

# **HACIA UN PISO DE PROTECCIÓN SOCIAL Y GÉNERO EN REPÚBLICA DOMINICANA**

**ESCENARIOS Y COSTOS**



VICEPRESIDENCIA  
DE LA REPÚBLICA DOMINICANA



GABINETE DE COORDINACIÓN  
DE POLÍTICAS SOCIALES

# HACIA UN PISO DE PROTECCIÓN SOCIAL Y GÉNERO EN REPÚBLICA DOMINICANA: ESCENARIOS Y COSTOS

Septiembre de 2018



Organización  
Internacional  
del Trabajo



*Al servicio  
de las personas  
y las naciones*

---

El Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales (GCPS), coordinado por la vicepresidenta de la República, la doctora Margarita Cedeño, es la instancia de discusión política de la agenda social del Gobierno de República Dominicana para la articulación de políticas, así como el espacio de coordinación operativa y evaluación estratégica de la política social. El GCPS promueve la igualdad de género a través de programas que toman en cuenta la igualdad de oportunidades, de trato y de condiciones, contribuyendo a la reducción de las brechas que en distintos ámbitos separan al hombre y la mujer.

Mediante la asistencia técnica y el apoyo a políticas públicas, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) trabaja para contribuir al fortalecimiento de los países proponiendo estrategias para el desarrollo de las capacidades nacionales. El fomento de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres es un aspecto central de su mandato. Este esfuerzo comprende la promoción de los derechos de las mujeres y niñas, la lucha contra las prácticas discriminatorias y la impugnación de los roles y estereotipos que sirven de fundamento a las desigualdades y exclusión.

La Oficina Internacional del Trabajo (OIT) promueve la igualdad de oportunidades para que las mujeres y los hombres accedan a un trabajo decente, bien remunerado, productivo y realizado en condiciones de libertad, equidad, seguridad y dignidad humana. La OIT estima que la igualdad de género constituye un elemento decisivo para la consecución de sus objetivos estratégicos.

La organización de las Naciones Unidas dedicada a promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, ONU Mujeres, fortalece las capacidades de actores claves para integrar el enfoque de género en las políticas, programas y proyectos sociales, desarrollando investigación aplicada sobre género y facilitando la gestión del conocimiento y la coordinación interinstitucional.

---

Este documento, Hacia un Piso de Protección Social y Género en República Dominicana: escenarios y costos, ha estado a cargo del siguiente equipo de trabajo:

- **Dirección general:** Margarita Cedeño, vicepresidenta de República Dominicana y coordinadora del Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales.
- **Equipo de investigación:** Elga Salvador, Juliana Martínez Franzoni, Alejandro Bonilla y Corina Rodríguez Enríquez.
- **Coordinación e implementación:** Gabinete de Coordinación Políticas Sociales (GCPS) y Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en República Dominicana.
- **Equipo técnico:** Rosa María Suárez, Estefani Jerez, Gilda Solano, Julissa Holguín y Mónica Pérez Eró (Vicepresidencia y GASO); Guillermina Martín, Bárbara Auricchio, Raissa Crespo y Rosa Matos (PNUD); María Arteta, María José Chamorro, Helmut Schwarzer, Fabio Durán-Valverde y José Francisco Ortiz (OIT); y Consuelo Cruz, Miosotis Rivas y Lorena Barba (ONU Mujeres).
- **Colaboración:** Consejo Nacional de Discapacidad (CONADIS), Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE), Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), Dirección General de Programas Especiales de la Presidencia (DIGEPEP), Instituto Nacional de Bienestar Estudiantil (INABIE), Instituto Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia (INAPI), Ministerio de Educación (MINERD), Programa Progresando con Solidaridad (PROSOLI), el Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN) y Círculo de Mujeres con Discapacidad (CIMUDIS).
- **Directora de Comunicación:** Matilde Chávez
- **Cuidado de edición y corrección de estilo:** Milena Herazo
- **Diseño:** NG Media, Marketing and Advertising



## PALABRAS DE LA VICEPRESIDENTA DE LA REPÚBLICA DOMINICANA

En la República Dominicana, la propuesta de protección social con un enfoque de género es una iniciativa desarrollada por nuestro Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales con el apoyo del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Organización Internacional de Trabajo (OIT) y ONU Mujeres, a partir del informe regional «Combatiendo la desigualdad

desde lo básico. Piso de protección social e igualdad de género», publicado en 2012. Toda una década trazando políticas públicas basadas en un sistema de protección social, conscientes de un reto pendiente: garantizar el acceso de las familias a la protección social como elemento indispensable para contribuir a la mitigación de las desigualdades.

A partir de 2012 se inicia la puesta en marcha de un proceso consultivo de amplia participación para la construcción de una propuesta de piso de protección social, esta vez con sensibilidad de género, observando los efectos que los programas existentes tienen sobre la igualdad de género para acotar y eliminar aquellos que consolidan situaciones discriminatorias en torno a la división sexual del trabajo, y más bien promover y expandir aquellos que ayudan a transformarla. En tal sentido, desde el 2014 se ejecuta la iniciativa en el país del Piso de Protección Social y Género, el primer proyecto desarrollado en la región y que, por tanto, sirve como experiencia modelo para los demás países de Latinoamérica y el Caribe.

A la fecha se ha desarrollado un «Mapeo y análisis de género de los programas de protección social y del sistema de seguridad social de la República Dominicana. Informe final y lineamientos para la construcción de propuestas», presentado en 2016, que ha servido como punto de partida y que nos compromete a seguir ampliando nuestros horizontes y garantías de bienestar, permitiéndonos identificar las principales brechas de género y de protección social que aún existe en nuestro país, así como los avances y los desafíos pendientes.

Por lo anterior, se elabora este ejercicio de identificación de programas y una estimación de costos utilizando la metodología de protocolo de estimación rápida (RAP), incorporando el horizonte temporal de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles y la Agenda 2030, estableciendo tres escenarios incrementales quinquenales que facilitan la gradualidad de la inversión pública. El estudio,

liderado por la consultora Elga Salvador, ha valorado en materia de cobertura la población (brechas horizontales), así como la suficiencia y contingencias cubiertas (brechas verticales). De igual forma, se ha incorporado un análisis desde la perspectiva de derechos y a lo largo del ciclo de vida, encontrando importantes limitaciones en la garantía del derecho, por restricciones presupuestarias o por réplica en el diseño teórico de las desigualdades de roles entre hombres y mujeres; así como desafíos relevantes de programas en los valores extremos de la vida: primera infancia y población adulta mayor.

En el marco de esta iniciativa, se destaca como uno de los principales retos la reorganización de las responsabilidades entre el Estado, las familias y el mercado, elevando al ámbito de corresponsabilidad social del Estado en los cuidados, promoviendo una cultura de igualdad entre los hombres y las mujeres en el hogar. Esto significa involucrar al Estado en estrategias de derivación parcial de los cuidados fuera del ámbito familiar y considerar el potencial papel de los hombres como cuidadores; en particular, de niños y niñas. Ubicando, en ese sentido, el papel de los servicios –públicos, privados o mixtos– en su doble condición de prestadores de servicios y de generadores de empleo.

En general, este estudio es una herramienta clave para integrar de forma transversal el enfoque de género en las políticas sociales. Tal y como indica la Estrategia Nacional de Desarrollo (END), cuando plantea la importancia de caminar hacia la igualdad y equidad entre hombres y mujeres. Este mapeo es una gran oportunidad para seguir avanzando hacia el progreso, una muestra tangible de que hemos dado pasos agigantados hacia el desarrollo humano en nuestro país.

Estamos experimentando un desarrollo humano innovador en el marco de una democracia totalmente participativa, donde la articulación intersectorial y el rol de la sociedad civil desempeñan un papel fundamental para la sostenibilidad de las políticas sociales.

La República Dominicana anhela mostrar al mundo que sí es posible cerrar la brecha de la desigualdad social e inequidad, ampliando las oportunidades de todas nuestras familias sin exclusión alguna.

Con este ejercicio-país innovador nos convertimos en referente metodológico para nuestros hermanos países de la región, que al igual que nosotros luchan contra la pobreza extrema.

**Margarita Cedeño**

Vicepresidenta de la República

@margaritacdf



## **PALABRAS DEL COORDINADOR RESIDENTE DEL SISTEMA DE LAS NACIONES UNIDAS EN REPÚBLICA DOMINICANA**

La República Dominicana considera la protección social como un derecho humano, definido por un conjunto de políticas y programas diseñados para reducir y prevenir la pobreza y la vulnerabilidad de su población en todo el ciclo de vida.

A pesar de los esfuerzos por la universalización de la protección y la seguridad social en el país, las mujeres y grupos vulnerables se afectan de manera desproporcionada. El mercado laboral dominicano exhibe una alta segregación en donde las mujeres suelen estar más expuestas a la desocupación y trabajos de bajos ingresos, por otro lado, el modelo tradicional de seguridad social asegura solo a la persona trabajadora del sector formal y sus dependientes, dejando fuera a las personas en situación de informalidad y deja de reconocer el aporte social del trabajo no remunerado, como el trabajo doméstico y de cuidados, que mayoritariamente realizan las mujeres.

El Piso de Protección Social y Género es una propuesta del Sistema de las Naciones Unidas que ha sido desarrollada por el Gabinete de Coordinación Políticas Sociales de la Vicepresidencia con el apoyo de PNUD, OIT y ONU MUJERES como una experiencia piloto para la región de Latinoamérica y el Caribe, con el fin de prevenir o aliviar la pobreza y contribuir en la reducción de las desigualdades de género que limitan el desarrollo humano sostenible. La iniciativa plantea acciones que sirven como aceleradores para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y de la Agenda 2030 con la transformación de los sistemas de protección social para no dejar a nadie atrás.

Este documento que presentamos contiene una estimación de los costos implicados en la expansión, la transformación y la creación de las políticas públicas o intervenciones priorizadas para la incorporación del enfoque de género en la gestión de la protección social, así como diversos escenarios resultantes posibles.

El mismo es la culminación de un largo proceso de levantamiento de información y consultas, y nos evidencia la importancia de incluir la perspectiva de género en los sistemas de protección y seguridad social, apuntando además a una explicación sucinta de la metodología de costeo

implementada, las principales características de la protección y la seguridad social dominicana, en adición de exponer un resumen de las tendencias demográficas, económicas y laborales en función de las cuales se presentan las estimaciones de ampliación, revisión y creación de políticas públicas.

Asimismo, plantea que el éxito de las acciones para el cierre de brechas de género en la protección social no depende de la multiplicación de programas e instituciones dispersas, sino de la integración y de la coordinación entre los diferentes actores. Se requiere, además, una dosis sustantiva de articulación interinstitucional entre las áreas del Estado para lograr superar la segmentación y llevar adelante un uso más racional de los recursos disponibles, y de los que se puedan incrementar y asignar a finalidades de política pública asociadas con la protección y la seguridad social. Esto implica seguir involucrando a las diferentes instancias del Estado asociadas con el fortalecimiento del Piso de Protección Social y Género, en el marco de un mecanismo participativo.

