro Biarritz  
[<http://www.forobiarritzchile.cl/>]
- Fundación Global Democracia y Desarrollo  
[<http://www.funlode.org/>]
- Generalitat de Catalunya  
[<http://www.gencat.net/>]
- Gestiopolis  
[<http://www.gestiopolis.com/>]
- Gobierno de la República de Cuba  
[<http://www.cubagob.cu>]
- Grupo Consultoría Pareto  
[<http://www.gcpareto.com/>]
- Habitat for Humanity  
[<http://www.habitat.org/>]
- Hoy Digital  
[<http://www.hoy.com.do/>]
- Informe Judicial República Dominicana  
[<http://www.informejudicial.com/>]
- Instituto Internacional de Planeamiento de la Educación  
[<http://www.iipe-buenosaires.org.ar/>]

Instituto Nacional de Estadística y Censo de Argentina  
[<http://www.indec.mecon.ar>]

Instituto Nacional de Estadísticas de Chile  
[<http://www.ine.cl/>]

Instituto Nacional de Estadística de Bolivia  
[<http://www.ine.gov.bo/>]

Instituto Nacional de Estadística de la República Bolivariana de Venezuela  
[<http://www.ine.gov.ve/>]

Instituto Nacional de Estadística de la República Oriental de Uruguay  
[<http://www.ine.gub.uy/>]

Instituto Nacional de Estadística y Censos de Costa Rica  
[<http://www.inec.go.cr/>]

Instituto Nacional de Información Estadística y Geográfica de México  
[<http://www.inegi.gob.mx>]

Instituto Nacional de la Vivienda República Dominicana  
[<http://www.invi.gob.do>]

Instituto para el Federalismo y el Desarrollo Municipal  
[<http://www.e-local.gob.mx/>]

Listín Diario  
[<http://www.listin.com.do/>]

Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial de la República de Colombia  
[<http://www.minambiente.gov.co>]

Ministerio de Educación de Argentina  
[<http://www.me.gov.ar>]

Ministerio de Igualdad España  
[<http://www.migualdad.es>]

Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios de Argentina  
[<http://www.minplan.gov.ar/>]

Ministerio de Trabajo e Inmigración del Gobierno de España  
[<http://www.mtas.es/>]

Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente de Uruguay  
[<http://www.mvotma.gub.uy/>]

Ministerio de Vivienda y Urbanismo del Gobierno de Chile  
[<http://www.minvu.cl/>]

Mujeres Hoy – Portal de la No + Violencia Contra la Mujer  
[<http://www.mujeres hoy.com/>]

Office of the High Commissioner for Human Rights  
[<http://www2.ohchr.org/>]

- Oficina Nacional de Estadística (ONE)  
[[http:// www.one.gob.do](http://www.one.gob.do)]
- Oficina de la UNESCO en Santiago de Chile  
[<http://www.innovemos.unesco.cl/>]
- Open Budget Initiative.  
[<http://www.openbudgetindex.org/>]
- Organización de Estados Iberoamericanos  
[<http://www.oei.es/>]
- Organización Mundial de la Salud  
[<http://www.oms.org>]
- Presidencia de la República Dominicana  
[<http://www.presidencia.gob.do>]
- Programa de Apoyo a la Reforma y Modernización del Poder Ejecutivo  
[<http:// www.pro-reforma.gob.do>]
- Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal  
[<http:// www.redalyc.uaemex.mx>]
- Red de Información Indígena  
[<http://www. redindigena.net/>]
- Revista Quorum.  
[<http://www.revistaquorum.es>]
- Revista Iberoamericana de Educación  
[<http://www.rieoei.org/>]
- Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (SEEPYD)  
[<http://www.stp. gov.do/>]
- Secretaría de Estado de Educación (SEE)  
[<http://www.see.gov.do>]
- Secretaría de Estado de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (SEECYT)  
[<http://www.seecyt.gov.do>]
- Secretaría de Estado de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARENA)  
[<http:// www.medioambiente.gov.do/>]
- Secretaría de Estado de la Mujer (SEM)  
[<http://www.mujer.gov.do>]
- Secretaría de Estado de Obras Públicas y Comunicaciones (SEOPC)  
[<http:// www.seopc.gov.do/>]
- Secretaría de Estado de Trabajo (SET)  
[<http://www.set.gov.do>]
- Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS)  
[<http:// www.sespas.gov.do/>]



