



Objetivo III

Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer

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

Indicadores

- 9) Relación entre niñas y niños en la educación primaria, secundaria y superior
- 10) Relación entre las tasas de alfabetización de las mujeres y de los hombres de 15 a 24 años
- 11) Proporción de mujeres entre la empleomanía asalariada en el sector no agrícola
- 12) Proporción de puestos ocupados por mujeres en el parlamento nacional

Resumen de tendencia

¿Se alcanzará la meta?

Sí en el sector educativo, no en el mundo laboral y tampoco en el ámbito de puestos públicos electivos

¿Cuál es la acción principal a tomar?

Reforzamiento y revisión de mecanismos de puesta en ejecución de leyes, programas y políticas públicas para la equidad de género. Mayor número de mujeres en puestos de toma de decisión a nivel político y gubernamental. Mayor disponibilidad de estadísticas e indicadores de género y de información desagregada por sexo

I. Diagnóstico y tendencias

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

Las cifras de la SEE sobre matrícula nacional entre los años 1996 y 2002 muestran que en la educación primaria la relación mujeres/hombres fue de 0.97 en el año escolar 1996-1997 y descendió a 0.96 durante los años escolares 2000-2001 y 2001-2002. Esto significa que el número de niñas que se matricula anualmente en la educación primaria es inferior al número de niños y que esta diferencia ha estado aumentando ligeramente. A nivel secundario, por el contrario, la relación mujer/hombre se eleva a 1.27 en algunos años del período observado. (ver Cuadro 14)

Cuadro 14. Total de matriculados y matriculadas, según nivel educativo y año

Año escolar	Mujeres	Hombres	relación M/H
PRIMARIA			
1996-1997	668,369	691,675	0.97
1997-1998	735,523	757,249	0.97
1998-1999	763,574	784,999	0.97
1999-2000	790,677	817,963	0.97
2000-2001	807,369	837,232	0.96
2001-2002	827,442	860,130	0.96
SECUNDARIA			
1996-1997	171,870	137,640	1.25
1997-1998	184,364	145,560	1.27
1998-1999	193,343	152,658	1.27
1999-2000	205,699	165,246	1.24
2000-2001	219,979	178,945	1.23
2001-2002	245,474	198,561	1.24
SUPERIOR			
1997-1998	101,688	75,169	1.35
2002-2003	179,298	106,906	1.68

Fuentes: SEE y SEESCYT

Otro tanto acontece en el mundo universitario. De acuerdo a la SEESCYT, las mujeres presentan una relación mujer/hombre superior a la unidad, que representa la equidad, es decir, igual número de mujeres y hombres en un determinado nivel de estudios. La diferencia numérica entre los miembros de ambos sexos ascendió de 1.35, en el período 1997-1998, y a 1.68 en el 2002-2003.

El mismo predominio femenino se manifiesta en el grupo de egresados. La relación mujer/hombre aumentó a comienzos de la década de los noventa cuando llegó repetidas veces a 1.35. (ver Cuadro 15)

Cuadro 15. Egresados y egresadas de las universidades, según sexo

Año	Mujeres	Hombres	Relación m/h
1990	6,365	4,957	1.28
1991	6,917	5,121	1.35
1992	7,666	5,665	1.35
1993	4,379	3,269	1.34

Fuente: CONES

El aumento de la matrícula femenina también se verifica en el contexto de la educación técnico-profesional que imparte INFOTEP. Las estadísticas de egresados y egresadas muestran una relación mujer/hombre que no ha cesado de aumentar, desde 0.521 en 1990 a 1.02 en 2001.

Sin embargo, los estereotipos de género se expresan en la concentración de mujeres egresadas de áreas tradicionalmente consideradas femeninas tales como secretariado, manualidades, confección de prendas de vestir, diseño y decoración de

interiores, cocina, panadería y repostería y belleza y peluquería. También en la educación superior existe un acentuado predominio femenino en un conjunto de carreras consideradas como consistentes con los roles de género tradicionales, tendencia ésta que limita las oportunidades de empleo e ingreso de las mujeres. De acuerdo a SEESCYT más del 70 % de la matrícula de las carreras como contabilidad, bioanálisis, enfermería, arte y decoración está constituida por mujeres, mientras la proporción ronda el 20 % en las ingenierías, economía e idiomas, entre otras.

Las mujeres cerraron la brecha de desigualdad en el sector educativo, pero no en el laboral

En otro orden de ideas, la brecha de género en el nivel de alfabetización del país ha sido superada y, en la mayoría de los casos, resulta favorable a las mujeres (ver Cuadro 16). En efecto, a nivel nacional y rural la brecha de género es favorable a las mujeres en los grupos de edad comprendidos entre 15 y 19 años y entre 20 y 24 años; a nivel urbano, sólo para el grupo entre 15 y 19 años. En la zona urbana, la brecha a favor de la igualdad de ambos sexos desaparece exclusivamente en el grupo comprendido entre 20 y 24 años de edad.

Cuadro 16. Tasas de alfabetización por sexo y edad, según zona y relación mujer/hombre

Grupos de edad	Mujeres			Hombres			Relación mujeres/hombres		
	1991	1996	2002	1991	1996	2002	1991	1996	2002
Total país									
15 – 19	93.2	94.6	96.9	86.7		93.6	1.08	1.06	1.04
20 – 24	92.8	92.0	94.6	90.0	89.3	91.0	1.03	1.03	1.04
Zona urbana									
15 – 19	96.2	97.2		91.6	95.2		1.05	1.02	
20 – 24	96.3	96.1		95.8	96.2		1.00	1.00	
Zona rural									
15 – 19	87.8	89.8		81.2	82.0		1.08	1.10	
20 – 24	84.7	83.7		80.6	78.1		1.05	1.07	

Fuentes: ENDESA, 1991, 1996 y 2002.

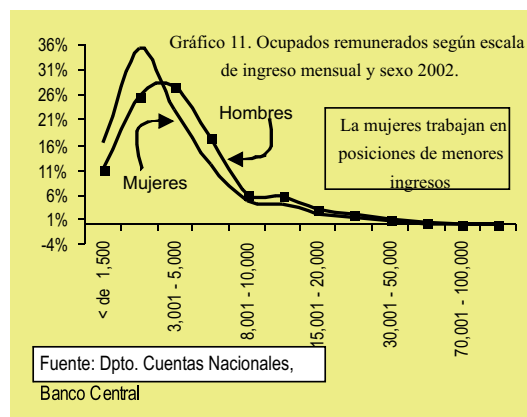
El cúmulo de información disponible indica que, en términos generales, las mujeres cerraron las brechas de desigualdad en el sector educativo pero, al momento de la inserción laboral, quedan limitadas sus oportunidades de acceso a fuentes de trabajo y de remuneración en igualdad de condiciones que los hombres.

Efectivamente, a pesar del progresivo aumento en sus niveles educativos, el desempleo femenino constituye un indicador relevante de discriminación en el sector laboral, pues afecta a más de la cuarta parte de las mujeres en edad productiva. (ver Cuadro 17)

A su vez, la brecha salarial que existe entre hombres y mujeres confirma que la estructura económica del país, al margen incluso de disposiciones legales vigentes, oferta menores oportunidades de desarrollo a las mujeres. Para éstas, las oportunidades se concentran en puestos de menores ingresos y los salarios promedio en las mismas actividades económicas son más bajos que para los hombres. (ver Gráfico 11)

El número de mujeres económicamente activas se acumula en el rango de labores menos remuneradas y se reduce drásticamente en la medida en que se

asciende en la escala salarial. La situación es tan preocupante que, en promedio, el salario de la mujer es 30% inferior al de los hombres y las diferencias por actividad económica llegan a ser en algunos casos inferiores al 60% del salario de los hombres, de acuerdo a datos oficiales del BCRD. (ver Cuadro 18)



El indicador relativo a la proporción de mujeres al interior de la población remunerada en el sector no agrícola disminuyó ligeramente durante los últimos 11 años, pasando de 35.5% en 1990 a 34.3% en 2001. En América Latina y el Caribe, en 2001, esta proporción osciló entre 34% y 52%, siendo la proporción de las mujeres dominicanas la más baja de la región.

Cuadro 17. Tasa de desempleo por tipo de desocupación, según sexo

Desocupación por tipo	Mujeres								Hombres							
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	1996	1997
Tasa desocupación	28.1	28.6	23.8	24.9	23.9	26.0	26.6	10.9	9.5	9.3	7.8	7.9	9.4	9.5	100.0	100.0
Tipo de desocupación	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Cesantes	44.0	43.9	53.8	36.5	60.3	58.5	56.3	58.4	52.3	66.3	65.2	71.2	73.2	68.9	56.0	56.1
Buscan trabajo por 1era. Vez	56.0	56.1	46.2	63.5	39.7	41.5	43.7	41.6	47.7	33.7	34.8	28.8	26.8	31.1	46.2	46.2

Fuentes: Banco Central de la República Dominicana. Mercado de trabajo. Varios informes.

Cuadro 18. Salarios promedios mensuales, hombres y mujeres, octubre 2003

Categoría	Hombres	Mujeres	M/H
Agricultura y ganadería	2,987	2,479	83%
Explotación de minas y canteras	7,684		
Industrias manufactureras	5,827	3,421	59%
Electricidad, gas y agua	9,751	5,282	54%
Construcción	6,300	7,878	125%
Comercio al por mayor y menor	6,004	3,953	66%
Hoteles, bares y restaurantes	5,616	3,310	59%
Transporte y comunicaciones	6,745	6,001	89%
Intermed. financiera y seguros	12,496	7,702	62%
Administración pública y defensa	6,693	5,466	82%
Otros servicios	7,327	4,057	55%
Promedio Nacional	6019.3	4207.8	70%

Fuente: Banco Central de la RD

En otro orden de ideas, la proporción de puestos ocupados por mujeres en posiciones electivas en el Congreso Nacional y en los municipios durante la década de 1990 muestra una tendencia ascendente, a pesar de lo cual persiste una

enorme brecha entre la proporción de hombres y mujeres electos.

En las elecciones congresionales y municipales de 2002, la cuota mínima por ley de 33% de candidaturas femeninas sólo fue alcanzada en las nominaciones a la Cámara de Diputados y a las salas capitulares. Significativamente, donde hubo más postulaciones de mujeres en esos cargos, resultaron más mujeres favorecidas con el voto. La situación inversa ocurrió a nivel senatorial y de sindicaturas: a menor número de mujeres postuladas, menor número de mujeres electas. (Ver Cuadro 19)

Dado el nivel de desigualdad de la mujer respecto al hombre en el mercado laboral,

Cuadro 19. Candidatas y candidatos propuestos y electos, según sexo; elecciones 2002

Sexo candidaturas	Tipo de puesto electivo			
	Senadurías	Diputaciones	Sindicaturas	Regidurías
Número de candidatas y candidatos propuestos				
Total	96	450	371	2073
Hombres	91	294	338	1458
Mujeres	5	156	33	895
Porcentaje de candidatas y candidatos propuestos				
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Hombres	94.8	65.3	91.1	70.3
Mujeres	5.2	34.7	8.9	43.2
Número de candidatas y candidatos electos				
Total	32	150	125	787
Hombres	30	126	116	569
Mujeres	2	24	9	218
Porcentaje de candidatas y candidatos electos				
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Hombres	93.7	84.0	92.8	56.8
Mujeres	6.3	16.0	7.2	27.7

Fuente: Elaborado a partir estudio de José Angel Aquino

e incluso debido al incumplimiento de preceptos legales que la favorecen, salta a la vista esta conclusión: los avances educacionales que las mujeres han logrado no se traducirán en un acceso igualitario al trabajo, a la remuneración, a los cargos públicos y tampoco al ejercicio pleno de sus derechos humanos, políticos, civiles, económicos y sociales, hasta tanto no dispongan de poder efectivo para incidir en las políticas públicas.

II. Marco de apoyo: políticas y programas

El país es signatario de acuerdos internacionales que promueven los derechos de la mujer y la equidad de género: la Plataforma y el Plan de Acción de Beijing, el Programa de Acción del Cairo sobre población y desarrollo, la CEDAW y su Protocolo facultativo, y la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, también conocida como convención de Belem do Pará. Asimismo, desde el año 1982 se creó la Dirección General de Promoción para la Mujer (DGPM) con el propósito de asumir la coordinación de todos los programas ejecutados en el área de la mujer, tanto del sector público como del privado. La DGPM pasó a ser Secretaría de Estado de la Mujer (SEM) en 1999, sin embargo, todavía tiene debilidades institucionales y recursos limitados y por eso no ha podido cumplir con las funciones que le otorga la ley.

Existen otras disposiciones normativas que promueven los derechos de la mujer, sin embargo, muchas de las disposiciones vigentes carecen de mecanismos de

ejecución y de voluntad política para ser repetadas.