Es importante lograr un compromiso político para la ejecución de esta iniciativa, la cual ha tenido la finalidad de señalar los próximos pasos para seguir avanzando en el cierre de brechas de género en la República Dominicana. Para no dejar a nadie atrás, la Agenda 2030 nos dice «No es posible realizar todo el potencial humano y alcanzar el desarrollo sostenible si se sigue negando a la mitad de la humanidad el pleno disfrute de sus derechos humanos y sus oportunidades».

Desde OIT, ONUMUJERES y el PNUD reiteramos nuestro compromiso con los esfuerzos del país para fortalecer las capacidades nacionales para la eliminación de las desigualdades y la reducción de la pobreza desde un enfoque de derechos.

**Lorenzo Jiménez de Luis**

Coordinador Residente del Sistema  
de las Naciones Unidas en República Dominicana

# Tabla de contenido

<b>Abreviaciones</b>	11
<b>Introducción</b>	13
<b>1. Protección Social en República Dominicana: avances hacia la igualdad de género como pilar para no dejar a nadie atrás</b>	19
El sistema de protección social dominicano	22
El pilar no contributivo	25
Los servicios de cuidado de personas no autónomas	26
Programas de educación, formación profesional y promoción de empleabilidad para personas jóvenes y adultas	28
<b>2. Aspectos metodológicos. Costeo del piso de protección social con perspectiva de género y definición de escenarios.</b>	29
Aspectos metodológicos para el costeo de iniciativas dirigidas a avanzar hacia un piso de protección social con perspectiva de género	31
Modelo de costeo en el contexto dominicano	32
Consideraciones metodológicas útiles para la lectura de los costeos	33
<b>3. Tendencias demográficas, laborales y macroeconómicas: insumos para el costeo del piso de protección social con perspectiva de género</b>	37
<b>4. Escenarios de costos para avanzar hacia la igualdad de género desde la protección social</b>	40
A. Protección social para niños, niñas, adolescentes y jóvenes: presente y futuro de República Dominicana. Desarrollo integral y autonomía económica	42
Costeo de una transferencia monetaria de incentivo escolar de un monto más alto que las existentes	46
Acciones complementarias	47
B. Personas con discapacidad: ingresos propios y promoción de la autonomía económica suya y de las mujeres de la familia	48
Costeo de una nueva transferencia monetaria para personas con discapacidad	49
Acciones complementarias	51
C. Garantía de piso de protección social para las personas adultas mayores y reconocimiento del valor del trabajo doméstico asumido por las mujeres adultas mayores a lo largo de su vida	52
Costeo de la asignación para la afiliación al SENASA de la población adulta mayor	57



Puesta en marcha del Seguro de Vejez, Discapacidad y Supervivencia del Régimen Subsidiado (Pensiones Solidarias)	58
Costeo de la pensión solidaria para personas adultas mayores	59
Costeo de una transferencia monetaria solidaria para personas adultas mayores	60
Prioridades y acciones complementarias	61
D. Servicios de cuidado	62
Oferta de servicios de cuidado para personas adultas mayores	65
Oferta de servicios de cuidado para personas con discapacidad	66
Oferta de servicios de cuidado infantil	67
Costeo de los servicios de cuidado para población de entre 45 días y 4 años y 11 meses de los primeros tres deciles de ingresos	71
Prioridades y acciones complementarias	73
E. Síntesis de las prestaciones costeadas	74
F. Otros progresos y desafíos para avanzar hacia un piso de protección social con perspectiva de género	76
F.1 Ampliación de la cobertura del Sistema Dominicano de Seguridad Social	76
F.1A Trabajadoras y trabajadores por cuenta propia	77
F.1B Trabajadoras domésticas remuneradas	77
F.1C Reconocimiento del trabajo no remunerado	78
F.1D Cobertura con el SFS de las personas que reciben pensiones	79
F.2 Avances y desafíos en los subsidios por maternidad y lactancia	80
F.3 Suficiencia y mejor acceso a servicios de salud	82
<b>5. Síntesis y próximos pasos</b>	<b>83</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>87</b>
<b>Anexo I. Tablas y gráficos con tendencias y proyecciones demográficas y laborales</b>	<b>93</b>
<b>Anexo II. Tablas de cálculos de los costos</b>	<b>104</b>
<b>Anexo III. Lista de participantes en el taller de la mesa técnica intersectorial para un piso de protección social para la igualdad de género (21 de marzo de 2018)</b>	<b>114</b>

## Índice de cuadros

<b>Cuadro 1.</b> República Dominicana. Regímenes de protección del SDSS según cobertura legal y fuente de financiamiento	22
<b>Cuadro 2.</b> República Dominicana (diciembre de 2017). Población afiliada en el Seguro Familiar de Salud (SFS) según tipo de régimen y sexo del afiliado	23
<b>Cuadro 3.</b> República Dominicana. Transferencias monetarias destinadas a la permanencia en el sistema educativo (primaria y secundaria)	44
<b>Cuadro 4.</b> República Dominicana. Brechas de cobertura de las transferencias monetarias destinadas a la permanencia en el sistema educativo (primaria y secundaria)	45
<b>Cuadro 5.</b> República Dominicana. Resultados del costeo de la transferencia monetaria de incentivo escolar como porcentaje del PIB a precios constantes para 2020, 2025 y 2030	47
<b>Cuadro 6.</b> República Dominicana. Resultados del costeo de la transferencia monetaria para personas con discapacidad como porcentaje del PIB a precios constantes para 2020, 2025 y 2030	50
<b>Cuadro 7.</b> República Dominicana. Transferencias monetarias que garantizan un mínimo de ingreso a las personas adultas mayores	55
<b>Cuadro 8.</b> República Dominicana. Brechas de cobertura de la transferencia monetaria Programa de Protección a la Vejez en Pobreza Extrema (PROVEE)	56
<b>Cuadro 9.</b> República Dominicana. Resultados del costeo de la asignación para afiliación al SENASA de las personas adultas mayores como porcentaje del PIB per cápita a precios constantes para 2020, 2025 y 2030 (Régimen subsidiado)	58
<b>Cuadro 10.</b> República Dominicana. Resultados del costeo de la pensión solidaria para personas adultas mayores como porcentaje del PIB a precios constantes para 2020, 2025 y 2030	59
<b>Cuadro 11.</b> República Dominicana. Resultados del costeo de la transferencia monetaria para personas adultas mayores como porcentaje del PIB a precios constantes para 2020, 2025 y 2030	60
<b>Cuadro 12.</b> República Dominicana. Capacidad instalada en cuidado de personas adultas mayores	66
<b>Cuadro 13.</b> República Dominicana. Oferta pública de servicios de cuidado infantil y de educación preprimaria	69
<b>Cuadro 14.</b> República Dominicana. Resultados del costeo de los servicios de cuidado infantil como porcentaje del PIB a precios constantes para 2020, 2025 y 2030	71
<b>Cuadro 15.</b> República Dominicana. Costeo de los costos indirectos del equipamiento de estancias infantiles como porcentaje del PIB a precios constantes para 2020, 2025 y 2030	72
<b>Cuadro 16.</b> Estimación de costos de las prestaciones priorizadas	75
<b>Cuadro 17.</b> Costos de la ampliación de prestaciones para 2020 según escenarios como porcentaje del PIB	75
<b>Cuadro 18.</b> Costos de la ampliación de prestaciones para 2030 según escenarios como porcentaje del PIB	76

## Índice de tablas

<b>Tabla 1.</b> República Dominicana (2005-2030). Extracto del marco macroeconómico	93
<b>Tabla I1.</b> República Dominicana (1950-2100). Estimaciones y proyecciones nacionales de población total y por sexo	94
<b>Tabla I2.</b> República Dominicana (2005-2030). Tendencias de la población en edad de trabajar	96
<b>Tabla I3.</b> República Dominicana (2005-2030). Tendencias de la Población Económicamente Activa ampliada por grupo de edad y sexo	97
<b>Tabla I4.</b> República Dominicana (2005-2030). Tendencias de la Población Económicamente Activa ampliada por sector (en miles de personas)	98
<b>Tabla I5.</b> República Dominicana (2005-2030). Tendencias de la población ocupada por sector (en miles de personas)	99
<b>Tabla I6.</b> República Dominicana (2005-2030). Tendencias de la población desocupada ampliada (en miles de personas)	100
<b>Tabla I7.</b> República Dominicana (2005-2030). Tendencias de la población inactiva (en miles de personas)	101
<b>Tabla I8.</b> República Dominicana (2009-2013). Ingreso medio mensual por área de residencia y sexo (en RD\$)	103
<b>Tabla II.</b> Proyección de los montos correspondientes respectivamente al 100 %, 75 % y 50 % de la línea de pobreza	104
<b>Tabla II1.</b> Costeo de la transferencia monetaria para escolaridad	104
<b>Tabla II2.</b> Costeo de la transferencia monetaria para las personas con discapacidad	105
<b>Tabla II3.</b> Costeo de la asignación para afiliación al SENASA de las personas adultas mayores	106
<b>Tabla II4.</b> Costeo de pensión solidaria del régimen subsidiado para las personas adultas mayores	108
<b>Tabla II5.</b> Costeo de la transferencia monetaria solidaria para las personas adultas mayores	109
<b>Tabla II6.</b> Costeo de los servicios de cuidado infantil	110
<b>Tabla II7.</b> Costos indirectos asociados con los servicios de cuidado infantil	112

## Índice de gráficos

<b>Gráfico I1.</b> República Dominicana (2000-2030). Evolución de la población total según sexo	95
<b>Gráfico I2.</b> República Dominicana (2005-2030). Tendencias de la población inactiva por sexo (en miles de personas)	102

# Abreviaturas

<b>AEISS</b>	Administradora de Estancias Infantiles Salud Segura
<b>ADESS</b>	Administradora de Subsidios Sociales
<b>AFP</b>	Administradoras de Fondos de Pensiones
<b>ARS</b>	Administradoras de Riesgos de Salud
<b>BCRD</b>	Banco Central de la República Dominicana
<b>BEEP</b>	Bono Escolar Estudiando Progreso
<b>BGH</b>	Bono gas Hogares
<b>BL</b>	Bonoluz
<b>CAUTAL</b>	Clasificación de Actividades de Uso del Tiempo para América Latina y el Caribe
<b>CAID</b>	Centro de Atención Integral para la Discapacidad
<b>CEA</b>	Conferencia Estadística de las Américas
<b>CEDAW</b>	Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer
<b>CEPAL</b>	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
<b>CCPPS</b>	Centros de Capacitación y Producción Progresando con Solidaridad
<b>CEP</b>	Comer es Primero
<b>CIANI</b>	Centros Infantiles de Atención Integral
<b>CNSS</b>	Consejo Nacional de Seguridad Social
<b>CONADIS</b>	Consejo Nacional de Discapacidad
<b>CONAPE</b>	Consejo Nacional de la Persona Envejeciente
<b>CONDEI</b>	Consejo Nacional de Estancias Infantiles
<b>CTC</b>	Centros Tecnológicos Comunitarios
<b>DIDA</b>	Dirección de Información y Defensa de los Afiliados
<b>DIGEPEP</b>	Dirección General de Programas Especiales de la Presidencia
<b>ENHOGAR</b>	Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples
<b>EPES</b>	Espacio de Esperanza
<b>GCPS</b>	Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales
<b>IDSS</b>	Instituto Dominicano de Seguros Sociales
<b>IES</b>	Programa de Incentivo a la Educación Superior
<b>ILAE</b>	Incentivo a la Asistencia Escolar
<b>INAIFI</b>	Instituto Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia
<b>INFOTEP</b>	Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional
<b>LPM</b>	Línea de Pobreza Monetaria