Secretariado Técnico de la Presidencia (SET)  
[<http://www.stp.gov.do>]

Sistema de las Naciones Unidas en República Dominicana  
[<http://www.onu.org.do>]

Texas A&M University  
[<http://www.rangeland.tamu.edu/>]

Universitat de Barcelona (UB)  
[<http://www.ub.es/>]

United Nations (UN)  
[<http://www.un.org/>]

United Nations Development Programme (UNDP)  
[<http://www.undp.org/>]

United Nations Environment Programme (UNEP)  
[<http://www.unep.org/>]

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO)  
[<http://www.unesco.org/>]

United Nations Human Settlements Programme (UN-HABITAT)  
[<http://www.unhabitat.org/>]

United Nations Population Fund (UNFPA)  
[<http://www.unfpa.org/>]

World Economic Forum  
[<http://www.weforum.org/>]

## Referencias estadísticas

ADESS. “Administradora de Subsidios Sociales”. Gabinete Coordinador de la Política Social (GCPS). 2008. Santo Domingo, República Dominicana.

BID DataGob. “Base de datos de indicadores de gobernabilidad”. 2007. [[http://www.iadb.org/datagob/home\\_esp.html](http://www.iadb.org/datagob/home_esp.html)]

Censo Nacional 2002. “VIII Censo de población y vivienda”. Oficina Nacional de Estadística (ONE). Santo Domingo, República Dominicana.

DEMOS, “La democracia vulnerable: insatisfacción y desconfianza”. 1994-2006. Brea, Ramonina, Isis Duarte y Mitchell Seligson. 2005. Santo Domingo, República Dominicana.

ENCOVI. “Encuesta nacional sobre condiciones de vida”. Banco Mundial (BM) y Banco Interamericano de Desarrollo (BID). 2004.

ENDESA. “Encuesta nacional de demografía y salud”. Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM) 2003 y 2007. Editora Gente. Santo Domingo, República Dominicana.

- ENFT. “Encuesta nacional de la fuerza de trabajo 2000-2006”. Banco Central de la República Dominicana (BCRD). Santo Domingo, República Dominicana.
- ENHOGAR. “Encuesta nacional de hogares de propósitos múltiples”. Oficina Nacional de Estadística Estadística (ONE). 2006. Santo Domingo, República Dominicana.
- FPOBRESIG. “Sistema de información geográfica de pobreza en la República Dominicana”. 2005. ONAPLAN. Santo Domingo, República Dominicana.
- SIGpaS3. “Programa de reforzamiento del sistema de salud de la República Dominicana”. 2003. UE. ONFED. SESPAS. Santo Domingo, República Dominicana.
- SIUBEN. “Sistema único de beneficiarios”. Gabinete Coordinador de la Política Social (GASOGCPS). 2005. Santo Domingo, República Dominicana.

Este libro se terminó de imprimir en el mes de mayo del 2010 en los talleres gráficos de SERIGRAF, S. A., Avenida Las Américas Km. 5 1/2, Villa Olímpica, Santo Domingo Este, República Dominicana.



Ministerio de  
Economía, Planificación y Desarrollo



## Política social: capacidades y derechos

El desarrollo humano debería ser una cuestión de derechos. El acceso equitativo a las oportunidades debe depender del Estado de derecho y no de un uso discrecional del poder, como es actualmente. Para ello las políticas sociales deben orientarse a hacer efectivos los derechos, a crear capacidades en las personas para que puedan ser lo que quieren, aspiran y valoran en la vida.

De eso trata este informe. De cómo pasar de una cuestión de poder a una cuestión de derechos, del clientelismo a las capacidades, del corto plazo al largo plazo, de la coyuntura al proyecto de país, del individualismo a la cohesión social.

Este informe propone el qué y el cómo. Lo demás es voluntad, es compromiso, es decisión; es que la gente se empodere para exigir sus derechos; es vocación de construir un país diferente, incluyente, respetuoso de las normas y las leyes; es hacer políticas de Estado con lealtad a la gente; es fijar metas y cumplirlas; es hacer pactos, respetar los acuerdos y tomar en cuenta a toda la ciudadanía.

Hay que entender de una vez por todas, que no hay ciudadanos de primera ni de segunda, que no hay morados ni blancos, sino dominicanos y dominicanas hambrientos de que el desarrollo humano sea una cuestión de derechos.

**Oficina de Desarrollo Humano**