III. Desafíos para la equidad de género y la autonomía de la mujer

A pesar de los esfuerzos y avances logrados en términos de educación, perduran innumerables obstáculos al respeto incondicional a los derechos de la mujer, así como a su obtención de ingresos justos y a una cuota de participación política y social más relevante y equitativa. Pero quizá el mayor desafío cotidiano sea la violencia de género.

De acuerdo al registro de las querellas recibidas en la Policía Nacional, durante el año 2001 ocurrieron 88 asesinatos de mujeres o femenicidios, 111 en 2002 y 109 en 2003. También en 2003 se registraron 278 sometimientos judiciales por violación a mujeres y el cuerpo policial registró más de 400 violaciones a mujeres tan sólo en el Distrito Nacional y en la provincia de Santo Domingo.

Según ENDESA 2002, 40 de cada 100 mujeres separadas o divorciadas fueron víctimas de actos de violencia durante los doce meses anteriores a esa encuesta. La mayor proporción de violencia se registra en mujeres comprendidas entre los rangos de 20-29 años y 30-39 años con un 27% a lo largo de su edad reproductiva.


Por todo lo cual, la violencia intrafamiliar y contra niños, niñas, adolescentes y mujeres es un desafío mayor a la equidad de género y debe constituirse en un indicador de seguimiento, junto con la educación y el mercado laboral, para evaluar el Objetivo III.


Los avances educacionales no se traducirán en mayor equidad hasta tanto las mujeres no dispongan de poder efectivo para incidir en las políticas públicas


IV. Capacidades de evaluación y seguimiento

La no disponibilidad de estadísticas actualizadas y desagregadas por sexo, y sobre todo, de sistemas de indicadores de género, constituye un gran obstáculo para que las instituciones responsables de las políticas públicas, las organizaciones no gubernamentales y el movimiento de la mujer, puedan monitorear y evaluar con eficiencia el impacto de las mismas. (ver Cuadro 20)


Para monitorear el avance hacia el objetivo de la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer procede la construcción de los siguientes indicadores:

 Porcentaje de mujeres matriculadas en carreras “masculinas”/matrícula universitaria total

 Relación entre el monto de crédito promedio otorgado por programas estatales a mujeres respecto al otorgado a hombres

 Porcentaje de mujeres capacitadas por INFOTEP en ocupaciones no tradicionales

Por demás, en RD existe una ley que asigna a las mujeres una cuota equivalente a un mínimo del 33% de las candidaturas congresionales y municipales. Esta disposición no está siendo respetada en la actualidad y por ello requiere ser monitoreada con base en un nuevo indicador que muestre la oportunidad real que tienen las mujeres de ser o no electas:

 Proporción de mujeres postuladas a los cargos electivos.

Se requieren variables e indicadores de género para evidenciar las inequidades

Cuadro 20. Capacidad de seguimiento al Objetivo III

Elementos de capacidad de seguimiento	Alta	Baja	Débil
Capacidad de recolección de datos			X
Calidad de la información de encuestas recientes		X	
Capacidad de seguimiento estadístico			X
Capacidad de análisis estadístico		X	
Capacidad de incorporar el análisis estadístico a políticas, planes y mecanismos de asignación de recursos		X	
Mecanismos de monitoreo y evaluación			X



Objetivo IV

Reducir la tasa de mortalidad infantil

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

Indicadores

13. Tasas de mortalidad de menores de 5 años

14. Tasa de mortalidad infantil

15. Porcentaje de niños y niñas de un año con esquema completo de vacunación.

Resumen de tendencia:

¿Se alcanzará la meta?

Sí

¿Cuáles son las acciones principales a tomar?

Mejoramiento de la calidad de la atención de los servicios de salud, y mantenimiento de los logros alcanzados en la reducción de la mortalidad post neonatal

I. Diagnóstico y tendencias

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

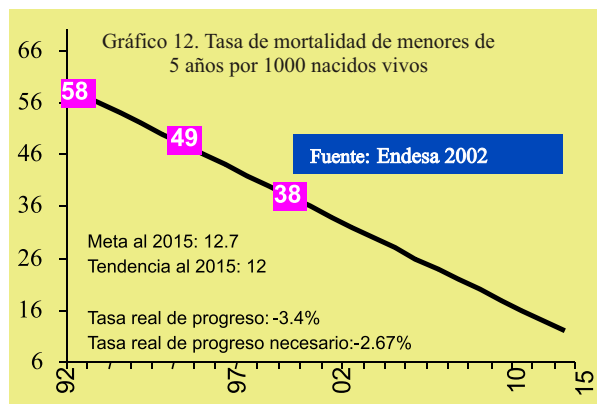
La tasa de mortalidad de menores de 5 años ha descendido sostenidamente en República Dominicana. ENDESA 2002 estimó que de 58 fallecimientos de menores de 5 años por 1000 nacidos con vida en 1992 se pasó a 38 casos durante el quinquenio 1997-2002 (ver Gráfico 12) y UNICEF reportó que descendió de 42 por cada 1000 nacidos en el año 2000 a 32 por cada 1000 en 2004, debido a lo cual el país está por debajo de la media latinoamericana (34 por cada 1000 nacidos).

El descenso progresivo de largo plazo se debió a la reducción en más de la mitad de la mortalidad post neonatal (de 28 días al primer año) y a la mitad de la mortalidad post infantil (de uno a cinco años). En ambos casos estos resultados se debieron a los programas de inmunización, al incremento de conocimientos básicos sobre salud y a la aplicación de nuevas estrategias de atención. Sin embargo, la mortalidad neonatal (de 0 a 28 días) no ha

mostrado cambios en la última década. (ver Cuadro 21)

De continuar las tendencias registradas durante la década de los noventa la meta de reducir en 2/3 la tasa actual de mortalidad de la niñez, pasando de 58 a 19.7 en 2015, se puede alcanzar.

En efecto, la tasa real de progreso durante esa década fue superior a la tasa de progreso necesaria y por ello puede proyectarse una mortalidad de 12 por 1000 nacimientos con vida en 2015. Adicionalmente, lograr esa reducción en el indicador “mortalidad infantil”, es decir, pasar de 31 a 10.3 fallecimientos por nacimientos con vida entre 2002 y 2015



Cuadro 21. Tasa de mortalidad por cada mil nacimientos con vida, por quinquenios anteriores

Periodo	Neonatal (de 0 a 28 días)	Post neonatal (de 28 días a 1 años)	Infantil (de 0 a 1 año)	Post-Infantil (de 1 a 4 años)	Niñez (de 1 a menos de 5 años)
1987-92	22	23	45	14	58
1997-82	21	17	38	11	49
1997-02	22	10	31	7	38

Fuente: Endesa 2002

también es factible, pues el progreso real de la década recién pasada en lo que concierne a la disminución de la mortalidad infantil (-3.1%) fue superior al progreso necesario (-2.67%).

Ahora bien, a pesar de que la Meta 5 es alcanzable, los datos de ENDESA 2002 ponen en evidencia el impacto negativo del embarazo antes de los 20 años en la mortalidad infantil e, inversamente, el impacto positivo de la educación de la madre en la sobrevivencia infantil. (ver Cuadro 22)

En efecto, la tasa real de progreso durante esa década es superior a la tasa de progreso necesario, debido a lo cual puede proyectarse una mortalidad de 12 por cada mil nacimientos con vida en 2015. Adicionalmente, lograr esa reducción en el indicador “mortalidad infantil”, es decir, pasar de 31 a 10.3 fallecimientos por nacimientos con vida entre 2002 y 2015 también es factible, pues el progreso real de la década recién pasada en lo que concierne a la disminución de la mortalidad infantil (-3.1%) es superior al progreso necesario (-2.67%). (Ver Gráfico 12)

A pesar de que a nivel nacional pueda alcanzarse la Meta 5, persisten serias

desigualdades en función del nivel de escolaridad y la edad de la madre que exigen esfuerzos especiales.

Los datos de ENDESA 2002 ponen en evidencia el impacto negativo del embarazo antes de los 20 años en la mortalidad infantil e, inversamente, el impacto positivo de la educación de la madre en la sobrevivencia infantil. (ver Cuadro 22)

A nivel de zona y región de residencia existen diferencias asociadas a los niveles

Cuadro 22. Mortalidad infantil y en la niñez por edad y educación de la madre, por cada mil nacimientos con vida en la década anterior, 2002

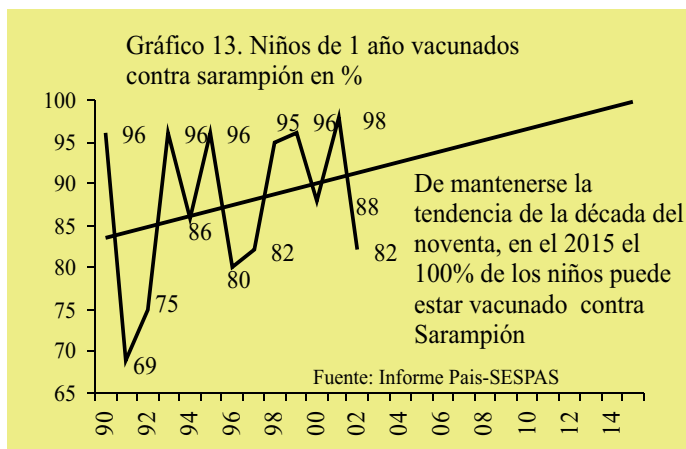
Característica	Neonatal (de 0 a 28 días)	Post neonatal (de 28 días a 1 años)	Infantil (de 0 a 1 año)	Post infantil (de 1 a 4 años)	Niñez (de 1 a 5 años)
Edad de la madre					
Menos de 20	29	12	41	9	50
20-29	18	13	31	8	39
30-39	22	14	36	11	47
Educación de la madre					
Sin Educación	24	30	53	28	80
Primaria 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
Tamaño al nacer					
Pequeño/muy pequeño	44	23	67	Na	Na
Tamaño promedio o grande	12	5	18	Na	Na
Orden de nacimiento					
1	19	9	28	4	32
2-3	20	10	30	9	39
4-6	27	26	52	14	66
7+	32	25	57	28	83
Intervalo del nacimiento anterior					
Menos de 2 años	32	24	57	13	69
2 Años	19	12	31	8	40
3 Años	13	13	26	14	39
4 y mas años	18	7	25	10	35

Fuente: Endesa 2002

de pobreza y/o de calidad de los servicios predominantes en las mismas. Tomando como referencia los 10 años anteriores a la elaboración de ENDESA 2002, se puede apreciar que la mortalidad en la niñez es un 15% más elevada en la zona rural que en las zonas urbana. Lo mismo sucede con la mortalidad neonatal, donde la diferencia entre zonas se eleva a un 20%.

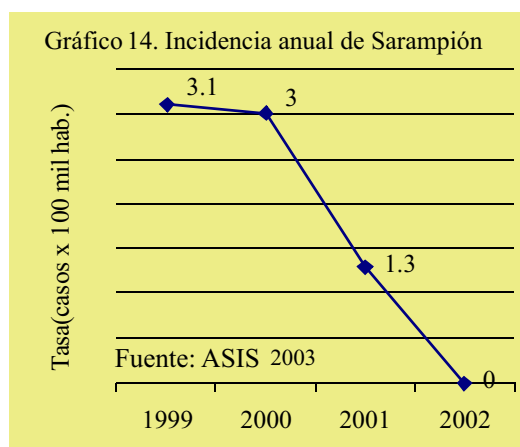
Las zonas con mayores niveles de mortalidad infantil son Enriquillo (Región IV de salud integrada por las provincias de Barahona, Pedernales, Bahoruco e Independencia), y El Valle (Región VI de salud, integrada por las provincias de San Juan y Elías Piña). Ambas zonas han sido priorizadas por la ERP, pues más de 75 % de sus hogares se encuentra en condiciones de pobreza. Otra demarcación priorizada es el Yuna (Región V de salud integrada por La Romana, La Altagracia, El Seibo, San Pedro de Macorís y Hato Mayor), la cual reporta niveles de pobreza alrededor de 70 %.

El indicador relativo al porcentaje de menores de un año vacunados contra el sarampión ha mejorado durante la década, aunque en forma muy volátil. Para el año 2002, la Secretaría de Estado de Salud Pública (SESPAS) registraba en 81.7 % la proporción de menores de doce meses vacunados contra el sarampión (ver Gráfico 13). Ese porcentaje es inferior a la meta internacional propuesta: cobertura anual superior al 90 %.



Las altas tasas de incidencia de sarampión durante las décadas de los ochenta y los noventa empiezan a reducirse de manera sostenida a partir de 1991 con el plan de vacunación nacional. La situación mejoró al punto de llegarse a niveles de no casos en 1995 y en 1996. Sin embargo, de 1999 a 2001 se reportaron nuevos brotes con tasas menores de 10 por cien mil; esos brotes parecen haber sido controlados. (Ver Gráfico 14)

Las coberturas de vacunación en menores de 1 año han mejorado durante la última década, sin embargo, con excepción de la



cobertura de vacunación con BCG, que está alrededor de 90%, todas las demás se encuentran por debajo de 80%. Para mantener la eliminación de la poliomielitis y del sarampión ha sido necesario complementar la vacunación de rutina con la realización de jornadas de vacunación anuales contra estas enfermedades. Hasta la fecha, el país no ha logrado controlar la difteria y el tétanos en otras edades.