<b>MEPyD</b>	Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo
<b>MESCYT</b>	Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología
<b>MINERD</b>	Ministerio de Educación de la República Dominicana
<b>MPS</b>	Ministerio de Salud Pública
<b>ODS</b>	Objetivos de Desarrollo Sostenible
<b>OIT</b>	Organización Internacional del Trabajo
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONE</b>	Oficina Nacional de Estadística
<b>PAE</b>	Programa de Alimentación Escolar
<b>PLANEG</b>	Plan Nacional de Igualdad y Equidad de Género
<b>PPA</b>	Paridad del Poder Adquisitivo
<b>PASNE</b>	Programa de Apoyo al Sistema Nacional de Empleo
<b>PEA</b>	Población Económicamente Activa
<b>PIB</b>	Producto Interno Bruto
<b>PNUD</b>	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
<b>PROSOLI</b>	Progresando con Solidaridad
<b>PROVEE</b>	Programa de Protección a la Vejez en Pobreza Extrema
<b>PSS</b>	Prestadoras de Servicios de Salud
<b>RAP</b>	Rapid Assessment Protocol
<b>RC</b>	Régimen Contributivo
<b>RS</b>	Régimen Subsidiado
<b>RCS</b>	Régimen Contributivo Subsidiado
<b>SDSS</b>	Sistema Dominicano de Seguridad Social
<b>SENASA</b>	Seguro Nacional de Salud
<b>SFS</b>	Seguro Familiar de Salud
<b>SIPEN</b>	Superintendencia de Pensiones
<b>SISALRIL</b>	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales
<b>SIUBEN</b>	Sistema Único de Beneficiarios
<b>SNS</b>	Servicio Nacional de Salud
<b>SRL</b>	Seguro de Riesgos Laborales
<b>SVDS</b>	Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia

# INTRODUCCIÓN

La seguridad social es un derecho humano reconocido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), en sus artículos 22 y 25<sup>1</sup>, y se promueve con diferentes instrumentos jurídicos y acuerdos internacionales, tales como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer CEDAW, por sus siglas en inglés. La importancia de este derecho se reconoce en gran medida por su papel trascendental en el logro del desarrollo humano sostenible y la justicia social.

Para propósitos de este informe, la protección social o la seguridad social, asumidos como sinónimos<sup>2</sup>, se entienden como el «conjunto de políticas y programas diseñados para reducir y prevenir la pobreza y la vulnerabilidad en todo el ciclo de vida de una persona»<sup>3</sup>. En cualquier contexto, la evidencia internacional ha demostrado de manera sistemática que la implementación de estas políticas trae consigo grandes beneficios para impulsar el desarrollo humano y la productividad, incrementar la demanda interna y la dinámica de las economías locales, aumentar el ahorro y la inversión en los distintos grupos de la población, facilitar la transformación estructural de la economía y, entre otros aspectos, promover el trabajo decente<sup>4</sup>.

A pesar de ser un derecho humano y de que su ejecución tenga grandes beneficios, en el mundo existen grandes brechas para universalizar el acceso a la protección social; y América Latina no es la excepción. Según estimaciones del Informe Mundial de Protección Social<sup>5</sup>, en América Latina y el Caribe, el 32.4 por ciento de la población (241 millones de personas) no cuenta con ningún tipo de acceso de la protección social y el porcentaje restante accede a una protección efectiva muy baja. Aunque el porcentaje de desprotección es alto, la brecha en la región está por debajo del promedio mundial: se estima que el 55 por ciento de la población (cerca de 4000 millones de personas) no cuenta con seguridad social.

Si bien en las últimas décadas en el mundo ha mejorado la cobertura de la protección social, todavía es un gran desafío alcanzar la universalidad, garantizando no solo el acceso, sino también

---

1 Naciones Unidas (1948).

2 En el último Informe Mundial de Protección Social de la OIT (2017/2019) y desde hace tiempo en muchos países, los términos «seguridad social» y «protección social» se usan como sinónimos. En República Dominicana todavía los términos se usan considerando algunas diferencias: **la protección social** incluye la protección brindada desde el sistema nacional de seguridad social y los diferentes componentes de asistencia social dirigidos a los grupos más vulnerables y financiados por el Estado y prestaciones universales; mientras que el término de **seguridad social** generalmente se asocia a la protección social otorgada en el marco del Sistema Dominicano de Seguridad Social. Se considera que esta distinción está destinada a desvanecer también en República Dominicana.

3 OIT (2017).

4 OIT (2010), DFID (2011) y OIT (2017).

5 OIT (2017).

un grado adecuado en los beneficios o transferencias recibidas (suficiencia de la cobertura). En la práctica, la seguridad social incluye beneficios familiares y por hijo o hija, prestaciones de maternidad, desempleo, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, así como las pensiones de vejez, invalidez y sobrevivientes y la protección de la salud.

En este contexto de grandes vacíos históricos en los niveles de protección social, la Junta de Jefes Ejecutivos del Sistema de Naciones Unidas adopta en 2009 la Iniciativa del Piso de Protección Social para garantizar la puesta en práctica de este derecho humano consagrado en los tratados internacionales. Esta iniciativa busca promover políticas de protección social mediante el acceso universal de transferencias y servicios esenciales, a través de una estrategia en que las agencias especializadas de la ONU han sido claves para poner en marcha estas políticas y diseminar los beneficios que de ellas se derivan. En 2012, los 185 Estados Miembros de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) adoptan en la Conferencia Internacional del Trabajo (CIT) la Recomendación núm. 202 sobre los pisos de protección social: un instrumento jurídico internacional con recomendaciones para la construcción de sistemas nacionales de seguridad social integrales y con vistas a la universalización.

Esta recomendación reafirma la seguridad social como un derecho humano y una necesidad económica y social, y ha permitido formalizar un nuevo modo de visualizar la protección social, con una estrategia que busca «[...] asegurar como mínimo que, durante el ciclo de vida, todas las personas necesitadas tengan acceso a una atención de salud esencial y a una seguridad básica de ingresos que aseguren conjuntamente un acceso efectivo a los bienes y servicios definidos como necesarios a nivel nacional». Para hacer esto posible, promueve la creación e implementación de cuatro garantías básicas en los países, que son:

1. Acceso a un conjunto de bienes y servicios definido en el país que constituyen la atención de salud esencial –incluida la atención de la maternidad–, que cumpla los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.
2. Seguridad básica del ingreso para los niños y niñas.
3. Seguridad básica para las personas en edad activa sin ingresos suficientes.
4. Seguridad básica del ingreso para las personas adultas mayores.

El cumplimiento de estas garantías puede darse progresivamente mediante **regímenes** universales: de seguro social, de asistencia social, de impuesto negativo sobre la renta, públicos de empleo o de apoyo al empleo impulsados por políticas financiadas combinando programas contributivos y/o no contributivos (asistencia social) o con otras fuentes previstas por cada país.

En este marco, la recomendación núm. 202 brinda orientaciones a los países para que, por un lado, establezcan y mantengan pisos nacionales de protección social como un elemento

fundamental de las estrategias nacionales de seguridad social, y por otro lado, para que la aplicación de los pisos de protección social en el marco de estrategias nacionales aseguren progresivamente niveles más elevados de seguridad social para el mayor número de personas posible, tomando en cuenta las orientaciones de instrumentos como el Convenio núm. 102 sobre la seguridad social (norma mínima-1952), ratificado por República Dominicana en el año 2016. Es decir, la recomendación núm. 102 promueve el piso de protección social como un primer peldaño de una escalera para crear y fortalecer una protección social integral, la cual consta de un conjunto más amplio de beneficios de la seguridad social.

Como instrumento de política, la protección social busca aminorar las desigualdades sociales y la pobreza, y contribuye a reducir un conjunto amplio de desigualdades; entre ellas, una de las más universales y que limitan el desarrollo humano sostenible: la **desigualdad de género**. Las brechas de género en la protección social son numerosas y significativas. Son resultado de relaciones que dan lugar a desprotección (por el menor acceso a la protección social desde el mercado de trabajo), vulnerabilidad (por la asunción casi exclusiva de las responsabilidades familiares) y de exclusión social (por el menor acceso a los recursos, la menor o inexistente participación en la toma de decisiones y en los espacios de poder) de las mujeres con respecto a los hombres.

Con esta inquietud, en 2012, la OIT, el PNUD y ONU Mujeres prepararon el informe *Combatiendo la desigualdad desde lo básico. Piso de protección social e igualdad de género* para definir un marco conceptual y elaborar una propuesta metodológica y de aplicación práctica en el análisis del piso de protección social desde la igualdad de género en Centroamérica y República Dominicana. El propósito del documento era contribuir al debate y a la reflexión de los modelos de seguridad social en la región, así como a una mayor investigación y análisis.

Luego de presentado en República Dominicana en junio de 2013, la Vicepresidencia del país solicita asistencia técnica a las tres agencias para fortalecer los cambios institucionales que está impulsado el país hacia la igualdad de género en los programas de política pública. A finales de 2013 inicia el proyecto Piso de Protección Social y Género para «redefinir un primer piso de acceso a derechos sociales, que considere la desigualdad de las personas tanto en términos socioeconómicos y de género, como a lo largo de su ciclo de vida, garantizando la universalidad desde un enfoque de derechos humanos», que constituye la primera iniciativa desarrollada en la región latinoamericana y que, por lo tanto, servirá como modelo<sup>6</sup>.

---

6 Procesos similares que incluyen análisis, consultas sectoriales y costeos que se están llevando a cabo en otros países de las Américas, Asia y África bajo el nombre de «Assessment Based National Dialogue», es decir, «Diálogo nacional basado en evaluaciones» (véase en: <http://secsoc.ilo.org/abnd/>). Sin embargo, la experiencia de la Iniciativa Piso de Protección Social e Igualdad de Género es la primera en tener la ambición de abordar de forma específica las brechas de género.



Hasta la fecha, la iniciativa –coordinada por el Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales (GCPS) y con el apoyo técnico del PNUD, la OIT y ONU Mujeres– se ha propuesto revisar los sistemas de protección social con enfoque de género. Para ello, analiza cómo cuestionan o contribuyen a perpetuar las desigualdades de género, tomando en cuenta las diferencias entre mujeres y hombres en el acceso a los recursos y la desigual asignación de papeles basada en la tradicional división sexual del trabajo<sup>7</sup>.

El marco de acción de la iniciativa está armonizada con los contenidos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, que reafirmaron la importancia de promover pisos de protección social e igualdad de género para que «nadie se quede atrás». Con miras a poner fin a la pobreza (ODS 1), los Estados se comprometen a poner en práctica sistemas de protección social apropiados para aumentar la cobertura entre las personas más pobres y vulnerables (meta 1.3).

La formulación de políticas de protección social que reconozcan y valoren los cuidados no remunerados y el trabajo doméstico no remunerado se cita además de forma explícita en la meta 5.4 como instrumento clave para lograr la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de todas las mujeres y las niñas (ODS 5). La adopción de políticas fiscales, salariales y de protección social con estas características se cita como meta 10.4 por su contribución a la reducción de la desigualdad en y entre los países (ODS 10)<sup>8</sup>. La iniciativa de piso de protección social e igualdad de género,

## Principios de la Agenda 2030

**Universalidad:** implica que los objetivos y metas son relevantes para todos los Gobiernos y actores. Esto no significa uniformidad, sino que implica diferenciación, aplicando el principio de responsabilidades comunes, pero diferenciadas.

**Integración de políticas públicas:** significa equilibrar las dimensiones de desarrollo social, crecimiento económico y protección ambiental. Un enfoque integrado implica la gestión de compensaciones (*trade-offs*) y la maximización de sinergias entre objetivos.

**Que nadie se quede atrás:** este principio aboga por que ningún objetivo se logrará a menos que se cumpla para todas las personas.

7 GCPS/PNUD en República Dominicana/PNUD/ONU Mujeres/OIT (2016) y PNUD/OIT/ONU Mujeres (2012).

8 Indicadores de las metas de los ODS citadas en el documento que se refieren explícitamente al piso de protección social con igualdad de género: 1.3.1 Porcentaje de la población cubierta por niveles mínimos o sistemas de protección social, desglosado por sexo, y distinguiendo entre los niños, los desempleados, los ancianos, las personas con discapacidad, las mujeres embarazadas y los recién nacidos, las víctimas de accidentes de trabajo, los pobres y los grupos vulnerables; 5.4.1 Porcentaje de tiempo dedicado a quehaceres domésticos y cuidados no remunerados, por sexo, grupo de edad y ubicación; 10.4 Proporción laboral del PIB, que comprende los salarios y las transferencias de protección social.

además, se considera fundamental para poner fin al hambre (ODS 2), garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades (ODS 3), garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad (ODS 4), garantizar la disponibilidad de agua y saneamiento para todos (ODS 6) y promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos (ODS 8).

El presente documento, *Hacia un piso de protección social con perspectiva de género en República Dominicana: escenarios y costos*, forma parte del acompañamiento de las agencias en un entorno institucional favorable para la cooperación. El informe tiene dos objetivos precisos: contribuir en el reflejo de la perspectiva de género en los programas de protección social y costear un conjunto de programas de protección social que contribuyen a subsanar algunas brechas de género y de derechos humanos en República Dominicana.

El interés por realizar un costeo de programas de protección social tendentes a reducir las brechas de género se origina del estudio *Mapeo y análisis de género de los programas de protección social y del sistema de seguridad social*<sup>9</sup>. Con el mapeo de programas y los diferentes análisis realizados, un grupo de expertas y expertos nacionales e internacionales<sup>10</sup> contribuyen a definir y priorizar las brechas y, consecuentemente, a identificar los programas que se costean en este informe.

Como producto de los espacios de diálogo entre las instituciones nacionales y los expertos nacionales e internacionales, este documento pone énfasis en la importancia de la extensión de la protección social a lo largo del ciclo de vida de las personas, así como de la expansión de los sistemas de cuidado para personas dependientes y en las mejoras de la calidad laboral –en particular, para jóvenes y mujeres–. La calidad del trabajo es crucial para reducir la desigualdad de género mediante la protección social. Las propuestas incluidas en este informe se dirigen al cierre de brechas horizontales (cobertura de segmentos poblacionales adicionales) y verticales (ampliación de los niveles de beneficios), y se estima el costo de la inversión que cada uno de estos ajustes implicaría para el Estado si se implementan por separado, permaneciendo las demás condiciones constantes.

El ejercicio de costeo, llevado a cabo en diferentes etapas entre 2016 y 2017, se basa en simulaciones de la implementación de ajustes en diferentes horizontes temporales (2020, 2025 y 2030) y contemplando diversos grados de alcance con respecto a las metas ideales previstas (100 por ciento, 75 por ciento y 50 por ciento).

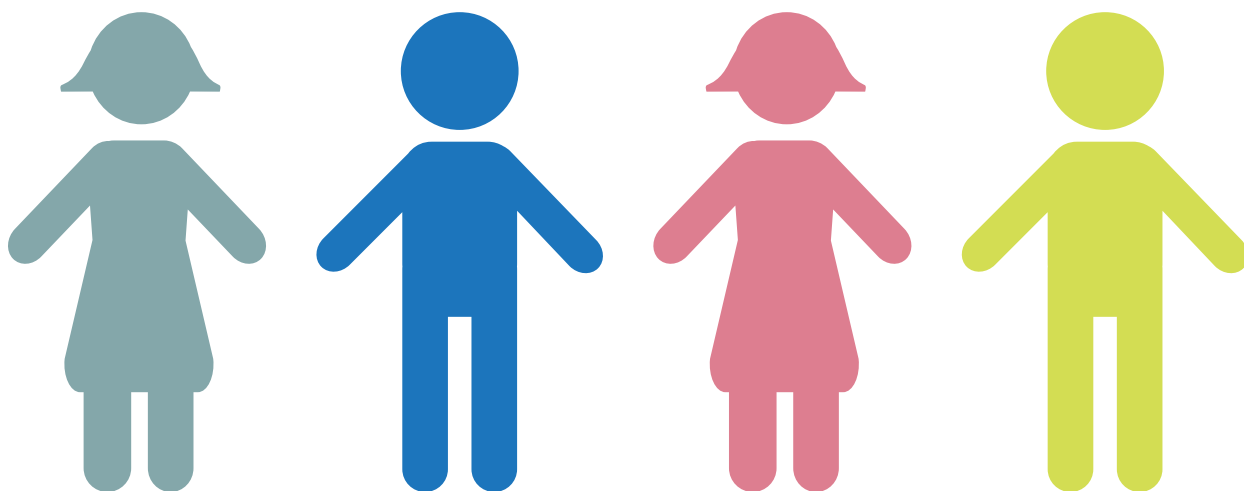
---

9 GPCS/PNUD en República Dominicana/PNUD/ONU Mujeres/OIT (2016).

10 Participaron en el ejercicio de priorización autoridades políticas y técnicas de instituciones que intervienen en el Sistema Dominicano de Seguridad Social, funcionarios y funcionarias, así como representantes de las agencias de las Naciones Unidas que apoyan esta iniciativa.

Se aspira a que los costeos expuestos en este documento resulten de utilidad para el conjunto de instituciones dominicanas que intervienen en el diseño y gestión de los regímenes de la protección social: para identificar cuáles propuestas asumir y con qué prioridades y ritmos de ejecución para acercarse progresivamente a la consolidación de un piso de protección social con igualdad de género.

El informe está dividido en cinco capítulos. El primero muestra el diseño del sistema de protección social en República Dominicana, destacando avances del país para cerrar las brechas de género. El segundo capítulo presenta un desarrollo conceptual sobre el abordaje de la perspectiva de género en los sistemas de protección social, brindando elementos metodológicos útiles para integrarla en el costeo de iniciativas dirigidas a avanzar hacia un piso de protección social con igualdad de género. El tercer capítulo expone las principales tendencias demográficas, laborales y macroeconómicas como insumos para el costeo. El capítulo cuarto presenta los distintos escenarios y los resultados de un conjunto de programas de protección social que contribuyen a reducir algunas brechas de género dentro del diseño del piso de protección social. Y, por último, el capítulo cinco presenta una síntesis de los principales mensajes del informe y plantea pasos que en la práctica se han realizado y otros que potencialmente pueden darse para avanzar en el proceso de construcción de un piso de protección social con perspectiva de género dentro de su estructura de diseño e implementación en República Dominicana.





## 1. Protección social en República Dominicana:

avances hacia la **igualdad de género** como pilar para no dejar a nadie atrás

En República Dominicana, como en muchos otros países, los sistemas de protección social creados durante el siglo XX integraban a hombres y mujeres a partir de la idea –generalmente no real– de familias compuestas por hombres proveedores de ingresos y mujeres dedicadas a tiempo completo a los cuidados. Según ese modelo, la protección social debía garantizar la seguridad de los ingresos frente a la enfermedad y la incapacidad. El embarazo, el parto y el periodo de lactancia de las mujeres trabajadoras también se consideraba una de estas incapacidades.

Bajo ese supuesto de organización de las familias, la protección social desarrolló esquemas de aseguramiento dirigidos al trabajador y a sus familiares económicamente dependientes: cónyuge, hijos e hijas. Este esquema fundacional asumía la separación dicotómica entre el ámbito público (de «producción», propia del trabajo remunerado) y el ámbito privado-doméstico (de cuidado y otros «roles reproductivos»).

Dicho de otro modo, el modelo de protección social tradicional se asentaba sobre dos supuestos de política fuertes: la formalidad de las relaciones laborales y la división sexual del trabajo entre hombres (tradicionalmente asociados con los roles productivos) y mujeres (relacionadas con los roles reproductivos). Ellas accedían indirectamente a la seguridad social; en particular, a los servicios de salud y a la protección de la vejez en situaciones de viudez. Ambos fueron los criterios de elegibilidad, llaves para acceder a la seguridad social.

La asunción de roles reproductivos ha limitado tradicionalmente el acceso de las mujeres al mercado laboral. Así las cosas, muchas mujeres realizan trabajos informales, sin las mismas garantías laborales y de seguridad social que los formales. En República Dominicana en 2014, el 56 por ciento de la fuerza de trabajo estaba inserta en relaciones laborales informales, y el 32.34 por ciento de esa fuerza de trabajo eran mujeres<sup>11</sup>. De igual manera, más de la mitad de las mujeres ocupadas se encontraba en condiciones de informalidad<sup>12</sup>.

Las formas precarias de inserción laboral, los modelos diversos de familia y la combinación de trabajo remunerado y no remunerado por parte de las mujeres erosionan los supuestos organizadores de la protección social previamente dominantes, y explican en gran medida las brechas de género en el acceso y el nivel de los beneficios.

Como respuesta, los sistemas de protección social del mundo han ampliado los criterios de elegibilidad más allá del trabajo formal y de la dependencia económica de un hombre proveedor de ingresos. Algunos criterios de acceso utilizados son: la pobreza, la ausencia de ingresos propios, la jefatura femenina del hogar y la discapacidad de algún miembro de la familia. Por ejemplo, en el año 2013 en República Dominicana se promulga la Resolución núm. 320-20 del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), que aprueba el borrador del reglamento que establece el procedimiento para otorgar pensiones solidarias a las cuales, según el Art. 63 de la Ley núm. 87-01, tendrían derecho las personas con discapacidad severa y las personas mayores de 60 años que carecen de recursos suficientes para satisfacer sus necesidades, así como «las madres solteras desempleadas con hijos menores de edad que carecen de recursos suficientes para satisfacer sus necesidades esenciales y garantizar la educación de los mismos».