II. Marco de apoyo: políticas y programas

SESPAS ejecuta en la actualidad una serie de medidas con miras a la reducción de la mortalidad de menores de 5 años.

Sirva, a modo de ejemplo, el lanzamiento de la Estrategia por una Niñez Segura, los cursos de Reanimación Neonatal al personal que labora en sala de partos, el fortalecimiento de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), el establecimientos de Normas de Atención al Recién Nacido y Normas de Principales Urgencias Perinatales, la capacitación en AIEPI neonatal al personal que atiende recién nacidos, el establecimientos de normas de atención a menores de 0-5 años, el equipamiento de las Unidades de Atención Perinatal en un total de 18 centros de salud en todo el país, la conformación de 11 nuevas unidades totalmente equipadas, y la capacitación de 40 facilitadores a nivel nacional acerca de reanimación neonatal en coordinación con la Sociedad Americana de Pediatría.

Existe todo un conjunto de aspectos adicionales significativos. Por ejemplo, la auditoría del 70% de las muertes maternas

a nivel nacional por la Dirección General Materno Infantil y Adolescente; la capacitación del personal médico pasante en los programas maternos infantiles y adolescentes; el fortalecimiento de los servicios de perinatología y la implementación de normas de atención al embarazo, parto y recién nacido(a); y la implementación de la estrategia AIEPI en todos sus componentes.

El Sistema Nacional de Información y Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) de la Mortalidad Infantil y Materna, de la Dirección General de Epidemiología (DIGEPI) de SESPAS, una de cuyas responsabilidades fundamentales es recolectar datos confiables sobre el número y causas de la mortalidad materno-infantil, captó un mayor número de muertes ocurridas y pudo establecer su incidencia a nivel nacional y provincial, según evidencia el Análisis de Situación de Salud de República Dominicana, realizado en 2003 por DIGEPI.

III. Desafíos para reducir la mortalidad infantil.

La reducción de la mortalidad infantil en el país enfrenta grandes desafíos:

1. Mejorar la calidad de la atención en el área materno-perinatal. A pesar de las altas tasas de coberturas de atención al parto y al control prenatal las tasas de mortalidad materna y perinatal todavía son elevadas y reflejan un serio problema de calidad en el servicio médico brindado.

Primer desafío:
mejorar la
calidad de la
atención en el
área materno-
perinatal

Segundo desafío:
eleva la
cobertura de los
métodos de
planificación
familiar

Tercer desafío:
reducir el
embarazo en
adolescentes

2. Elevar la cobertura de los métodos de planificación familiar, tanto en la población masculina como en la femenina. Esos métodos, al ser un instrumento básico para el descenso de la fecundidad, contribuyen a la reducción de la mortalidad materno-infantil a través de la disminución de los embarazos de alto riesgos y de los embarazos no deseados.

3. Reducir el embarazo en adolescentes. Éste tiene en la actualidad una alta incidencia de 23% en el país y, precisamente, los mismos son de alto riesgo y elevan significativamente la tasa de mortalidad infantil

4. Concentrar esfuerzos y recursos para garantizar disponibilidad y acceso oportuno, al menos, a los medicamentos más frecuentes.

5. Manejar con mejores criterios y prácticas el entorno ambiental (calidad del agua, del área y del aire) y los servicios de saneamiento básico, además de elevar la información individual y comunitaria sobre salud y manejo de alimentos, utensilios y hábitat.

Dada la penuria presupuestaria que padece SESPAS, el sistema nacional de vigilancia

de la mortalidad materno-infantil y perinatal, así como la capacidad de gestión de los niveles correspondientes a las direcciones Materno Infantil, Nacional de Epidemiología, General de Promoción y Educación para la Salud, requieren ser respaldados con sentido de urgencia.

IV. Capacidades de evaluación y seguimiento

El seguimiento al Objetivo IV es deficiente (Cuadro 23) debido a un elevado subregistro de casos. Este serio problema está siendo abordado por el SINAVE de la Mortalidad Materno Infantil, a cargo de la Dirección General de Epidemiología (DIGEPI) de SESPAS.

En 1997 el SINAVE realizó un estudio de línea basal para cuantificar la incidencia del subregistro a niveles nacional y provincial. Dicho estudio detectó los problemas de flujo que impiden que los certificados de defunción infantil lleguen a SESPAS de forma expedita y con un nivel de cobertura aceptable. La evaluación del sistema realizada en 1999 cuantificó un subregistro nacional de 66.2%, con variaciones provinciales que oscilan entre 26.5% en Independencia y 91.2% en San Pedro de Macorís. Este cotejo permitió la cuantificación de la mortalidad infantil registrada en 35.7% por mil nacidos con vida, la cual cae dentro de los límites de las tendencias observadas por ENDESA.

El seguimiento de la mortalidad infantil es deficiente debido a un elevado subregistro de casos

En otro orden de ideas, para actualizar el indicador 15: “Porcentaje de niños y niñas de un año con esquema completo de vacunación”, a las exigencias propias de la OPS/OMS, se debiera de adoptar este nuevo indicador:

✎ Alcanzar coberturas de vacunación iguales o mayores a 95% con todas las vacunas del esquema básico de inmunización: BCG, HepB, DPT, Hib, OPV en los menores de 1 año de edad y SRP al año de edad.

Adicionalmente, reconociendo la relación entre derechos reproductivos y mortalidad infantil, monitorear el avance hacia la Meta 5 conlleva la inclusión de los siguientes indicadores:

✎ % de nacimientos con vida de orden 4 o más según nivel de educación de la madre.

✎ % de mujeres entre 15 y 19 años que son madres o están embarazadas según nivel de educación de la madre.

Cuadro 23. Capacidad de seguimiento al Objetivo IV

Elementos de capacidad de seguimiento	Alta	Baja	Débil
Capacidad de recolección de datos		X	
Calidad de la información de encuestas recientes u otros		X	
Capacidad de seguimiento estadístico		X	
Capacidad de análisis estadístico			X
Capacidad de incorporar el análisis estadístico a políticas, planes y mecanismos de asignación de recursos			X
Mecanismos de monitoreo y evaluación			X





Objetivo V

Mejorar la salud materna

Meta 6: Reducir, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes

Indicadores:

16. Tasa de mortalidad materna

17. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado

Resumen de tendencia:

¿Se alcanzará la meta?:

No, a menos que se varíe la tendencia actual

¿Cuál es la acción principal a tomar?

Mejorar la calidad de la atención obstétrica, aumentar la vigilancia efectiva de muertes maternas y lograr la participación de la sociedad civil en la vigilancia con énfasis en grupos de mujeres.

I. Diagnóstico y tendencias

Meta 6. Reducir, entre 1990 y 2015 la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes

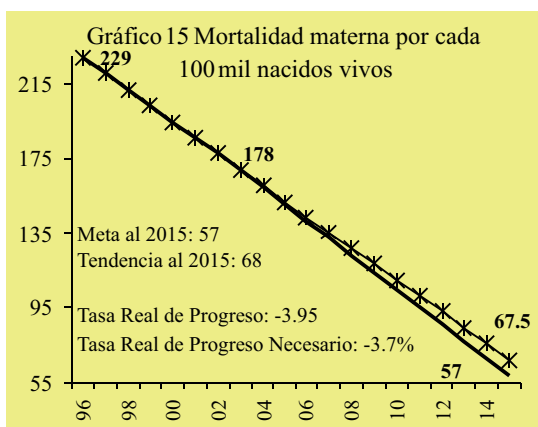
Según ENDESA la mortalidad infantil en RD disminuyó significativamente al pasar de 229 muertes por 100 mil nacidos vivos en 1996 a 178 muertes por 100 mil nacidos vivos en el año 2002.

No obstante ese adelante, el cálculo de la tasa real de progreso (-3.7%) y la tasa de progreso necesario (-3.95%) para reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna para 2015 indica que la Meta 6 no se alcanzará, a menos que logre variarse la tendencia actual. Pero de continuar las tendencias observadas entre 1996 y 2002 lo más que se logrará es una tasa de 67.5 muertes maternas por 100 mil nacimientos con vida, la cual se sitúa por encima de lo propuesto por el Objetivo I (57 muertes por 100 mil nacidos vivos) y supera con creces la meta mundial propuesta por la OMS (45 muertes por 100 mil nacidos vivos). (ver Gráfico 15)

Los altos niveles de mortalidad materna persisten en un contexto de disminución

de la fecundidad de las mujeres y del uso de anticonceptivos. La familia dominicana promedio consta hoy día de 3.0 descendientes, con variaciones según la zona de residencia: urbana (2.8 hijos por madre) y rural (3.3 hijos por madre). Concomitantemente, la prevalencia de uso de anticonceptivos se ha generalizado en el país; al menos entre la población femenina, pues el 69.8 % de las mujeres que convivían con sus compañeros en 2002 recurrieron de manera usual a prácticas anticonceptivas.

La alta tasa de mortalidad materna que prevalece en el país sitúa a RD como el quinto país con mayor incidencia de mortalidad materna en América Latina y el Caribe y refleja importantes problemas de



calidad en la atención y organización de los servicios de salud. El 97% de las mujeres embarazadas recibieron dos o más consultas de atención prenatal (ver Cuadro 24), de parte de personal médico general y especializado (ver Cuadro 25).

Cuadro 24. Porcentaje de mujeres que recibieron atención prenatal, según tipo de atención y zona de residencia, 2002

Tipo de atención prenatal recibida	Total	Zona urbana	Zona rural
Explicar síntomas complicaciones de embarazo	61.3	64.2	55.3
Fue pesada	97.9	98.1	97.4
Tomaron la presión arterial	98.3	98.4	98.1
Tomaron muestra de orina	98.8	99.1	98.0
Tomaron muestra de sangre	97.5	98.1	96.3
Oyeron corazón del bebé	96.8	97.1	96.1

Fuentes: ENDESA 2002.

De acuerdo a un estudio realizado por USAID, SESPAS y el Population Council durante el año 2001, la atención institucional que reciben las mujeres embarazadas adolece de un serio incumplimiento de las normas de calidad de atención en los establecimientos hospitalarios.

Esa atención institucional deficiente viene acompañada por el ausentismo del personal que debe atender las labores de parto pero que termina delegando sus

responsabilidades en personal auxiliar, estudiantes internos y personal médico pasante.

Hasta prueba de lo contrario, el contexto hospitalario dominicano carece de autoridad para disciplinar a quienes incumplen normas o se ausentan de los establecimientos de salud en sus horas de trabajo. Esta situación se agrava, siempre según el informe citado, por el trato irrespetuoso y autoritario que el personal de salud dispensa a las mujeres, en su mayoría pobres.

Las principales causas de mortalidad materna identificadas a través de los registros de defunciones son la hipertensión arterial inducida por el embarazo, hemorragias, abortos y complicaciones del puerperio, las cuales son clasificadas como muertes evitables. Como factor que incrementa los riesgos maternos sobresale la alta proporción de cesáreas que se practican en el país: en una de cada dos mujeres con instrucción universitaria y en una de cada cinco mujeres sin instrucción o solamente estudios primarios. Estos datos contrastan con el promedio latinoamericano que es de 10% de partos por cesárea.

Otros factores que contribuyen a la elevada mortalidad materna son el embarazo en adolescentes (23%), la violencia intrafamiliar, el débil acceso a cuidados obstétricos de calidad adecuada, la falta de insumos básicos en los centros de salud y la poca garantía del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Cuadro 25. Porcentaje de partos institucionales y personal médico que los atendió

Año	%	Médicos/as	Gineceo - obstetras	Personal auxiliar
1991	92.0	49.2	37.1	5.3
1996	95.3	62.3	29.4	1.4
2002	97.9	57.9	38.5	3.8

Fuentes: ENDESA 1991, 1996 y 2002.

Tan grave como lo anterior resultan ser la feminización de la pobreza, la poca disponibilidad de servicios de cuidados de la primera infancia, la menor oportunidad laboral y la falta de equidad salarial, fenómenos todos estos que sustentan la vulnerabilidad y el deterioro de la salud materna.

II. Marco de apoyo: políticas y programas

Entre los principales programas y políticas de SESPAS dirigidos a la reducción de la mortalidad materna destacan:

1.- El lanzamiento de la estrategia por una MS mediante el Decreto 518-01. Esta disposición propone la reducción de la mortalidad materna como un compromiso nacional. Para ello dispone la instalación de comités de vigilancia de mortalidad materna en todos los centros de salud que brindan esta atención.

2.- El Decreto No.1087-01 que modifica el Comité de Mortalidad Materna y crea un comité de vigilancia, seguimiento y análisis de las muertes maternas.

3.- Los programas de toma de muestra de Papanicolaou.

4.- La puesta en ejecución de las normas de atención de transmisión vertical del VIH/SIDA conjuntamente con DIGECITSS.

5.- La instalación de 116 unidades de seguimiento a la transmisión vertical del VIH/SIDA, es decir, de la mujer embarazada a su descendiente.

6.- La capacitación del recurso humano que brinda atención materna perinatal. Estas capacitaciones se ofrecen en aquellas regiones de salud en las que las muertes maternas tuvieron mayor incidencia, y de hecho, los indicadores revelan que la situación ha mejorado en esas localidades.

Es de notar que en 1997 SESPAS, en el marco de la reforma del sector salud, inició el proceso de desconcentración de la gestión de salud a través de un proceso de regionalización. En 2000, el Poder Ejecutivo promulgó dos nuevos marcos legales, la Ley General de Salud y la Ley de Seguridad Social.

Dentro del ámbito salud, la ERP estableció como objetivo general aumentar la maternidad sin riesgo, de manera que la mortalidad materna se reduzca para el año 2010 a un 20% del nivel estimado en 2002. Como objetivos específicos incluye la reducción de la desnutrición en mujeres embarazadas, la reducción de los embarazos de adolescentes y la ampliación de los servicios de salud reproductiva.

III. Desafíos para mejorar la salud materna

Entre los principales desafíos para lograr este Objetivo V están la disponibilidad insuficiente de recursos humanos y financieros, y la consolidación del papel rector de SESPAS en el marco de la reforma del sector salud y de la Ley de Seguridad Social, priorizando en el plan básico de salud lo relativo a la atención materna. En el mismo sentido, la reorganización de las redes de servicios

Es preocupante que la mortalidad materna se sitúe en 178 muertes por 100 mil nacidos vivos cuando el 97% de los partos en el país reciben atención de personal especializado

para garantizar una oferta de calidad y competitividad en la nueva estructura de seguridad social.

En el mismo nivel de relevancia se deben colocar las políticas públicas para transformar los valores y patrones tradicionales de la masculinidad pues, de lo contrario, la subordinación de la mujer y la irresponsabilidad en la conducta del hombre respecto a la sexualidad y a las obligaciones familiares contrarrestarán los efectos de las medidas aplicadas en el plano puramente de la salud.



IV. Capacidades de evaluación y seguimiento

El registro de la mortalidad materna adolece de omisiones que varían de un año a otro. Una cuantificación del subregistro realizada en 1999 por SESPAS/OPS, a través de una evaluación del sistema nacional de mortalidad materna, cifraron ese subregistro en 46.2 % a nivel nacional. Pero la situación puede ser peor.

Para estimar las tasas de mortalidad materna en el país se ha recurrido a diversos métodos de medición. Todos, al unísono, confirman que la tasa de mortalidad materna es muy superior a la registrada por SESPAS. Las estimaciones de la mortalidad materna realizadas localmente y las efectuadas por organismos de Naciones Unidas tales como OPS/OMS, UNFPA, UNICEF y CELADE, procuran subsanar la carencia de datos, el subregistro y la clasificación incorrecta de las causas de muerte. Si bien éstas son las mejores estimaciones disponibles, no por ello dejan de resultar

problemáticas pues son meramente indicativas de órdenes de magnitud.

Tomando en cuenta la alta correlación entre la salud materno-infantil y la mortalidad materna, en el contexto nacional hay que monitorear los siguientes indicadores:

-  % de madres desnutridas
-  % **de** nacidos vivos con bajo peso

Por último, en el contexto dominicano el indicador porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado no es un indicador adecuado al país. La relación positiva que se establece a nivel regional entre aumento de la atención prenatal y de los partos institucionalizados con la disminución de la mortalidad materna, no se verifica en RD. De ahí que sea imprescindible establecer indicadores pertinentes que den



cuenta de los avances en el conocimiento y en la aplicación de las normas de atención al embarazo, parto y puerperio, por parte del personal médico de los sectores

públicos y privados. Uno de esos indicadores puede ser: “las auditorías de muerte materna”.

Cuadro 26. Capacidad de seguimiento al Objetivo V

Elementos de capacidad de seguimiento	Alta	Baja	Débil
Calidad de la información de encuestas recientes	X		
Capacidad de seguimiento estadístico			X
Capacidad de análisis estadístico			X
Capacidad de incorporar el análisis estadístico a políticas, planes y mecanismos de asignación de recursos			X
Mecanismos de monitoreo y evaluación			X

El principal desafío es la disponibilidad insuficiente de recursos humanos y financieros





Objetivo VI

Combatar el VIH/SIDA,
el paludismo,
la tuberculosis
y otras enfermedades

Meta 7. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA

Indicadores

18) Prevalencia de VIH entre gestantes de 15 a 24 años

19) Porcentaje de uso de preservativos dentro de la tasa de uso de anticonceptivos

19a) Utilización de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo

19b) Porcentaje de la población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH / SIDA

20). Relación entre la matriculación de niños huérfanos y la matriculación de niños no huérfanos de 10 a 14 años

Meta 8. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo, tuberculosis, dengue y otras enfermedades graves

Indicadores

21) Prevalencia y tasas de mortalidad asociadas al paludismo

22) Proporción de la población de zonas de riesgo de paludismo que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento del paludismo

23) Prevalencia y tasas de mortalidad asociadas a la tuberculosis

24) Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa (DOTS)

Resumen de tendencia:

¿Se alcanzarán las metas?

Sí, debida excepción del dengue

¿Cuál es la acción principal a tomar?

Operacionalizar las acciones de vigilancia, prevención y control, y dar sostenibilidad a las mismas

prevalencia más elevada en hombres se ubica en el grupo de 30-34 años, con una tasa de 2.7%, mientras que en mujeres es en el grupo de 45-49 años, con una tasa de 1.5%.

ENDESA también dispone de mediciones de prevalencia del VIH a nivel de las regiones de salud para la población femenina y la masculina. La Región V es la que

cuenta con una más alta prevalencia en mujeres (1.8%) y en hombres (2.5%). (ver Cuadro 27)

I. Diagnóstico y tendencias

Meta 7: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA

La primera medición nacional sobre la prevalencia de la infección por VIH mediante prueba clínica fue realizada por ENDESA en 2002. En este estudio se obtuvo una tasa de prevalencia para ambos sexos de 1.0%, siendo de 0.9% para las mujeres y de 1.1% para los hombres, en la población comprendida entre 15 y 49 años de edad. El resultado fue un poco más elevado en la zona rural, tanto en hombres (1.3%), como en mujeres (1.0%). Tomando en consideración la edad, la

Otro estudio llevado a cabo en el marco de ENDESA 2002 cuantificó la prevalencia entre las personas que residen en los bateyes azucareros. En estas empobrecidas comunidades se cuantificó una prevalencia de 5.0%, siendo más elevada para los hombres (5.7 %) que para las mujeres (5.2 %). La mayor tasa de infección (12%) se encontró entre los hombres de 40-44 años, mientras que en jóvenes y adolescentes la tasa fue de 0.6%. En el país no se dispone de un indicador específico relativo a la tasa de prevalencia

Cuadro 27. Prevalencia del VIH por región de salud, en %

Región	Mujeres	Hombres
O	0.7	0.8
I	0.5	0.6
II	1.4	1.2
III	0.5	0.9
IV	0.4	0.2
V	1.8	2.5
VI	0.4	0.7
VII	1.5	1.3
VIII	0.8	1.0

Fuente: ENDESA 2002

del VIH de mujeres embarazadas entre 15 y 24 años. Sin embargo, la Dirección General de Control de ITS/SIDA (DIGECITSS) produce estadísticas sobre prevalencia de VIH para grupos poblacionales específicos, a través de puestos de vigilancia centinelas ubicados en diferentes provincias del país. Sus datos señalan que la prevalencia de VIH en mujeres embarazadas varió entre 0.5% en 1991 a 4.0% en 2001. Para el año 2001, la prevalencia de VIH en trabajadoras sexuales se cuantificó en 8% y en 6% en pacientes con ITS.

DIGECITSS también produce estadísticas que, si bien tienen un importante subregistro por motivo del silencio que guardan las personas infectadas para evitar la estigmatización social, permiten disponer de un perfil epidemiológico por sexo, edad, vía de transmisión y ubicación geográfica de los casos. Estos datos muestran que en el país la principal vía de transmisión del SIDA es por contacto sexual sin protección, un 74.8% por transmisión heterosexual y un 7.6% por

contacto homo/bisexual. En el 5.7% de los casos no se reporta un modo de transmisión. Y, en cualquier hipótesis, los datos estadísticos disponibles marcan una clara tendencia hacia la feminización de la epidemia.

ENDESA 2002 constata, adicionalmente, que las personas recurren infrecuentemente al condón con fines de protección contra el VIH. Solamente el 2% de la mujeres y el 1% de los hombres reportaron el uso del condón en su última relación sexual con su esposo(a) o compañero(a). El condón se emplea fundamentalmente con el propósito de evitar embarazos indeseados. Entre las jóvenes de 20-24 años su uso fue de 3%, en las mujeres divorciadas o separadas de 5% y entre aquellas con un más alto nivel de educación de 3%. La proporción de hombres y mujeres que usó condón en su última relación aumentó cuando se trató de un compañero o de una compañera con quien no vive. Aproximadamente una cuarta parte de las mujeres (25%) y la mitad de los hombres (50%) usaron condón en estas circunstancias.

El bajo uso del condón se verifica en un contexto de alta tasa de uso de anticonceptivos. Esta tasa pasó de 56.4 % en 1991 a 69.8 % en 2002, entre mujeres de 15 a 49 años. En ese mismo período, la tasa de uso del condón de parte de esas mujeres no varió significativamente: 1.2 % en 1991 y 1.3 % en 2002.

El porcentaje de la población comprendida entre 15 y 24 años que conoce formas efectivas de evitar la infección por VIH, es decir usar condones, limitar el número de parejas sexuales y abstenerse de tener

El condón se emplea con el propósito de evitar embarazos indeseados

relaciones sexuales, fue medido por ENDESA 2002. Los resultados señalan que el 85.3 % de los encuestados con una edad de 15 a 19 años, y el 87.1% incluido entre 20 y 24 años, conocen al menos dos formas efectivas de protección.

En síntesis, el análisis de los estudios centinelas sugiere que la epidemia no está aumentando en términos porcentuales, sino que se ha mantenido en los mismos niveles durante los últimos cuatro años. No obstante, el SIDA ha pasado a ser la primera causa de muerte en mujeres en edad fértil y es previsible que las muertes infantiles debido a SIDA aumentarán de 108 en 1990 a 731 en 2005.

Meta 8: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia de tuberculosis, paludismo, dengue y otras enfermedades graves

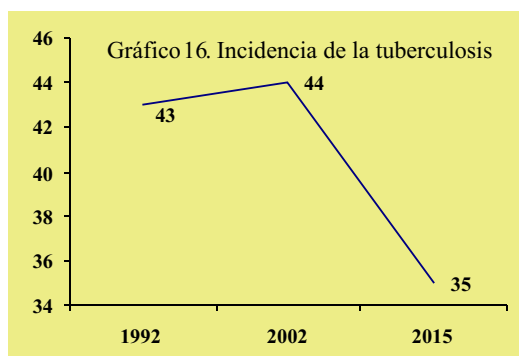
La morbilidad por tuberculosis (TB), expresada por tasas de incidencia y de prevalencia, es elevada. Las cifras varían entre uno y otro año debido a variaciones en la cobertura de las acciones del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT) y por la deficiente calidad del registro. De hecho, la OPS/OMS estima un subregistro de la morbilidad reportada en el país del orden de 50%.

Para los años 1992 y 2002 la tasa de prevalencia e incidencia de todas las formas clínicas de TB fue de 43 y 44 por 100,000 habitantes, respectivamente. La tasa de incidencia de casos de TB pulmonar con baciloscopia positiva fue de 25 por 100,000 habitantes. Para detener y reducir la incidencia de tuberculosis se

requiere aumentar sostenidamente la detección de la enfermedad, con el resultado de un incremento de ésta por varios años, para luego observar la estabilización y posterior reducción de la incidencia. De manera que, si se reduce el subregistro, y las acciones de control continúan mejorando, para 2015 la tasa de *prevalencia esperada* será aproximadamente de 35 por 100,000 habitantes. (ver Gráfico 16)

La tasa de mortalidad por TB por cada cien mil habitantes descendió durante la última década al pasar de 7.3 por 100,000 habitantes en 1990 a 4.3 por 100,000 habitantes en 2000.

La epidemia del SIDA se ha mantenido en los mismos niveles porcentuales durante los últimos cuatro años



La mejoría de las acciones del PNCT incrementó la cobertura de la estrategia DOTS. Esta cobertura se situó en 71% de la población en 2003. Con este logro se aumentó al mismo tiempo la detección de sintomáticos respiratorios, pasando de 28,124 en 2002 a 54,123 en 2003. En ese contexto el número de casos totales registrados aumentó en 15%, de 4,238 (2002) a 4,963 (2003), con una tasa de incidencia de casos totales de 57 por 100,000 habitantes en 2003.