---

11 MEPyD (2014).

12 BCRD (2014); GCPS/PNUD en República Dominicana/PNUD/ONU Mujeres/OIT (2016).



El reglamento para aplicar las pensiones solidarias lo promulgó posteriormente el Poder Ejecutivo mediante el Decreto núm. 381-13. Al cierre de este documento, esta prestación todavía no se está otorgando, aunque, según informaciones del CNSS, el Ministerio de Hacienda se encuentra en proceso de análisis de las posibles fuentes de financiamiento para dar inicio gradual a su implementación.

De igual forma, internacionalmente comienza a reconocerse y a valorar el peso social de los cuidados y del trabajo no remunerado que realizan las mujeres en el ámbito doméstico, así como los conflictos que se plantean entre este trabajo y el trabajo remunerado. En República Dominicana, se da un importante avance normativo con la promulgación de la Constitución de 2010. En el Art. 55, numeral 11, reconoce el trabajo de hogar y, de manera tácita, el cuidado como «actividad económica que crea valor agregado y produce riqueza y bienestar social»<sup>13</sup>. Sin embargo, este enunciado en la Carta Magna no se ha traducido en un reconocimiento efectivo del trabajo doméstico: ni en términos económicos (transferencias monetarias para cuidar o pensiones de vejez) ni en cambios normativos<sup>14</sup>.

No obstante, el país ha tenido algunos avances efectivos en el ámbito de la protección social con medidas que han tomado en cuenta las necesidades prácticas y los intereses estratégicos de las mujeres. Por un lado, la ampliación realizada por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) de la cobertura del subsidio por maternidad de 12 a 14 semanas para las trabajadoras, alineándose con el Convenio núm. 183 sobre la protección de la maternidad (2000), ratificado en febrero de 2016 y en vigor a partir de febrero de 2017. Por otro lado, la ampliación de la oferta de los servicios de cuidado infantil ininterrumpida desde 2014 y que ha contemplado la puesta en funcionamiento de un Sistema Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia, sobre el cual se profundizará más adelante<sup>15</sup>.

Con estos cambios, si bien el sistema de protección social dominicano progresivamente está ampliando las fronteras de la protección social en transferencias y servicios, como en la mayoría de países en desarrollo, las brechas entre normativa y práctica siguen siendo una tarea pendiente<sup>16</sup>. Los desafíos en República Dominicana se recogen en estudios como el *Mapeo y análisis de género de los programas de protección social y del sistema de seguridad social*<sup>17</sup>.

---

13 Congreso Nacional de República Dominicana (2010).

14 GCPS/PNUD en República Dominicana/PNUD/ONU Mujeres/OIT (2016).

15 Anteriormente se habían registrado otros avances relevantes desde la perspectiva de género: la inclusión del criterio de afiliación del núcleo familiar del trabajador; el reconocimiento de las relaciones matrimoniales informales o consensuales, que otorga el derecho a un seguro de salud al núcleo completo; la existencia de un solo Plan de Servicios de Salud sin importar la clase social; la ampliación de coberturas de salud durante el embarazo; la eliminación de las exclusiones por concepto de embarazos.

16 OIT (2017).

17 GCPS/PNUD en República Dominicana/PNUD/ONU Mujeres/OIT (2016).

## El sistema de protección social dominicano

La protección social<sup>18</sup> dominicana está organizada en tres pilares: el pilar contributivo (que ofrece aseguramiento presente y futuro a los hogares de personas que han participado en el mercado laboral formal), el pilar subsidiado (que, a través de aseguramiento, transferencias y subsidios, se dirige a grupos poblacionales que demuestran un estado de necesidad) y los servicios de promoción social de orientación universal, como la educación, la salud y el trabajo<sup>19</sup>.

En el año 2001 se aprueba la Ley núm. 87-01, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), la cual reconoce el derecho a la protección frente a los riesgos o situaciones a lo largo del ciclo de la vida, como la vejez, la discapacidad, la enfermedad, la maternidad, los cuidados infantiles y los riesgos laborales<sup>20</sup>. Esta ley es de carácter universal y contempla tres componentes: cada uno, asociado a diferentes poblaciones meta, coberturas y fuentes de financiamiento (véase el Cuadro 1).

**Cuadro 1.** República Dominicana. Regímenes de protección del SDSS según cobertura legal y fuente de financiamiento

TIPO DE RÉGIMEN	COBERTURA LEGAL	FINANCIAMIENTO
<b>Régimen contributivo</b>	Trabajadores asalariados públicos y privados	Contribuciones de trabajadores y empleadores
<b>Régimen subsidiado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadores por cuenta propia con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo</li> <li>• Desempleados</li> <li>• Personas con discapacidad</li> <li>• Personas en situación de indigencia</li> </ul>	Aportes del Estado
<b>Régimen contributivo-subsidiado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesionales y técnicos/as independientes</li> <li>• Trabajadores por cuenta propia con ingresos iguales o superiores al salario mínimo</li> </ul>	Contribuciones y subsidios estatales

**Fuente:** Ley núm. 87-01 de creación del Sistema Dominicano de Seguridad Social, Art. 7.

18 Véase la nota al pie 1 sobre la distinción entre protección social y seguridad social en República Dominicana.

19 Lavigne, M. y Vargas, L. (2015) y GCPS/PNUD en República Dominicana/PNUD/ONU Mujeres/OIT (2016).

20 Secretaría de Estado de Trabajo (2001). Actualmente Ministerio de Trabajo.

Lo dispuesto en esta ley se empezó a ejecutar en 2003 de forma gradual<sup>21</sup>. Hasta la fecha de la publicación de este informe, el sistema funcionaba parcialmente, como se explica a continuación.

El régimen contributivo funciona plenamente otorgando los siguientes beneficios: el Seguro de Vejez, Discapacidad y Supervivencia (SVDS) desde el año 2003, el Seguro Familiar de Salud (SFS) (incluye el subsidio de maternidad, subsidio de lactancia, subsidio de enfermedad y estancias infantiles) y el Seguro de Riesgos Laborales (SRL) desde el año 2007.

El régimen subsidiado inicia en 2003 lo relativo al Seguro Familiar de Salud (SFS) y a partir del año 2013 con las estancias infantiles administradas por el Instituto Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia (INAIFI). Todavía no funciona en el sector pensiones; sin embargo, al cierre de este informe, según informaciones del CNSS, el inicio del SVDS (conocido como Pensiones Solidarias) está planificado para el año 2019.

Por último, el régimen contributivo-subsidiado todavía no se ha puesto en funcionamiento, aunque se está estudiando cómo activarlo o redefinirlo con una posible modificación a la Ley núm. 87-01.

Las principales entidades gubernamentales que conforman el SDSS son el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), encargado de establecer políticas generales y conducir el sistema; la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) y la Superintendencia de Pensiones (SIPEN), que velan por la correcta implementación de los seguros; la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), encargada de la afiliación y recaudación de las contribuciones sociales; y la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA), responsable de informar a los afiliados sobre sus derechos y deberes. Además, diversas entidades públicas, privadas y mixtas se encargan de la provisión de los servicios.

En los últimos años, el SDSS ha tenido avances importantes, aunque todavía persisten desafíos para cerrar las brechas de cobertura (cantidad de personas que reciben beneficios) y de calidad y suficiencia (monto) de las prestaciones. A modo de ejemplo, cuando en 2007 el Seguro Familiar de Salud (SFS) inició sus actividades, aproximadamente 2 600 000 personas estaban afiliadas; y de ellas, el 42.3 por ciento mediante el régimen subsidiado y el restante 57.7 por ciento mediante el contributivo.

Como se puede observar en el Cuadro 2, en diciembre de 2017 la afiliación del SFS era de 7 449 280 personas<sup>22</sup>: el 52.4 por ciento mediante el régimen Contributivo y el restante 47.6 por ciento mediante el subsidiado.

---

21 Tal como lo establece en la misma ley: «La Seguridad Social se desarrolla en forma progresiva y constante con el objeto de amparar a toda la población, mediante la prestación de servicios de calidad, oportunos y satisfactorios».

22 SISALRIL (2018).



**Cuadro 2.** República Dominicana (diciembre de 2017). Población afiliada en el Seguro Familiar de Salud (SFS) según tipo de régimen y sexo del afiliado

DETALLE	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
<b>Cantidad de personas</b>			
Total	7 449 280	3 655 041	3 794 239
Régimen contributivo	3 902 592	1 977 166	1 925 426
Régimen subsidiado	3 546 688	1 677 875	1 868 813
<b>Porcentaje del total</b>			
Total	100.0	100.0	100.0
Régimen contributivo	52.4	54.1	50.7
Régimen subsidiado	47.6	45.9	49.3

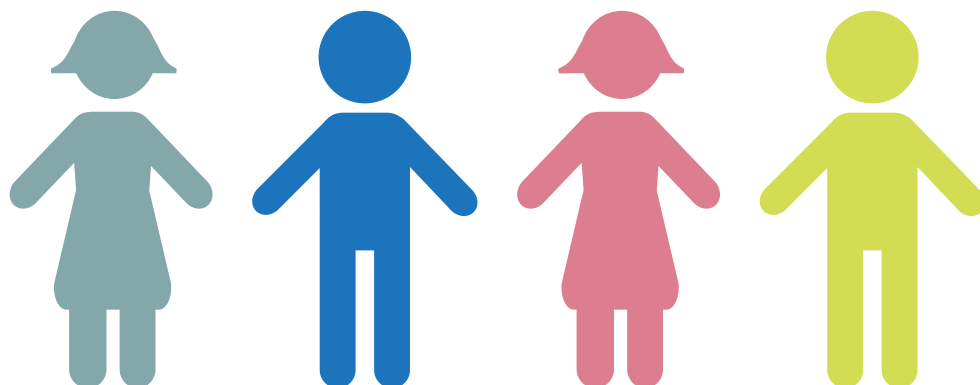
**Fuente:** Elaboración propia basándose en datos de SISALRIL (2018).

La composición de la afiliación del Seguro Familiar de Salud (SFS) por sexo en diciembre de 2017 es 50.93 por ciento femenina y 49.07 por ciento masculina. Analizando los datos por régimen, se observa que, como consecuencia del desigual acceso al mercado laboral, las mujeres tienen un mayor peso en la afiliación (el 52.69 por ciento de la población afiliada) del régimen subsidiado. En el régimen contributivo, ellas representan el 49.34 por ciento de las personas afiliadas.

Si bien los avances del sistema han colocado a República Dominicana entre los países latinoamericanos con mayor cobertura en salud a la población, acercándose a una cobertura del 75 por ciento de la población nacional<sup>23</sup>, todavía hay camino por recorrer hasta lograr la cobertura universal planteada en la Estrategia Nacional de Desarrollo para el año 2030 (Ley núm. 1-12).

Esos vacíos se observan en algunos grupos poblacionales (brechas verticales y suficiencia de prestaciones) y en la población que ha sido ocupada en el sector formal (brechas tanto horizontales como verticales por montos considerados insuficientes).