Los casos nuevos de TB Pulmonar BK(+) registrados durante 2003 mostraron un aumento de 22% con relación a los registrados durante 2002, pasando de 2,179 (2002) a 2,806 (2003), para una tasa de incidencia de 32.3 casos por 100,000 habitantes. Estas cifras demuestran un incremento de la incidencia y prevalencia de esta enfermedad, pues al aumentar la cobertura de detección de casos y el registro, lo esperado es un incremento de la morbilidad, antes de iniciar la reducción prevista a partir del año 2007.

El 38% de los casos reportados tienen entre 15 y 44 años de edad, lo que representa un alto costo social y económico para las familias y para el país. El Distrito Nacional, La Romana, Bahoruco, Peravia y San Juan de la Maguana están entre los territorios con mayor tasa de incidencia y prevalencia. La mortalidad por TB tiene un importante subregistro y está asociada a la magnitud del problema VIH/SIDA, en la medida en que más del 10% de los casos son HIV+.

Con relación al indicador: proporción de casos de TB curados con el tratamiento breve bajo observación directa que recomienda la OMS, éste ha mostrado una tendencia al aumento, aunque con algunas fluctuaciones. En 1998 se reportó un 50.3 % de casos curados y, para el primer semestre de 2003, la proporción fue de 67.6%. (ver Cuadro 28)

Las provincias y áreas del Distrito Nacional que presentaron más de un 80% de éxito en la curación durante el primer

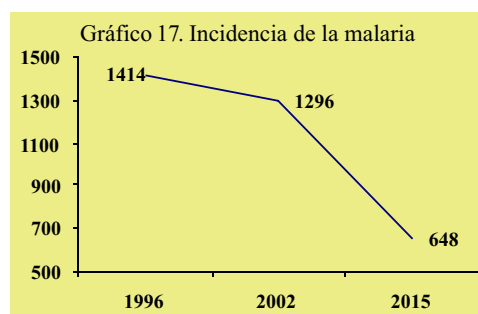
Cuadro 28. Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa (DOTS).

AÑO	% CURACIONES
1998	50.3
1999	63.2
2000	45.8
2001	56.7
2002	60.1
2003, 1er semestre	67.6

Fuente:OPS

semestre de 2003 fueron las área II, IV y VIII, y Monte Plata, San Cristóbal, San José de Ocoa, Azua, Independencia, Hato Mayor, San Juan, La Vega, Sánchez Ramírez y Monseñor Nouel.

La incidencia de malaria para 1996 fue de 1,414 casos, mientras que en 2002 se notificaron 1,296 casos, con una tasa de incidencia de 15 por 100,000 habitantes. De mantenerse esta tendencia, la incidencia de malaria debe reducirse para el año 2015 a 648 casos y la mortalidad a menos de 7 fallecidos. (ver Gráfico 17)



En 2002 esa enfermedad fue causada en el 99.6% de los casos por el P. Falciparum. El 60.3% de los casos reportados correspondió al grupo de edad de 15 a 49 años y afectó en un 59.6% al sexo masculino. Durante 2003 la incidencia se incrementó a 1,529 casos, para una tasa de 16.4 por 100,000 hab., y se reportó un fallecido más que el año anterior.

La transmisión de la enfermedad está relacionada con la actividad laboral; particularmente, con la producción agrícola y la construcción. Las provincias con mayor incidencia de malaria son Bahoruco, Monte Cristi y La Altagracia.

El dengue y el dengue hemorrágico constituyen un serio problema de salud pública. Los datos ofrecidos por la Dirección General de Epidemiología (DIGEPI) de SESPAS (ver Cuadro 29) indican que el número de casos de ambas formas se ha incrementado. En 1998 se reportaron 4,008 casos, en 2000 hubo 3,558, en 2002 se registraron 2,608 y en 2003 la cifra subió a 6,136 casos. La forma hemorrágica también ha mostrado incrementos en esos mismos años.

La mortalidad probable por esta causa fue de 6 casos en 1997, 37 en 1998, 16 en 1999, 10 en 2000 y 2 en 2001, aunque

deba especificarse que esas muertes no fueron establecidas por diagnóstico serológico. En 2002, sin embargo, se confirmaron 14 casos por serología y clínica, cifra que se incrementó notablemente a 60 casos en 2003, a pesar de que no fue posible la confirmación del diagnóstico en muchos de ellos.

Los serotipos del virus que han circulado por año son el 1 y 2 en el año 1997; el 1, 2, 3 y 4 en 1998; el 1, 2 y 4 en 1999; el 1 y 3 en 2000; en 2001 no se realizó aislamiento viral, pero en 2002 y 2003 los aislamientos reportados fueron del tipo 2. Las provincias que han reportado el mayor número de casos en los años analizados son el Distrito Nacional, Santiago, San Cristóbal, Espaillat, Puerto Plata, Barahona, Peravia y Azua.

II. Marco de apoyo: política, programas

La constitución del Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA) evidencia la voluntad política necesaria para lograr un abordaje integral y participativo en la prevención y control de dicha enfermedad. El Plan Estratégico Nacional para el VIH/SIDA, por su parte, demuestra la intención de enfrentar la epidemia desde una visión que trasciende el sector salud, vía la integración de múltiples actores y

El dengue y el dengue hemorrágico constituyen un serio problema de salud pública

Cuadro 29. Casos de dengue y dengue hemorrágico

Forma clínica	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Dengue clásico	1785	3765	1183	3492	926	2547	5878
D. hemorrágico	153	243	30	63	11	61	258
No Clasificada	0	0	0	3	0	0	0
Total	1938	4008	1213	3558	937	2608	6136

Fuente: SESPAS



sectores. Además, el Programa de reducción de la transmisión vertical de DIGECITSS y la agrupación de las ONG que trabajan en VIH/SIDA, imprimen consistencia al abordaje de este complejo problema de salud.

La respuesta inicial del país al VIH/SIDA se concentró en la prevención con énfasis en IEC. Hoy día este abordaje varía e incluye proyectos de atención a las personas que viven con VIH/SIDA, aunque aún es muy limitado el suministro de medicamentos anti-retrovirales y existen serias limitaciones a la hora de proveer atención integral a las personas que viven con VIH.

En relación a la tuberculosis existe una clara política para controlarla a través de la extensión de la estrategia DOTS, unida al desarrollo desde febrero de 2002 del proyecto “Fortalecimiento del PNCT y

reducción del impacto de la asociación con el VIH/SIDA”, con fondos de USAID y cooperación técnica de OPS/OMS.

En relación a la malaria, el Centro Nacional de Control de Enfermedades Tropicales (CENCET) cuenta con recursos humanos calificados, pero requiere mayor capacidad de respuesta en los niveles intermedios y locales para hacer más eficiente y efectivo el control de esa enfermedad. CENCET cuenta a nivel central con un laboratorio de entomología con todas las facilidades para desarrollar cursos de capacitación para la actualización de los recursos humanos nacionales.

El incremento de la letalidad del dengue durante los años 2002 y 2003 motivó asesorías técnicas, actualización de las normas y procedimientos para su diagnóstico y tratamiento, además de múltiples actividades de capacitación. En adición, se constituyó la Comisión Nacional para el Control del Dengue con participación multisectorial y la Comisión Técnica para el Control del Dengue. Una de sus tareas es actualizar los planes nacionales para el control de la enfermedad y apoyar los niveles provinciales y locales, para así enfatizar la participación de las comunidades en la reducción de los criaderos del mosquito vector.

III. Desafíos para combatir el VIH/SIDA, el paludismo, la tuberculosis, el dengue y otras enfermedades

Para combatir el VIH-SIDA el principal desafío consiste en mantener y fortalecer

Aún es muy limitado el suministro de medicamentos anti-retrovirales

En relación a la malaria se requiere mayor capacidad De respuesta

las acciones de prevención y, al mismo tiempo, desarrollar estrategias de IEC en grupos de riesgo y entre adolescentes y jóvenes. Debe fortalecerse igualmente la consejería y mejorar las capacidades intermedias y locales para mantener un sistema de información, de análisis y de uso de la información, unido al importante reto de desarrollar el componente de atención integral y de suministro de antirretrovirales a las personas que viven con VIH.

Dos factores fundamentales en el combate al VIH/SIDA son el incremento en el uso del condón y en la percepción de riesgo de contagio. Para lograr esto se requiere de políticas que promuevan cambios en los patrones de masculinidad tradicionales y que eleven el empoderamiento de la mujer.

Controlar la TB exige que se mantenga el apoyo político a la extensión y consolidación de la estrategia DOTS pues, sólo así se incrementará el porcentaje de curación y disminuirá el abandono del tratamiento. Concomitantemente, es necesario aumentar la accesibilidad al diagnóstico por baciloscopía, realizar las baciloscopías control de acuerdo a la norma nacional y elevar la detección de casos a partir de la búsqueda de síntomas respiratorios. Por último, se requiere también estudiar todos los contactos de los casos detectados, mejorar y sostener el abastecimiento de medicamentos e insumos de laboratorio, y mejorar la calidad de la atención y del análisis de la información.

Por su lado, la malaria no será controlada sin desarrollar alianzas estratégicas y lograr la movilización de los actores

sociales a niveles nacional y local. A este esfuerzo deben integrarse las instancias locales y la red de servicios de salud. También es necesario atender con calidad a las personas afectadas para lograr un adecuado diagnóstico y tratamiento y evitar así las defunciones.

Para fines de reducir el dengue y la mortalidad por dengue hemorrágico, la capacitación al personal médico y al auxiliar, así como el tratamiento oportuno y adecuado, han demostrado que son acciones efectivas.

Dado que las prevalencias del paludismo, la tuberculosis y el dengue están relacionada directamente con las condiciones de vida de la población, el hecho de que las mujeres muestren mayores niveles de pobreza que los hombres implica la necesidad de desarrollar estrategias de combate a la pobreza que prioricen a la población femenina.

IV. Capacidades de evaluación y seguimiento

Con relación al VIH, hay que establecer un sistema de monitoreo que identifique a las personas que viven con VIH (PVVIH) y les facilite un tratamiento integral. Cabe recordar aquí que ya se ha iniciado la vigilancia epidemiológica de segunda generación. Por demás, queda por poner en ejecución un sistema de monitoreo y evaluación de los programas dirigidos a la prevención y control del VIH/SIDA; específicamente, los de reducción de la transmisión vertical y la atención integral a las personas que viven con VIH.

Controlar la TB exige que se mantenga el apoyo político a la estrategia DOTS

La malaria no será controlada sin la movilización de los actores sociales

En el contexto dominicano, procede monitorear el porcentaje de mujeres con percepción de riesgo de contraer VIH/SIDA, que es un indicador disponible en la ENDESA. Esta recomendación se

basa en la premisa de que mientras más elevada sea la percepción de riesgo más propensa estará la mujer a tomar medidas de prevención.

Cuadro 30. Capacidad de seguimiento al Objetivo VI

Elementos de capacidad de seguimiento	Alta	Baja	Débil
Calidad de la información de encuestas recientes		X	
Capacidad de seguimiento estadístico		X	
Capacidad de análisis estadístico			X
Capacidad de incorporar el análisis estadístico a políticas, planes y mecanismos de asignación de recursos			X
Mecanismos de monitoreo y evaluación			X





Objetivo

Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

VII

Meta 9: Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente

Indicadores

- 25) Proporción de la superficie cubierta por bosques
- 26) Relación entre zonas protegidas para mantener la diversidad biológica y la superficie total
- 27) Uso de energía (equivalente en kilogramos de petróleo) por 1 dólar del producto interno bruto (PIB)
- 28) Emisiones de dióxido de carbono (per cápita) y consumo de clorofluorocarburos que agotan la capa de ozono (toneladas de PAO)
- 29. Proporción de la población que utiliza combustibles sólidos

Meta 10: Reducir a la mitad para el año 2015 el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento

Indicadores

- 30) Proporción de la población con acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua, en las zonas urbanas y en las rurales
- 31) Proporción de la población con acceso a mejores servicios de saneamiento mejorados, en zonas urbanas y rurales

Meta 11: Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios

Indicadores

- 32. Proporción de hogares con acceso a la tenencia segura

Resumen de tendencia:

¿Se alcanzarán las metas?

Meta 9: Probablemente

Metas 10 y 11: Muy improbable

¿Cuál es la acción principal a tomar?

Incorporar el desarrollo sostenible a la planificación nacional y hacer esfuerzos adicionales para revertir el deterioro de los recursos naturales y del medio ambiente. Acelerar los intentos para garantizar el acceso sostenible al agua potable y a los servicios básicos de saneamiento

A pesar de esa política, los resultados obtenidos con tecnología basada en imágenes remotas señalan un incremento alarmante en la pérdida de cobertura vegetal (Indicador 25). Dicha pérdida pasó de 14.1% en 1980 a 27.5% en 1996, de acuerdo al proyecto de cooperación USDA/Michigan State University para el inventario de uso y cobertura vegetal en RD a través de la interpretación de imágenes satelitales remotas del Programa LandSat. Ese deterioro progresivo de la cobertura vegetal continúa el proceso de desertificación que comienza en la región fronteriza y se extiende hacia el este del país.

El sistema de áreas protegidas (AP) (Indicador 26) ha seguido un proceso muy dinámico a lo largo de los últimos 30 años. Su número y extensión áreas han variado con una tendencia creciente, pero existen pocas fuentes de información confiables. El porcentaje del territorio nacional establecido como AP pasó del 16.2% en 1998 al 19% en el año 2000, por efecto de la Ley 64-00. A pesar de esto, de las 70 AP existentes, sólo 35 cuentan con protección efectiva y más de 30 no tienen una sola persona que las vigile en el año 2004.

I. Diagnóstico y tendencias.

Meta 9: Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente

En materia de ordenación, conservación y desarrollo sostenible de los bosques el país ha desarrollado una política forestal que privilegia la producción de plantas y semillas, la reforestación de las cuencas altas de los ríos, la vigilancia y la concertación de acuerdos con el sector privado y las comunidades.

La tendencia en el consumo de energía por habitante va en aumento (Indicador 27). El PIB por unidad de uso de energía (PPA en dólares por Kg. equivalente de petróleo) se elevó de 6.5 en 1990 a 7.4 en el 2000. Para 2001, la Organización Latinoamericana de Energía estimó un consumo de 4.5 Boe por habitante. A pesar de tal incremento, se estima que aún existen cerca de 2 millones de habitantes sin acceso a la energía eléctrica y más de 800,000 viviendas en barrios urbano-marginales que no cuentan con un servicio confiable.

Según ENDESA 2002, el 92.3% de los hogares disponía de electricidad, siendo el 98.7% de ellos urbanos y el 80.6% rurales.

Al mismo tiempo, la tendencia al uso de gas para cocinar es creciente. El 83.9% de los hogares utilizó gas para cocinar en 2002, contra el 75% en 1996. El uso de este combustible alcanzó 92.4% de los hogares urbanos y 68.5% en las zonas rurales en 2002. E inversamente, el uso de leña y carbón disminuyó. El 19.4% de los hogares cocinó con esos combustibles en 1996, a diferencia del 10.4% en 2002. (ver Cuadro 31)

El monitoreo de las emisiones y del consumo de dióxido de carbono, CO₂, es

de gran importancia dado que dicha sustancia es una las principales responsables del calentamiento global o efecto invernadero. Las emisiones de CO₂ han ido en aumento: 15,000.05 en 1994 y 16,649 x 10³ toneladas en el presente.

Las emisiones de dióxido de carbono per cápita (toneladas) (Indicador 28) también han ido en aumento: de 1,356 en 1990 a 1.700 en 1995 y 2,813 en 1998.

En lo relativo al consumo de los Clorofluorocarbonos (CFC), uno de los principales gases del efecto invernadero (GEI), las emisiones aumentaron al pasar de 256 toneladas en 1989 a 752 en 1999, y bajaron a 399 y 486 toneladas en los años 2001 y 2002, respectivamente.

En este ámbito, cabe destacar que durante los últimos tres años se ha establecido un sistema de normas que regula un conjunto de aspectos cada vez más incluyente de la gestión ambiental; por ejemplo, normas de contaminantes permitidos en el aire a partir de fuentes fijas sobre calidad del agua y control de descargas, residuos sólidos no peligrosos, protección contra ruidos y minería no metálica, entre otros. Se trata de un proceso activo al que se incorporan las nuevas normas en la medida en que se producen.

La pérdida de cobertura vegetal pasó de 14.1% en 1980 a 27.5% en 1996

Cuadro 31. Principal combustible de cocina en los hogares, en %

	1996			2002		
	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total
Gas propano	89.5	52.6	75.3	92.4	68.5	83.9
Carbón	3.9	8.7	5.8	1.4	3.6	2.2
Leña	1.2	33.4	13.6	1.3	20.6	8.2
Otros	0.50	0.8	0.6	0.3	0.5	0.3
No cocinan	4.7	4.6	4.7	4.6	6.8	5.4
	99.3	99.3	99.4	99.7	99.5	99.7

Fuente: Endesa 1996 y 2002

No obstante, si bien ha habido grandes progresos en la integración de los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales, los esfuerzos asumidos todavía son insuficientes para incorporar los

armónicamente a nivel sectorial y en la planificación nacional.

Meta 10: Reducir a la mitad el porcentaje de personas que carecen de acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento para el año 2015

En relación a la Meta 10, el porcentaje de población total con acceso sostenible al agua potable creció ligeramente entre 1990 y 2000, al pasar de 83% a 86%. (ver Cuadro 32).

Cuadro 32. Agua, proporción de la población con acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua

Países	Porcentaje		Tasa anual de progreso	
	1990	2000	Real 90 -00	Requerida para la meta
Total	83	86	1.8%	3.3%
Zonas rurales	71	78	2.4%	3.3%
Zonas urbanas	92	90	-2.5%	3.3%

Fuente: OMS -UNICEF.

A pesar de lo anterior, de repetirse la tendencia de la década de los noventa no se alcanzará la meta que estipula un acceso sostenible a mejores fuentes de agua (ver Gráfico 18). En efecto, la tasa anual de crecimiento de los noventa está por debajo de la tasa anual requerida para alcanzar la Meta; incluso, la tasa real es negativa en las zonas urbanas.

El porcentaje total de hogares que recibieron el agua por tubería dentro de las viviendas (Indicador 30) se incrementó ligeramente, de 35% a 37% para los años 1996 y 2002, respectivamente, mientras

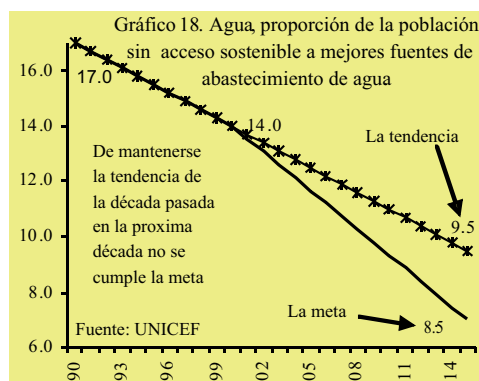
que en la zona rural se duplicó (10.8% a 21% durante el mismo lapso de tiempo). (ver Cuadro 33)

La cobertura en saneamiento mejorado (Indicador 31) ha evolucionado de la siguiente manera: 60% en 1990 y 90% en 2000, según datos estimados de la OPS/OMS-UNICEF.

A propósito del tipo de sanitarios, ENDESA reporta que el porcentaje de hogares con inodoros (privado o colectivo) aumentó entre 1996 y 2002, al pasar de 43.3% a 55.4% en promedio para el total de las zonas rurales y urbanas. Sin embargo, dado que a nivel nacional la disponibilidad de inodoros es muy desigual, serán necesarias más acciones en algunas provincias del país.

En las zonas rurales la disponibilidad de inodoros se multiplicó por tres, pasando de 9.4% a 29.3%. De mantenerse la tendencia de crecimiento registrada en el período 1996-2002, podrá alcanzarse una

Las emisiones de CO2 han ido en aumento: 8,716.66 en 1994 y 16,649 x 10³ toneladas en el presente



Cuadro 33. Fuente de agua para beber y otros usos

Fuente de agua para beber	Zona de residencia 1966			Zona de residencia 2002		
	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total
Tubería dentro vivienda	23.80	7.30	17.50	10.60	6.40	9.10
Tubería fuera vivienda	33.70	35.80	34.50	16.40	24.70	19.30
Pozo	0.10	8.70	3.40	0.50	6.20	2.50
Río, arroyo, manantial	0.30	15.20	6.00	0.40	7.30	2.80
Lluvia, tanque, aljibe	3.10	23.00	10.70	3.70	18.80	9.00
Camión, tanque	0.90	2.60	1.60	1.50	2.80	2.00
Agua embotellada	37.00	6.30	25.20	66.80	33.50	55.00
Otro	1.10	1.20	1.10	1.20	0.20	0.20
No sabe/sin información				0.00	0.10	0.10
Total	100	100	100	100	100	100
Fuente de agua para otros usos	Zona de residencia 1966			Zona de residencia 2002		
	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total
Tubería dentro de a vivienda	50.20	10.80	35.00	46.40	21.00	37.40
Tubería fuera de la vivienda	46.80	45.20	46.20	44.30	42.80	43.70
Agua de pozo	0.80	11.50	4.90	3.00	12.30	6.30
Agua de manantial/río/arroyo	0.30	21.60	8.50	0.50	12.40	4.70
Lluvia, tanque o aljibe	0.20	7.10	2.90	1.00	4.80	2.40
Camión tanque	1.20	2.00	1.50	4.30	5.90	4.80
Otra fuente	0.60	1.90	1.10	0.30	0.60	0.40
No sabe/sin información				0.20	0.30	0.20
Total	100	100	100	100	100	100

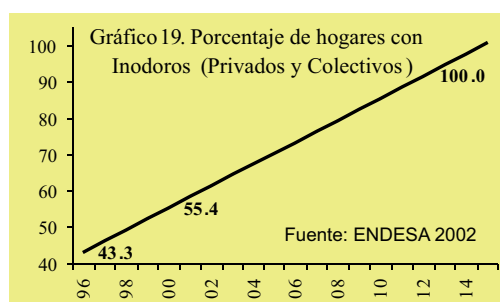
Fuente: Endesa 1996 y 2002

cobertura de 100% de inodoros en los Hogares para el año 2015, aun cuando será necesario mejorar las condiciones de acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua. (ver Gráfico 19)

Meta 11: Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios

No existe suficiente información disponible para medir el progreso en la consecución de esta Meta.

Para el año 2003 la ERP calculó que el déficit habitacional total a nivel nacional alcanzó las 800 mil unidades, de las cuales 500 mil son de tipo cuantitativo (necesidad de nuevas unidades habitacionales) y 300 mil de tipo cualitativo (necesidad de reparación). El hacinamiento representa



una alta incidencia (56%) en la población bajo la línea de pobreza y por ello este grupo poblacional requiere la ampliación de sus viviendas o nuevas soluciones habitacionales.






II. Marco de apoyo: políticas y programas

La gestión institucional del ambiente mejoró con la promulgación de la Ley General sobre Medio Ambiente y Recursos Naturales (Ley 64-00) que instituyó la Secretaría de Estado de Medio Ambiente y Recursos Naturales (MARN). Esta Ley ordena formalmente la integración de los programas de protección del medio ambiente y los recursos naturales a los planes y programas de desarrollo económico y social.

De ahí que el sector ambiental cuenta con un marco jurídico institucional recién reformado y modernizado. Ese marco sirve como punto de partida para el desarrollo de políticas sobre la base del desarrollo sostenible, la equidad, la justicia y la participación social. A pesar de ello, sin embargo, los temas ambientales siguen siendo tratados al margen de los grandes problemas del desarrollo nacional, tanto sociales como económicos. Los principios del desarrollo sostenible aún no son asumidos como parte integral del nuevo paradigma nacional de desarrollo.

III. Desafíos para garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

Los principales desafíos de este Objetivo son los siguientes:

-  Integración. Armonizar las políticas fiscales nacionales e internacionales, de manera que se logren los incentivos económicos y los mecanismos financieros capaces de garantizar la sostenibilidad ambiental.
-  Debilidad institucional. MARN es una institución recién creada que enfrenta, tanto los retos tradicionales de la administración pública, por ejemplo inestabilidad del personal, cambios drásticos y falta de seguimiento a los procesos con el paso de las diferentes administraciones públicas, como los de una nueva entidad surgida a partir de varios componentes preexistentes.
-  Presupuesto. Insuficiente apoyo financiero proveniente del presupuesto nacional.
-  Recursos humanos. Necesidad de fortalecer el acervo de recursos humanos con capacidades técnicas de mediano y alto nivel para la gestión ambiental y el desarrollo sostenible.
-  Mujeres. Tomar en cuenta el impacto diferenciado de la degradación ambiental sobre las mujeres y la participación

Los temas ambientales siguen siendo tratados al margen de los grandes problemas del desarrollo nacional

Los sectores agrícola y turístico tienen que armonizar sus respectivas políticas y prácticas con el desarrollo sustentable



diferenciada por sexo en la sostenibilidad del medio ambiente

Insostenibilidad en el uso y aprovechamiento de recursos naturales. Las relaciones de los sectores agrícola y turístico, requieren urgentemente la armonización intersectorial de sus respectivas políticas y prácticas con el desarrollo sustentable.