23 CNSS (2018).



## El pilar no contributivo

En los últimos años, República Dominicana ha tenido avances importantes en la creación y en el desempeño de los programas no contributivos, a pesar de que el mapeo de 2014<sup>24</sup> señaló una alta dispersión de recursos, mucha fragmentación y baja coordinación entre los diferentes programas de asistencia social. Todos estos factores se traducen en solapamiento y duplicación de iniciativas, problemas de acceso y calidad de los servicios, brechas de cobertura y, en última instancia, en una limitada eficacia del sistema de protección social en general. Continuar mejorando la gestión de los programas de asistencia social contribuirá a reducir la pobreza y las desigualdades sociales –entre ellas, la de género–. A continuación, se presentan algunos de los principales componentes de este pilar<sup>25</sup>.

El **Programa Progresando con Solidaridad (PROSOLI)** se encarga de otorgar transferencias monetarias a hogares pobres y vulnerables<sup>26</sup>. El Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN) colabora identificando los hogares elegibles para las transferencias y los subsidios<sup>27</sup> y la Administradora de Subsidios Sociales (ADESS) se ocupa de la administración y ejecución financiera de los subsidios y de los contratos y convenios con los comercios y expendedores. El programa ofrece transferencias monetarias condicionadas (TMC) y subsidios focalizados:

---

24 GCPS/PNUD en República Dominicana/PNUD/ONU Mujeres/OIT (2016).

25 Un cuadro con la síntesis de los principales (no todos) programas que integran el SDSS está disponible en las págs. 116-118 del documento *Mapeo y Análisis de Género de los Programas de Protección Social y del Sistema de Seguridad Social de la República Dominicana: Informe Final y Lineamientos para la Construcción de Propuestas*, disponible los siguientes enlaces de los sitios web de PNUD/ONU Mujeres/OIT: [http://www.do.undp.org/content/dam/dominican\\_republic/docs/genero/publicaciones/pnud\\_do\\_mapeogeneroRD.compressed.pdf?download](http://www.do.undp.org/content/dam/dominican_republic/docs/genero/publicaciones/pnud_do_mapeogeneroRD.compressed.pdf?download); <http://lac.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2016/mapeo-y-analisis> [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-san\\_jose/documents/publication/wcms\\_489015.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-san_jose/documents/publication/wcms_489015.pdf)

26 UCW (2014).

27 La población beneficiaria se selecciona en dos etapas: la primera se basa en criterios geográficos, con datos censales sistematizados en el mapa de pobreza; la segunda clasifica los hogares en función de su situación socioeconómica mediante un estudio sociodemográfico realizado por el SIUBEN que se utiliza para identificar la población elegible del régimen subsidiado del SDSS.

- La TMC **Comer es Primero (CEP)** otorga una ayuda económica mensual al jefe o jefa de hogar para comprar alimentos de acuerdo a una canasta básica determinada y está condicionada a la asistencia a los servicios de salud.
- La TMC **Incentivo a la Asistencia Escolar (ILAE)** es un apoyo económico a la inscripción y a la asistencia escolar de los niños, niñas y adolescentes con miras a disminuir la deserción escolar entre los 6 y los 16 años de edad.
- El **Bono Escolar Estudiando Progreso (BEEP)** promueve la culminación de la educación secundaria (antiguo bachiller) y del nivel técnico profesional de jóvenes hasta los 21 años de edad para aumentar sus oportunidades de inserción laboral.
- El subsidio **Bonogás para Hogares (BGH)** auxilia a los hogares pobres y de clase media-baja en la compra del gas licuado de petróleo (GLP).
- El subsidio **Bonoluz (BL)** se utiliza para el pago del servicio eléctrico.

El Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (MESCYT), en colaboración con la ADESS y la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), gestiona una transferencia monetaria dirigida a incentivar la educación universitaria de jóvenes estudiantes provenientes de zonas con altos niveles de pobreza: el programa de Incentivo a la Educación Superior (IES).

El Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE) gestiona dos transferencias monetarias dirigidas a las personas adultas mayores: las del programa de Protección a la Vejez en Pobreza Extrema (PROVEE) para garantizar la alimentación de personas mayores de 65 años de edad sin cobertura de pensiones; y las de CONAPE TE AMA, dirigida a personas mayores de 60 años en situación de indigencia.

Según datos del SIUBEN, en todos los programas citados persisten brechas de cobertura con respecto a la población elegible.

## Los servicios de cuidado de personas no autónomas

En la Ley núm. 87-01 se incluye el servicio de estancias infantiles para niños y niñas de edad comprendida entre los 45 días y los 5 años de edad como prestación de los tres regímenes.

Sin embargo, debido a limitaciones financieras, desde el año 2009, con la aprobación del procedimiento para el inicio gradual de los servicios de estancias infantiles del Seguro Familiar de Salud del régimen contributivo<sup>28</sup>, estas prestaciones se han dirigido inicialmente solo a las

---

28 Aprobado mediante Resolución núm. 211-03 del CNSS, de 25 de junio de 2009.

trabajadoras adscritas al mercado formal<sup>29</sup> que perciban hasta 3 salarios mínimos y ha alcanzado una cobertura muy por debajo de las necesidades<sup>30</sup>.

Otras instituciones públicas han empezado a brindar servicios de cuidado, promoción y protección de la población infantil de familias que no necesariamente participan en el SDSS: el Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia (CONANI), el Programa Progresando con Solidaridad (PROSOLI) y la Dirección General de Programas Especiales de la Presidencia (DIGEPEP). En el año 2015 se crea el Instituto Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia (INAIFI) como órgano adscrito al Ministerio de Educación con la responsabilidad de gestionar la prestación de servicios de atención integral de calidad a niños y niñas durante la primera infancia. El INAIFI gestiona actualmente los Centros de Atención Integral a la Primera Infancia (CAIFI)<sup>31</sup> y los antiguos Centros Infantiles de Atención Integral (CIANI)<sup>32</sup> que están en fase de transición para adecuarse al modelo de funcionamiento de los CAIFI. Paralelamente, la Dirección de Centros Tecnológicos Comunitarios (CTC) cuenta con el componente Espacio de Esperanza (EPES) que ofrece servicios de estimulación temprana para niños y niñas de 3 y 4 años de edad.

Los programas citados anteriormente son iniciativas no contributivas y asequibles principalmente para los hogares en condición de pobreza; sin embargo, como en otros campos, la capacidad de los programas sigue siendo insuficiente para responder a la demanda<sup>33</sup>. Sumado a lo anterior, República Dominicana aún tiene una insuficiente oferta de servicios públicos para el cuidado de otros grupos poblacionales que de igual forma requieren de apoyo para realizar funciones básicas: personas adultas mayores no autónomas<sup>34</sup>, personas enfermas no autónomas y personas con discapacidad no autónomas.

---

29 Los recursos de estas estancias provienen del 0.10 por ciento de las cotizaciones de personas trabajadoras y empleadoras al régimen contributivo del seguro familiar y de otras fuentes (Art. 140) (Secretaría de Estado de Trabajo, 2001).

30 GCPS/PNUD en República Dominicana/PNUD/ONU Mujeres/OIT (2016). El organismo rector de estas estancias es el Consejo Nacional de Estancias Infantiles (CONDEI). La Aseguradora de Estancias Infantiles Salud Segura (AEISS) se ocupa de otorgar los servicios. Desde la década de 1990, el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) ofrecía servicios de estancias infantiles, pero no existía un marco normativo específico, lo que llevaba a la discrecionalidad en la selección de los niños. La cobertura ofrecida era muy limitada.

31 Los CAIFI se fundaron en el marco del Plan Quisqueya Empieza Contigo, de la Dirección General de Programas Especiales de la Presidencia. Además de los CAIFI, el INAIFI gestiona los Centros de Atención a la Infancia y la Familia, que reciben dos veces por semana a niños y niñas de la comunidad, que pueden recibir atención en casa, y les brinda servicios de atención y cuidado, salud, nutrición y educación inicial y oportuna.

32 Que antes se gestionaban desde el Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia (CONANI).

33 GCPS/PNUD en República Dominicana/PNUD/ONU Mujeres/OIT (2016).

34 En 2014 había 20 centros diurnos y 27 centros de larga estadía.

## Programas de educación, formación profesional y promoción de empleabilidad para personas jóvenes y adultas

En República Dominicana existe una amplia gama de iniciativas de promoción social para el desarrollo humano y para incentivar la empleabilidad y oportunidades de emprendimiento de sectores vulnerables.

El Ministerio de Trabajo ha desarrollado por años programas plurianuales de promoción de la empleabilidad de jóvenes en situación de pobreza que están fuera del sistema educativo formal, no han concluido la educación secundaria y están en situación de desempleo, subempleo o inactividad.

El Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional (INFOTEP), en colaboración con otras instituciones, desarrolla programas dirigidos a la formación de poblaciones vulnerables. Por su parte, el Prosol, en alianza con el INAIPI y a través de los Centros de Capacitación y Producción Progresando con Solidaridad (CCPP), imparte cursos para sus beneficiarios y beneficiarias y les brinda seguimiento para facilitar la búsqueda activa de empleo, pasantías profesionales y orientación sobre cómo organizarse en cooperativas o proyectos de emprendimiento, entre otros temas.

Cabe destacar también la importancia del Plan Quisqueya Aprende Contigo, a cargo de la Dirección General de Programas Especiales de la Presidencia (DIGEPEP), que busca la alfabetización de personas de 15 años o más.

Más allá del trabajo específico con la población vulnerable, existen esfuerzos dirigidos a mejorar la calidad educativa. En el año 2013 se asigna al Ministerio de Educación el 4 por ciento del PIB para estos fines y se firma el Pacto Nacional por la Reforma Educativa en 2014. Entre las iniciativas, cabe destacar la ampliación de la cobertura en educación pública al nivel inicial, preprimaria y el programa de Jornada Escolar Extendida (JEE)<sup>35</sup>. Todos estos programas apuntan al desarrollo integral y pleno de las y los estudiantes, dotándoles de las bases para superar la exclusión social y salir de la pobreza, y al mismo tiempo tienen una serie de efectos positivos secundarios: alimentación adecuada para el estudiantado, menores gastos de bolsillo para las familias y reducción de la carga de cuidado doméstico<sup>36</sup>.

35 El MINERD tenía como plan garantizar la cobertura con jornada escolar extendida a toda la matrícula de primaria y secundaria del país. Actualmente alcanza el 40.9 por ciento de la matrícula pública de primaria y el 44.1 por ciento de la de secundaria (MINERD, 2017). Cada estudiante en la modalidad de JEE, además de recibir clases hasta las 4:00 p. m. por un promedio de 199 días anuales, se beneficia de un desayuno (RD\$ 17.05/estudiante zona urbana; RD\$ 20-25/estudiante zona rural, RD\$ 25-28/estudiante zona fronteriza), un almuerzo (RD\$ 40/estudiante) y una merienda (RD\$ 10.5/estudiante). El Programa de Alimentación Escolar (PAE) representa un subsidio indirecto a 1 089 112 hogares (no solo de JEE), con un costo del 15.5 por ciento del valor de la canasta básica para familias de áreas urbanas marginales del primer quintil; del 20 por ciento para familias del área fronteriza y del 18.7 por ciento del área rural. El valor monetario del PAE podría representar entre el 61 por ciento y el 82 por ciento de la línea de pobreza extrema en abril 2015 para un estudiante, dependiendo de la modalidad del PAE (Lapaix Ávila, D., 2017).