IV. Capacidades de evaluación y seguimiento

Al día de hoy no se ha hecho un avance significativo en la adopción de un mecanismo nacional para adoptar la línea base y las estadísticas asociadas que sirvan como indicadores relevantes del sector.

MARN ha hecho el esfuerzo de preparar un equipo de técnicos que trabaje en el desarrollo y adopción de los indicadores ambientales, pero no ha recibido un apoyo tan fuerte como para considerar que se trata de una iniciativa nacional y perdurable.

Por demás, el Objetivo VII debe incluir indicadores que reflejen, tanto el impacto diferenciado de la degradación medioambiental sobre las mujeres, como la participación de éstas en los órganos de decisión de proyectos y políticas de conservación del medio ambiente. Debido a la división sexual del trabajo, la recogida de leña y carbón, la cocina, la falta de agua saneada y la carestía energética tienen un impacto directo sobre las mujeres.

Cuadro 34. Elementos de capacidad de seguimiento	Alta	Baja	Débil
Capacidad de recolección de datos		X	
Calidad de la información de encuestas recientes		X	
Capacidad de seguimiento estadístico		X	
Capacidad de análisis estadístico		X	
Capacidad de incorporar el análisis estadístico a políticas, planes y mecanismos de asignación de recursos			X
Mecanismos de monitoreo y evaluación			X



Objetivo

Fomentar una sociedad global para el desarrollo

VIII

Metas e indicadores*

Meta 12. Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio.
Se incluye el compromiso de lograr una buena gestión de los asuntos públicos, el desarrollo y la reducción de la pobreza, en cada país y en el plano internacional.

Meta 14: Atender las necesidades especiales de los pequeños estados insulares en desarrollo (mediante el Programa de Acción para el Desarrollo Sostenible de los Pequeños Estados Insulares en Desarrollo y los resultados del vigésimo segundo período de sesiones de la Asamblea General)

Indicador 35. Proporción de la AOD destinada al medio ambiente de los Pequeños Estados Insulares en Desarrollo

Meta 15. Encarar de manera general los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales, a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo.

Indicador 44. Servicio de la deuda como porcentaje de las exportaciones de bienes y servicios.

Meta 16. En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a la juventud un trabajo digno y productivo

Indicadores 45. Tasa de desempleo de jóvenes comprendidos entre los 15 y los 24 años, por sexo y total

Meta 17. En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo a un costo razonable

Indicador 46. Proporción de la población con acceso estable a medicamentos esenciales, medido a través de la población afiliada al sistema de seguridad social y recibiendo la oferta de medicamentos del plan básico de salud. Definición y adopción de política de precios a la lista de medicamentos esenciales del plan básico de salud

Meta 18.

En colaboración con el sector privado, velar porque se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las tecnologías de la información y de las comunicaciones

Indicadores

47. Líneas de teléfono y abonados a teléfonos celulares por 100 habitantes

48. Computadoras personales en uso por 100 habitantes y usuarios de Internet por 100 habitantes

(*) Las siguientes metas e indicadores no son relevantes para la RD

La **Meta 13** se refiere a los países menos adelantados.

Los **indicadores 33, 34, 36 y 37** no son relevantes porque se refieren a la meta 13.

Los **indicadores 38, 39, 40 y 41** se refieren a temas de acceso a los mercados que los países desarrollados otorgan a los países en desarrollo y cubren aspectos tales como: porcentaje de bienes admitidos libre de derechos, aranceles medios aplicados a productos agrícolas, textiles y vestidos, estimación de la ayuda agrícola y proporción de la ayuda oficial para el desarrollo para fomentar la capacidad comercial.

Resumen de tendencia:

¿Se alcanzarán las metas?

Se necesita un gran esfuerzo nacional y más colaboración internacional

¿Cuál es la acción principal a tomar?

Garantizar condiciones previas para la inserción internacional, tales como: gasto público más eficiente, efectivo y transparente; revisión del esquema de ventajas comparativas para hacer frente al pleno cumplimiento de las normas de los principales tratados internacionales; racionalización de la ayuda internacional para el desarrollo y enfrentar los serios problemas de competitividad sistémica y de sostenibilidad ambiental para aprovechar las condiciones de acceso a mercado

Cumplir con las disposiciones establecidas en la Ley 20-00. Utilizar los mecanismos que la Ley de Propiedad Industrial prevé para facilitar la transferencia de tecnología. Incorporación y participación del país en la iniciativa subregional de compras conjuntas de medicamentos. Definir y adoptar una política de medicamentos genéricos. Establecer metas intermedias de cobertura de la seguridad social.

Este Objetivo y la gran mayoría de sus metas deben ser monitoreados a nivel internacional, concretamente a partir de las iniciativas y políticas de los países más desarrollados. De ahí que a continuación se aborde solamente la situación, las tendencias y los desafíos desde una perspectiva nacional.

I Diagnóstico y tendencias. Sociedad para el desarrollo

Meta 12. Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio

Desde los años ochenta en adelante, la inserción internacional de RD se dio a partir de la exportación de servicios, la inversión extranjera y mediante el flujo migratorio. (ver Cuadro 35)

La exportación de servicios se caracterizó por su poco valor agregado y su competitividad dependió de la mano de obra barata y/o de la depreciación de la moneda nacional. Tal comportamiento determinó un deterioro en la calidad de las exportaciones en términos de su impacto sobre el PIB y contribuyó a que el valor de los indicadores de bienestar social no alcanzara el nivel esperado.

En gran medida los serios problemas de competitividad sistémica estancaron las exportaciones de bienes nacionales, excluyendo zonas francas. A pesar del proceso de reformas ejecutadas en la década de los noventa, no aparecieron nuevos renglones que compensaran la caída de las exportaciones tradicionales y que aumentara significativamente las exportaciones de bienes nacionales.

Entre los principales rubros de exportación destacaron el turismo y las zonas francas. El desarrollo del turismo no enfrentó problemas de acceso a mercados más allá de aquellos derivados de la competencia internacional. Pero la modalidad de explotación creó problemas de sostenibilidad y externalidades negativas (inseguridad ciudadana,

sobrecargas, contaminación) que exigen una reestructuración de la actividad a fin de hacerla sostenible mediante una oferta más amigable con la cultura y con el medio ambiente.

Por su lado, las exportaciones de zonas francas crecieron aprovechando tres distorsiones del mercado mundial: el acuerdo multifibra que creó en EEUU una barrera selectiva a productos y a potenciales países competidores de productos dominicanos; la Iniciativa para la Cuenca del Caribe, que permitió franquear dicha barrera, de manera tal que RD accedió al mercado estadounidense bajo un régimen de cuota (a veces ilimitada) y con franquicia arancelaria; así como un régimen de incentivos y de impuestos que serán difícil de mantener a la luz de algunas normas de la OMC.

Esos tres mecanismos de distorsión del mercado mundial tienen fecha de caducidad en los próximos años a raíz de las nuevas normativas de la OMC. Por el momento, sin embargo, este sector aporta el 85% de las exportaciones nacionales y el 3% del Producto Bruto Interno.

Según el Consejo Nacional de Zonas Francas de Exportación, en el año 2001 operaban 51 parques de zonas francas con 512 empresas en funcionamiento y generaban un total de 175,078 empleos directos, de los cuales el 55% eran ocupados por mujeres. De ahí que las políticas que afecten a las zonas francas, independientemente de que lo hagan de manera positiva o

La apertura comercial no garantiza el desarrollo humano

Cuadro 35. Importaciones, exportaciones de bienes y servicios, y transferencias; en US\$ millones

Concepto	1980	1990	2000	2003
Importaciones de bienes f.o.b.	1,520	1,793	9,479	7,883
Exportaciones de bienes f.o.b.	1,079	1,585	5,737	5,439
Nacionales	962	735	966	1,041
Zonas Francas	117	850	4,771	4,399
Servicios (crédito)	309	1,097	3,228	3,435
Transferencias	205	371	2,075	2,232

Fuente: BCRD

negativa, repercuten de inmediato en la situación nacional en general y de la mujer dominicana en particular.

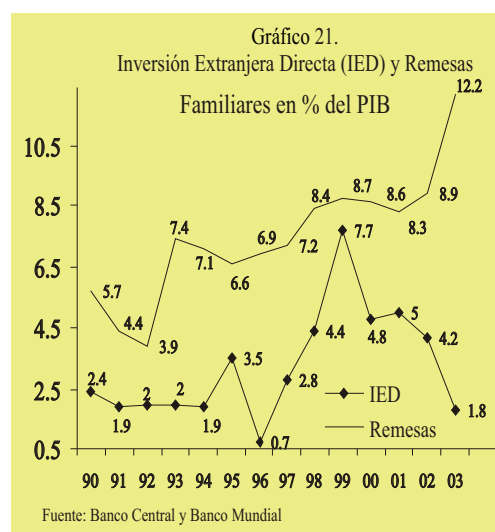
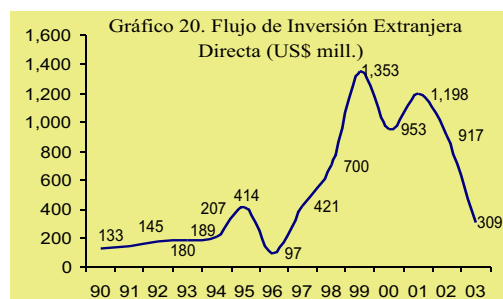
Previendo los cambios que tienen lugar en el comercio internacional, RD ha concentrado sus esfuerzos en buscar acceso a mercados por medio de la reducción de aranceles en el mercado estadounidense para productos dominicanos y la sobre explotación de los recursos humanos y ambientales, sin superar los problemas de competitividad sistémica de su aparato productivo. Es así, por ejemplo, que se acaba de concluir la adhesión al Acuerdo de Libre Comercio negociado entre Centroamérica y los Estados Unidos (CAFTA).

Sin embargo, no debe pasarse por alto que al momento de iniciar las negociaciones con EEUU más del 97% de las exportaciones dominicanas ya entraban libres de gravámenes al mercado estadounidense. Consecuentemente, después de la eventual entrada en vigencia del DR-CAFTA habrá reciprocidad en materia de acceso, pero seguirá siendo una incógnita cómo ese tratado afectará la política de desarrollo nacional pues, la adhesión dominicana se obtuvo sin negociar disciplinas comerciales y adoptando algunas normas disciplinarias más restrictivas que las vigentes en la OMC, sin por ello obtener a cambio algo que mejore la capacidad competitiva de los productos y de las exportaciones dominicanas.

De hecho, sin embargo, por el solo efecto de dichas negociaciones se han abierto las

expectativas --no garantizadas-- de que la inclusión dominicana al CAFTA pueda representar importantes inversiones extranjeras en RD.

La inversión extranjera directa al país registró tasas de crecimiento anuales del 50% en el período 1992-2002, llegando a representar el 5.2% del PIB entre 1998-2002 (ver Gráficos 20 y 21). Los sectores que atrajeron más inversiones internacionales fueron las maquilas (zonas francas), las telecomunicaciones y el turismo.



La adhesión dominicana al CAFTA se obtuvo sin negociar disciplinas comerciales y sin por ello obtener a cambio algo que mejore la capacidad competitiva de los productos y de las exportaciones dominicanas

Sin importar el peso relativo sobre el PIB (0.68% del PIB promedio durante la década del 90), los desembolsos brutos de préstamos, donaciones y asistencias técnicas bilaterales y multilaterales, representaron un importante insumo para el crecimiento nacional.

En los últimos cuatro años los desembolsos brutos casi se triplicaron, hasta alcanzar un promedio de US\$619 millones en 2003. Para 2004 está previsto que los desembolsos alcanzarán US\$847 millones, esencialmente como consecuencia del apoyo prestado a la balanza de pagos por las instituciones financieras internacionales para responder a la actual crisis económica y social.

Meta 14: Atender las necesidades especiales de los pequeños estados insulares en desarrollo

En agosto de 2004 se convocó una Conferencia Internacional en Mauricio para emprender una revisión completa y exhaustiva sobre la aplicación del Programa de Acción para el Desarrollo Sostenible de los Pequeños Estados Insulares en Desarrollo, adoptado en Barbados en 1994 y reafirmado en Johannesburgo durante la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Sostenible celebrada en 2002.

Para RD, el cumplimiento de las estipulaciones contenidas en el Programa de Acción de Barbados constituyó un marco de referencia en la elaboración de su política ambiental.

Meta 15: Encarar de manera general los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales, a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo

Los niveles y manejo de la deuda externa es otro vínculo entre la economía dominicana y la mundial. Durante la segunda mitad de los noventa la deuda externa y la deuda total del sector público consolidado como porcentaje del PIB se redujeron. Sin embargo, a partir de 2000 se incrementó: primero, en el marco de una estrategia para enfrentar una caída temporal de los ingresos de divisas (hasta el tercer trimestre 2002) y bajo el argumento de que el coeficiente deuda/PIB era muy bajo; y segundo, como consecuencia de la crisis bancaria.

En 2003 la deuda del sector público consolidado se duplicó (ver Cuadro 36). El saldo de la deuda pasó de US\$3.7 mil millones a US\$5.5, equivalente a un incremento de 49% entre 2000 y 2003. El servicio de la deuda, como por ciento del PIB y de las exportaciones de bienes y servicios, se estima en 7% y 13%, en 2003, mientras que como porcentaje del gasto público total sobrepasa el 40%.

El saldo de la deuda del sector público pasó de US\$3.7 mil millones a US\$5.5, entre 2000 y 2003

Cuadro 36. Deuda pública consolidada, en % del PIB

Deuda en % PIB	2002	2003
Deuda bruta del sector público	27.0	56.8
Externa	22.3	37.9
Local (incluyendo el Banco Central y el sector eléctrico)	4.7	18.9

Fuente: Carta de Intención con el FMI. Enero 2004

Meta 17: En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo a un costo razonable

Desde la Declaración Ministerial de Doha quedó establecido que el Acuerdo sobre los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados al Comercio (ADPIC) no impide a los países adoptar medidas para proteger la salud pública. (ver Recuadro 4)

Esa protección se garantiza accediendo a tecnologías modernas de productos y procesos. Pero precisamente, en virtud de ADPIC, esas tecnologías gozarán de

períodos de protección de 20 años y se puede acceder a ellas siempre y cuando se reciban mediante la inversión extranjera o a través de su aplicación doméstica, confiriendo licencias obligatorias a las industrias nacionales. De no haber

Recuadro 4. Fragmentos de la Declaración relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública

Convenimos en que el Acuerdo sobre los ADPIC no impide ni deberá impedir que los Miembros adopten medidas para proteger la salud pública. En consecuencia, al tiempo que reiteramos nuestro compromiso con el Acuerdo sobre los ADPIC, afirmamos que dicho Acuerdo puede y deberá ser interpretado y aplicado de una manera que apoye el derecho de los Miembros de la OMC de proteger la salud pública y, en particular, de promover el acceso a los medicamentos para todos.

A este respecto, reafirmamos el derecho de los Miembros de la OMC de utilizar, al máximo, las disposiciones del Acuerdo sobre los ADPIC que prevén flexibilidad a este efecto.

(...) estas flexibilidades incluyen: (...)

- B) Cada Miembro tiene el derecho de conceder licencias obligatorias y la libertad de determinar las bases sobre las cuales se conceden tales licencias.
- C) Cada Miembro tiene el derecho de determinar lo que constituye una emergencia nacional u otras circunstancias de extrema urgencia, quedando entendido que las crisis de salud pública, incluidas las relacionadas con el VIH/SIDA, la tuberculosis, el paludismo y otras epidemias, pueden representar una emergencia nacional u otras circunstancias de extrema urgencia.
- D) El efecto de las disposiciones del Acuerdo sobre los ADPIC que son pertinentes al agotamiento de los derechos de propiedad intelectual es dejar a cada Miembro en libertad de establecer su propio régimen para tal agotamiento sin impugnación, a reserva de las disposiciones de los artículos 3 y 4 sobre trato NMF y trato nacional.

6. Reconocemos que los Miembros de la OMC cuyas capacidades de fabricación en el sector farmacéutico son insuficientes o inexistentes podrían tropezar con dificultades para hacer un uso efectivo de las licencias obligatorias con arreglo al Acuerdo sobre los ADPIC. Encomendamos al Consejo de los ADPIC que encuentre una pronta solución a este problema y que informe al respecto al Consejo General antes del fin de 2002.

capacidad nacional de producción, los países pueden procurarse los productos en terceros mercados mediante las llamadas importaciones paralelas.

No obstante ese marco de referencia, no se han podido aplicar las medidas concretas adoptadas en los Acuerdos de Propiedad Intelectual de la OMC.

Pese a que no se han otorgado las licencias solicitadas por la industria nacional, ésta suplió en 2003 el 35.34% del mercado farmacéutico dominicano. Esta participación es aún mayor en el caso de los medicamentos utilizados para combatir las 10 principales causas de mortalidad en el país. Esta situación es tanto más significativa cuando se sabe que sus precios son menos de la mitad de los precios de los medicamentos europeos o estadounidenses y que sus ventas exceden en un 50% las europeas y en un 250% las estadounidenses.

Meta 18: En colaboración con el sector privado, velar porque se aprovechen los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las tecnologías de la información y de las comunicaciones

Esta Meta emplea diversos indicadores para medir el avance en su consecución; a saber, las líneas de teléfono y abonados a teléfonos celulares por 100 habitantes, las computadoras personales en uso por 100 habitantes y los usuarios de Internet por 100 habitantes. Todos esos indicadores muestran una tendencia creciente. (ver Cuadro 37) La disponibilidad de celulares y teléfonos se multiplicó por 6.6 veces y los usuarios llegaron a 3.6% de la población total en 2002.

Independientemente de esos indicadores, el Informe sobre Desarrollo Humano de 2001 presenta el Índice de Avance Tecnológico (IAT) cuyo objetivo es medir la capacidad de un país para crear y difundir tecnologías, y construir una base de conocimientos humanos para tomar parte en las innovaciones. Este índice no indica qué país está a la cabeza del desarrollo tecnológico, sino el esfuerzo del país para desarrollar una base de conocimientos tecnológicos en toda la población. De 72 países del mundo para los cuales se calculó el IAT, RD aparece en el lugar 55 (1 el mejor y 72 el peor), es decir, en el 25% más bajo, estando mejor que Honduras (61) y Nicaragua (64), pero peor que El Salvador (54), Jamaica (49), Panamá (42), Trinidad y Tobago (41) y Costa Rica (36).

Para ser competitivo, el país necesita enfrentar las altas tasas de interés, la precariedad del servicio energético y la fragilidad institucional

Cuadro 37. Uso de telecomunicaciones en República Dominicana

Estadística	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Abonados a teléfonos fijos y celulares por 100 habitantes	4.8	8.2	8.98	10.59	12.01	14.98	18.7	25.67	31.71
Usuarios de Internet por 100 habitantes		0.02	0.08	0.15	0.24	1.15	1.86	2.15	3.64

Fuente: ITU / ONU

II. Marco de apoyo: políticas y programas

En el contexto del Objetivo VIII se han alcanzado acuerdos de libre comercio con Centroamérica y CARICOM. RD es miembro de la Asociación de Estados del Caribe y participa en el ALCA y en la OMC, ha finalizado la negociación de un TLC con EEUU y tiene una ley de inversión extranjera que ofrece todas las garantías a la inversión extranjera, sin establecer limitaciones a la repatriación de capitales ni exigir niveles de desempeño.

RD mantiene en agenda, entre otras iniciativas, el código de mercado y la reprivatización del sistema de distribución de energía eléctrica.

III. Desafíos para desarrollar una sociedad global para el desarrollo

El proceso de modernización estructural de República Dominicana necesita ser consolidado para asegurar la generación de recursos suficientes para responder a los principales retos enfrentados por el país.

Entre esos desafíos despuntan el combate y la erradicación de la pobreza y de la corrupción, el mejoramiento de los principales índices relacionados con la educación, la salud sexual reproductiva, las oportunidades de trabajo para jóvenes y la gestión sostenible de los recursos naturales renovables. Y como si fuera poco, el país aún necesita enfrentar de manera sostenible los serios problemas de competitividad sistémica que afectan la energía, la dotación de infraestructura, las altas tasas de interés y la fragilidad

institucional omnipresente en cada proceso productivo y de la vida social.

Todo lo anterior implica, de un lado, la adopción en tiempos relativamente cortos de las medidas necesarias para responder a los desafíos de la economía globalizada, en un escenario normativo internacional en rápida y constante evolución.

El desmantelamiento del Acuerdo Multi-Fibra en 2004 y la eliminación de los subsidios a las exportaciones para 2007, así como los acuerdos de la OMC, implican serios retos para el país e invitan a reconsiderar el modelo de desarrollo y que se abra un debate que promueva soluciones concretas basadas en el pleno respeto a los tratados internacionales firmados por el país.

Es fundamental que las políticas inherentes a los procesos de globalización se hagan acompañar de políticas sociales compensatorias dirigidas a paliar los efectos inmediatos más negativos y a cubrir las necesidades más urgentes de los sectores poblacionales afectados, y en particular de las mujeres y de los adolescentes.

A modo de ejemplo, cabe resaltar que el país no cuenta con una política de medicamentos genéricos ni capacidad para poner en funcionamiento mecanismos de control de calidad y de precios para la lista de medicinas esenciales. Y en lo relativo al Sistema Dominicano de Seguridad Social, el mismo adolece porque las dificultades para extender la cobertura o afiliación se hace acompañar por una sensible falta de financiamiento y por la no aplicación del

El país tiene que adoptar en breve tiempo las medidas necesarias para responder a los desafíos de la economía globalizada

Al impulsar la participación de los sectores afectados por la apertura comercial se contrarrestarán los efectos negativos de la globalización

Artículo 20 de la Ley 87-01 en el que se identifican múltiples fuentes de financiamiento.




En adición a las ya mencionadas políticas sociales, conviene impulsar una mayor apertura hacia la rendición de cuentas y a la participación de los sectores afectados por las políticas de apertura comercial para contrarrestar los efectos negativos de la globalización. En esa línea se inscriben las iniciativas de establecer códigos de conducta para las corporaciones transnacionales, la adopción de normas internacionales sobre medio ambiente y los derechos laborales de las trabajadoras y trabajadores.

Por último, dado que en el país no existen programas dirigidos a incorporar la perspectiva de género en el análisis y formulación de propuestas relativas a las transformaciones económicas en curso, es indispensable superar esta limitación.

IV. Capacidades de evaluación y seguimiento

La producción y la calidad de las estadísticas en el país son deficientes. Será necesaria una mejoría en este campo para dar seguimiento y evaluar el avance de éste y de todos los ODM en República Dominicana.

A fin de monitorear los efectos diferenciados por sexo de las acciones implicadas en el Objetivo VIII, se recomienda incluir los siguientes indicadores:

-  ONGs que promueven la equidad de género participando en foros de discusión mundiales sobre globalización
-  % de la asistencia oficial para el desarrollo dedicada a programas y proyectos para el avance de la mujer
-  Proporción de mujeres y de hombres que trabajan en los sectores económicos productores de bienes o servicios para exportación.

Cuadro 38. Elementos de capacidad de seguimiento	Alta	Baja	Débil
Capacidad de recolección de datos			X
Calidad de la información de encuestas recientes		X	
Capacidad de seguimiento estadístico			X
Capacidad de análisis estadístico			X
Capacidad de incorporar el análisis estadístico a políticas, planes y mecanismos de asignación de recursos			X
Mecanismos de monitoreo y evaluación			X



BIBLIOGRAFIA

- Banco Central: *Encuesta de Gasto e Ingresos de los Hogares*. Santo Domingo, 1998
- Banco Mundial: *Informe sobre la Pobreza en República Dominicana*. Washington, 2002
- Banco Mundial: *Prioridades ambientales y opciones estratégicas: Análisis ambiental del país*. Washington, 2004
- Centro de Estudios Sociales y Demográficos: *Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA)*. Santo Domingo, 1991, 1996, 2002
- CEPAL, IPEA, PNUD: *Hacia el Objetivo del Milenio de Reducir la Pobreza en América Latina*. Santiago de Chile, 2002
- Espaillet, J.B.: *Energía como reductor de pobreza en República Dominicana*. Secretaría de Estado de Industria y Comercio, 2003
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF): *Progreso para la Infancia*, Nueva York 2004
- Instituto Nacional de Formación Técnica Vocacional: *INFOTEP en cifras, 1982-1999*. Santo Domingo, 2000
- Mancebo, Juan: *Proyecto cambio climático*, PNUD/MARN, 2004
- ONAPLÁN: *Estrategia para la Reducción de Pobreza en República Dominicana*. Santo Domingo, 2003
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD): *Informe sobre Desarrollo Humano*. Nueva York, 1999 y siguientes
- Programa Mundial de Alimentos, Banco Interamericano de Desarrollo, Secretariado Técnico de la Presidencia: *Análisis y Cartografía de Riesgos y Vulnerabilidad en la República Dominicana*. Santo Domingo, 2003
- Secretaría de Estado de Educación: *Plan Estratégico de Desarrollo de la Educación Dominicana, 2003-2012*. Santo Domingo, 2003

Sistema de las Naciones Unidas en la **República Dominicana**



Alto comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados-ACNUR



Instituto de Investigaciones y Capacitación de las Naciones Unidas para la Promoción de la Mujer - INSTRAW



Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud -OPS/OMS



Banco Mundial



Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación -FAO



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA-ONUSIDA



Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia



Organización Internacional del Trabajo -OIT



Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD



Fondo de Población de las Naciones Unidas -UNFPA



Organización Internacional para la Migración -OIM



Programa Mundial de Alimentos -PMA