36 GCPS/PNUD en República Dominicana/PNUD/ONU Mujeres/OIT (2016).

## 2. Aspectos metodológicos.

### Costeo del piso de protección social con perspectiva de género y definición de escenarios

La iniciativa regional y nacional conjunta entre GCPS, PNUD, OIT y ONU Mujeres, **Piso de protección social y género**, se ha propuesto analizar los sistemas de protección social tomando en cuenta los papeles asignados a cada sexo, el acceso diferenciado a los recursos y la forma en que estos sistemas cuestionan las desigualdades de género y como contribuyen a transformarlas o a perpetuarlas. Todo esto con el propósito de brindar orientaciones para introducir cambios que permitan plantear la seguridad social como un derecho humano universal y no asociada exclusivamente a la participación en el mercado de trabajo formal, a los programas asistenciales o al aporte de las mujeres dentro de la familia<sup>37</sup>.

Por esta vía se busca que la protección social mejore sus alcances en equidad y efectividad (cobertura y suficiencia de las prestaciones). Para ello se requiere darle un lugar a la división sexual del trabajo y a cómo los sistemas de protección social pueden, por un lado, reconocerla (por ejemplo, asegurar apoyo en materia de cuidados para las madres trabajadoras y las familias) y, por otro, transformarla (por ejemplo, crear incentivos para promover la corresponsabilidad y sumar a los hombres a los cuidados: licencias por paternidad por cada hijo o hija nacida y licencias parentales sustentadas en un abordaje de nuevas masculinidades). Otro ejemplo que al mismo tiempo reconoce y busca abordar y transformar esta desigualdad es la creación de espacios de cuidado en los centros de trabajo para familias.

El reconocimiento de la función diferenciada de la protección social en escenarios sociales de división sexual del trabajo corresponde aplicarle una «perspectiva de género». Cuando el sistema de protección social incorpora la perspectiva de género simultáneamente reconoce y busca transformar:

- a) Las brechas de acceso, reduciéndolas (por ejemplo, el acceso a ingresos monetarios).
- b) La suficiencia de las prestaciones, tanto en tipo como en calidad, mejorándola (por ejemplo, en los servicios específicos de salud a los que se tiene acceso).
- c) Los roles sociales de hombres y mujeres, tanto creando mejores condiciones para que las mujeres compatibilicen trabajos remunerados y no remunerados, como para que los hombres sean también cuidadores.

---

37 PNUD/OIT/ONU Mujeres (2012).

**Es importante reconocer que no se trata de abordar «temas» de género, sino una perspectiva que «generaliza» el tratamiento que el sistema de protección social hace del acceso y de la distribución de los recursos monetarios y no monetarios, expresados en transferencias monetarias, en servicios y en tiempo.**

Como resultado de esta perspectiva de género:

- a) Deja de considerarse que hay población adulta «inactiva» para considerarse que hay población adulta dedicada solo a trabajo remunerado (principalmente hombres), solo a trabajo no remunerado (especialmente mujeres) o a ambos (esencialmente mujeres).
- b) La feminización de las cohortes y el aumento de mujeres adultas mayores en la población es un factor que justifica la perspectiva de género pero está lejos de ser la única o siquiera la principal.
- c) Permite analizar y abordar de forma específica los distintos requerimientos de cuidados que tiene la población; vale decir, por ejemplo, que la naturaleza de la dependencia infantil es completamente distinta y demanda de los sistemas de protección social regulaciones, transferencias y servicios diferentes a los de dependencia de personas adultas mayores.
- d) En términos empíricos, a veces se requiere desagregar el análisis según el sexo de las personas y, en otras, se requiere más bien una adecuada caracterización de las necesidades de la población en función del uso que hacen del tiempo. Por ejemplo, la incorporación de los cuidados como parte de la oferta pública comprendida en la iniciativa de piso de protección social e igualdad de género transforma las expectativas sobre lo que se debe resolver de manera individual y privada y lo que debe resolverse con la participación del Estado. Esto impacta en las decisiones que hombres y mujeres toman con relación a la distribución de su tiempo entre la parte laboral y las responsabilidades familiares e incluso en la negociación de estas decisiones dentro del hogar.

**En concreto, el presente costeo busca dos transformaciones: revisar la cobertura y la suficiencia (monto o valor) de las transferencias y servicios existentes<sup>38</sup> para cerrar las brechas, tomando en cuenta las que se deben a la desigual participación de hombres y mujeres en el mercado laboral y al desigual acceso a la seguridad social; e incorporar los cuidados como actividad que, de manera similar a la educación hace no mucho más de un siglo, debe pasar de ser concebida como asunto exclusivamente familiar, privado y femenino a ser materia de políticas públicas y parte integrante de los sistemas de protección social.**

---

38 Pensiones de vejez, familiares, de maternidad, de enfermedad, de invalidez, de sobrevivencia, de desempleo y transferencias monetarias y subsidios, entre otros.

La iniciativa del Piso de Protección Social y Género apunta a «desmercantilizar»<sup>39</sup> y «desfamiliarizar»<sup>40</sup> el rol del cuidado reorganizando las responsabilidades entre el Estado, las familias y el mercado. La desfamiliarización y la promoción de la corresponsabilidad entre hombres y mujeres en el hogar son elementos fundamentales para avanzar hacia la igualdad de género porque, contribuyendo a disminuir las responsabilidades familiares de las mujeres que limitan su participación en el mercado laboral, se traducen para ellas en mayores oportunidades para la autonomía económica<sup>41</sup>.

A la hora de tomar de decisiones, es fundamental que el Estado tenga en consideración los beneficios sociales de estas intervenciones en la protección social, el empoderamiento femenino y la reducción de la pobreza y de las desigualdades. A su vez, para realizar una planificación sostenible basada en evidencias, es primordial conocer la inversión que cada cambio implica. Por consiguiente, es clave analizar los costos potenciales para alcanzar estos componentes de protección social cuyas estimaciones pueden realizarse considerando un logro gradual de los objetivos. En este documento se presenta un ejercicio novedoso que incluye la perspectiva de género en el ejercicio de costeo de las inversiones necesarias para cerrar estas brechas.

## Aspectos metodológicos para el costeo de iniciativas dirigidas a avanzar hacia un piso de protección social con perspectiva de género

La aplicación de un enfoque de género en un modelo o herramienta de costeo implica tomar en cuenta el cómo se costea y en qué se costea. En relación con cómo se costea, es importante usar datos desagregados por sexo para estimar los índices de feminidad en la población<sup>42</sup> y las inversiones desagregadas por sexo.

En términos del qué se costea, un modelo de costeo de programas del piso de protección social con una perspectiva de género debe:

- a) Revisar la suficiencia de las transferencias y servicios ya considerados como parte del sistema de protección social<sup>43</sup>.
- b) Incorporar los servicios de cuidado.

---

39 La «desmercantilización» se refiere a la «desvinculación entre el bienestar y la posición que la persona ocupa en el mercado laboral o su capacidad de compra en los mercados de bienes, seguros y servicios». Esping-Andersen, G. (1990), citado en PNUD/OIT/ONU Mujeres (2012a), pág. 22.

40 La «desfamiliarización» se refiere a la «desvinculación entre el bienestar y la disponibilidad de trabajo femenino no remunerado, la pertenencia a una familia, y las normas de reciprocidad y de distribución que operan en ellas». Orloff, A. S. (1993), citado en *Ibid.*

41 Esping-Andersen, G. (1990), citado en *Ibid.*

42 El índice de feminidad indica la relación entre el número de mujeres y el número de hombres que conforman una población. Se expresa como el número de mujeres en el grupo de edad correspondiente en un determinado año con relación a cada 100 hombres en el mismo grupo de edad en ese año. Se calcula como: Índice de feminidad = (número de mujeres en el año t/número de hombres en el año t)\*100.

43 Es importante señalar que bajo esta metodología se revisa suficiencia y alcance de los servicios, pero no su calidad.



Para diseñar un modelo de costeo de transferencias monetarias (transferencias en efectivo, pensiones, licencias, etc.), la OIT ha desarrollado el *Protocolo de Costeo Rápido* (RAP, por sus siglas en inglés: *Rapid Assessment Protocol*): un modelo de proyección simplificado que permite evaluar rápidamente los costos y el alcance de una propuesta de extensión de cobertura. Si bien el RAP ha tenido versiones mejoradas que hacen más robusto el cálculo de las transferencias, en esencia el modelo incorpora variables exógenas (como la dinámica demográfica, la estructura del mercado laboral, el contexto macroeconómico y los balances operacionales del sector público) y endógenas (determinadas por quienes formulan las hipótesis, que incluyen criterios de focalización de beneficios, el monto per cápita de las transferencias/asignaciones/costos y la velocidad de universalización de la cobertura, entre otros aspectos).

### **Modelo de costeo en el contexto dominicano**

La aplicación regional e internacional de la metodología RAP o versiones mejoradas para costear los ajustes necesarios para avanzar hacia un piso de protección social con igualdad de género ha requerido adaptarla y modificarla para responder a los objetivos de la propuesta. Estos cambios incluyen la integración del enfoque, la perspectiva de género y la incorporación de los servicios de cuidado. Estas innovaciones se están probando particularmente en República Dominicana para luego aplicarse en otros países de la región.

Para cumplir con el objetivo de incorporar la perspectiva de género en un costeo del piso de protección, la metodología RAP planteaba dos obstáculos: en primer lugar fue inicialmente diseñada para estimar los costos de las prestaciones monetarias sin considerar los costos de los servicios, aun cuando las propias transferencias estén diseñadas para articularse con los servicios. Por ejemplo, si un programa de transferencias se orienta a incentivar la permanencia en el sistema educativo, el RAP estima el monto de la transferencia, pero no el costo de gestión asociado a la provisión del servicio educativo para cada estudiante. En segundo lugar, la metodología no contemplaba originalmente los servicios de cuidado.

Para tratar de subsanar estas limitaciones se han realizado los siguientes cambios metodológicos: integrar el enfoque de género e incorporar en el costeo los servicios de cuidado. Adaptar el RAP para incluir un componente de servicios de cuidado representa así otro avance metodológico importante para el costeo de los pisos de protección social en general. A continuación se presentan los principales elementos para estimar los costos de estos servicios:

- Definición de la población meta (por ejemplo: primera infancia, personas con discapacidad no autónomas, personas adultas mayores no autónomas).
- Las modalidades con las cuales cuenta el país o que se propone asuma y que de forma realista pueda asumir para el cuidado de cada una de las poblaciones priorizadas (por ejemplo: hogares diurnos, hogares de larga estadía, centros comunitarios, servicios domiciliarios, etc.)<sup>44</sup>.
- La cantidad de población que integra cada uno de los grupos meta de los programas de cuidado que van a ser costeados (se pueden utilizar las proyecciones demográficas y económicas existentes de fuentes oficiales, las mismas que se usan para el costeo de las transferencias monetarias).
- La distribución del personal profesional, técnico y administrativo en cada uno de los programas y modalidades de atención (por ejemplo, en una estancia infantil se puede asignar un/a profesional del área de infancia por cada 24 niños y niñas).
- Los gastos promedio anuales, mensuales y/o semanales de cada uno de los programas y modalidades de atención: gastos de personal, alimentación, material didáctico y de apoyo, gastos de servicios públicos (como electricidad, agua, Internet y recolección de basura), pólizas y gastos de mantenimiento y limpieza.
- Duración del servicio, tomando en cuenta los horarios de apertura diarios, semanales y los periodos de vacaciones.
- Los gastos promedios por instalación o alquiler de la infraestructura en cada uno de los programas y modelos de atención.

## Consideraciones metodológicas útiles para la lectura de los costos

El financiamiento de la inversión necesaria para poner en marcha iniciativas dirigidas a avanzar hacia un piso de protección social con igualdad de género es fundamental para tomar decisiones responsables y fundamentadas. Para entender los costos que se presentan a continuación y su posible aplicación, es esencial conocer los supuestos y las decisiones metodológicas que se aplicaron, así como los datos utilizados y sus fuentes. Por esta razón, se presentan las principales consideraciones metodológicas que han caracterizado este ejercicio de costeo:

- Los datos macroeconómicos<sup>45</sup> y demográficos utilizados corresponden a los que resultaban disponibles en 2015<sup>46</sup>.

44 Es posible que por subgrupos se cuente con diferentes modalidades. Por ejemplo, en República Dominicana los centros de cuidado infantil se están estructurando con diferentes salas para atender de forma diferente a niños y niñas de los siguientes tramos de edad: de 45 días a 1 año, de 1 a 2 años, de 2 a 3 años, de 3 a 4, de 4 a 4 años y 11 meses.

45 Ver Tabla 1 (Marco macroeconómico) del anexo.

46 Aunque al finalizar este estudio exista un marco macroeconómico con validez hasta 2022, en este estudio se hace referencia a la información recolectada en el año 2015 por el experto sectorial Alejandro Bonilla.

- Todas las asignaciones se financiaron para ser garantizadas al total<sup>47</sup> de la población de los primeros tres deciles de ingreso de cada categoría considerada (por ejemplo: población infantil, población adulta mayor), según las proyecciones demográficas disponibles<sup>48</sup>. La selección del criterio de medición de pobreza monetaria se basó en que permitiera identificar «grupos sociales con ingresos insuficientes para alcanzar una calidad de vida mínimamente digna, por lo que resultan de alta vulnerabilidad ante fluctuaciones coyunturales de la economía y que requieren políticas sociales y económicas orientadas a la protección y mejoramiento de su poder adquisitivo»<sup>49</sup>.

Es un criterio internacionalmente reconocido que permite comparaciones entre diferentes países. La elección de los primeros tres deciles de ingreso responde a la lógica de gradualidad contemplada en la Recomendación núm. 202 de la OIT y permite priorizar a las poblaciones más pobres y posibles ampliaciones más ambiciosas.

Tratándose de una simulación, en caso de considerarse oportuno, las instituciones correspondientes podrán aplicar el mismo esquema de cálculo utilizando diferentes grupos poblacionales, por ejemplo, identificados según el criterio multidimensional del Índice de Calidad de Vida<sup>50</sup>, enfoque principal utilizado en todos los mapas de la pobreza realizados en República Dominicana y que se usa para definir la población elegible de las principales transferencias monetarias y de los principales subsidios en el país.

- Para definir las transferencias monetarias se utilizó como monto máximo e ideal el valor en pesos de la línea de pobreza calculada según las mediciones internacionales, que consideran el umbral de pobreza en US\$ 2 de ingreso por día por persona<sup>51</sup>. Bonilla (2015) estimó para el 2016 un valor de la línea de pobreza de RD 2903. En la Tabla II del Anexo II se pueden observar las proyecciones para los años 2020, 2025

47 Debido a la heterogeneidad de los datos disponibles y de las limitaciones de tiempo para realizar este estudio, se tomó la decisión metodológica de no hacer cálculos diferenciales que tomaran en cuenta que parte de estos grupos poblacionales ya podían recibir prestaciones. Lo que significaría tener estimaciones menores respecto a las que se ofrecen en este documento.

48 En las tablas de cálculo los datos demográficos se expresan en miles de personas.

49 Morillo Pérez, A. (2014), pág. 5.

50 El modelo del Índice de Calidad de Vida (ICV) cuenta con cuatro dimensiones, cada una conformada por múltiples variables, que definen los niveles de carencias de los hogares. Estas dimensiones y el peso de sus variables son diferentes si el dominio geográfico es metropolitano, urbano o rural (SIUBEN, 2012). Para más detalles véase el documento de mapeo (GCPS/PNUD en República Dominicana/PNUD/ONU Mujeres/OIT, 2016, pág. 124).

51 Según cálculos del Programa de Comparación Internacional (ICP, por sus siglas en inglés) de la paridad del poder adquisitivo (PPA), el umbral de US 2 definido en 2015 por el Banco Mundial representa el equivalente internacional de lo que se podía comprar con US 1.90 en los Estados Unidos de América en 2011. En este costeo se opta por esta medición reconocida internacionalmente en República Dominicana y que permite realizar comparaciones entre países. Sin embargo, es importante recordar que en República Dominicana la línea de pobreza «se define por el costo de mercado de una canasta básica normativa de consumo, que incluye alimentos, educación, salud, vestidos y vivienda» (Morillo Pérez, A. 2014, pág. 4), y los hogares con ingresos por debajo de la línea de pobreza se consideran pobres. La línea de pobreza extrema se define como el costo necesario para adquirir una canasta básica de alimentos que permita consumir 2157 kilocalorías diarias en la zona urbana y 2242 kilocalorías en la zona rural. En 2014 se situaba en un valor de RD 2130 para la zona urbana y RD 2041 para la zona rural. Los que están por debajo de la línea de pobreza extrema se consideran indigentes. En el Cuadro II1 del Anexo II se observa una proyección de los montos correspondientes respectivamente al 100 por ciento, 75 por ciento y 50 por ciento de la línea de pobreza para los tres horizontes temporales establecidos: 2020, 2025 y 2030.

y 2030. Se utilizó un monto diferente con respecto a la línea de pobreza monetaria como beneficio por persona para el financiamiento de prestaciones que ya tienen un monto establecido de diferente valor (debido a normativas existentes y, en el caso de los servicios, cálculos de costo). Más adelante en el documento, cuando se presente cada uno de los costeos se mostrará el monto unitario de la prestación utilizado por el costeo justificando su elección.

- En conformidad con la gradualidad contemplada en la Recomendación núm. 202, se realizaron proyecciones graduales de cierre de brechas:
  - ▶ En el caso de las transferencias monetarias se costeó cada prestación según tres diferentes escenarios de implementación: en el escenario más optimista se contempló una transferencia monetaria correspondiente al 100 por ciento del monto mensual establecido (escenario 1); en los otros dos escenarios se consideraron transferencias correspondientes respectivamente al 75 por ciento (escenario 2) y al 50 por ciento (escenario 3) de este monto (gradualidad vertical). En los cálculos para el financiamiento de las prestaciones y los servicios donde los montos ya están definidos por un monto diferente como garantía mínima, en vez de considerar los escenarios como porcentajes del monto, se consideraron como porcentajes de población alcanzada (gradualidad horizontal): el escenario 1 (más optimista) contempla la cobertura del total de la población meta y los escenarios 2 y 3, la cobertura del 75 por ciento y del 50 por ciento, respectivamente.
  - ▶ Para contribuir a una planificación de mediano y largo plazo, en este documento se presentan estimaciones graduales de cobertura referidas a tres horizontes temporales: para los años 2020, 2025 y 2030. Sin embargo, hay que hacer la salvedad de que, como aclara la OIT, a medida que se avanza en el tiempo y que se superan los 10 años, aumentan los grados de incertidumbre que rodean los supuestos demográficos, económicos y laborales utilizados en el costeo.
- Para todos los componentes y en cada uno de los tres escenarios propuestos, se presenta la inversión anual que el Estado debería asumir para llegar a la cobertura total de la población meta identificada (primeros tres deciles), así como el resultado de cubrir solo la población femenina (en el caso de adoptar un criterio de acción afirmativa para las mujeres, por ejemplo) o solo la población masculina.
- En todos los costeos se ha agregado un 10 por ciento de gastos administrativos para la gestión de transferencias, subsidios y servicios (porcentaje que las instituciones interesadas pueden revisar si lo consideran pertinente<sup>52</sup>).

---

52 No se aplicó en el caso de la afiliación al SENASA porque el per cápita ya tiene intrínsecos los gastos administrativos.

- Los resultados de los costeos se presentan en el texto como porcentaje del PIB a precios constantes<sup>53</sup>. En el Anexo II se pueden ver los resultados en valores absolutos (valor en millones de pesos dominicanos: RD\$) y los cálculos aplicados.
- Cada intervención se costeó por separado sin contemplar posibles relaciones entre ellas.

Los datos que se presentan en este documento son estimaciones que permiten dimensionar el peso relativo de cada componente por separado; sin embargo, puede haber combinaciones entre diferentes componentes.

Igualmente, tratándose de una estimación, pueden realizarse adaptaciones de los costeos: realizando variaciones justificadas en las poblaciones consideradas como elegibles (basándose en otros criterios –por ejemplo, optar por utilizar como criterio de elegibilidad la pertenencia a un hogar en el SIUBEN– o basándose en beneficiarlas de forma gradual –por ejemplo, según el sexo–), en los montos de las transferencias o en los tiempos de ejecución.

Debido a la heterogeneidad de los datos recolectados para los costeos, se tomó la decisión metodológica de no hacer cálculos diferenciales que consideraran que parte de estos grupos ya podían estar recibiendo prestaciones. De este modo, algunos componentes aquí propuestos podrían reemplazar total o parcialmente asignaciones de asistencia social ya existentes, así que los montos y los porcentajes que se presentan en este estudio no deben considerarse necesariamente como adicionales a los gastos actuales en asistencia social<sup>54</sup>. En cualquier caso, esto no quita la validez al ejercicio de costeo que ofrece estimaciones que permiten dimensionar el peso relativo, como porcentaje del PIB a precios constantes, que implicaría asumir cada una de las prestaciones propuestas si hipotéticamente se alcanzara toda la población en los primeros tres deciles de ingreso.

Es pertinente aclarar, además, que se costearon prestaciones, transferencias y servicios independiente de su fuente de financiamiento (aporte y contribuciones, o rentas generales).

Llegar a los niveles óptimos de cobertura y acceso que se establezcan como meta para cerrar las brechas identificadas es un proceso que necesita de tiempo –principalmente, en países con limitaciones institucionales y financieras–, por lo que deben ser las autoridades responsables de la política quienes determinen la ruta hacia la universalidad de la protección social.

---

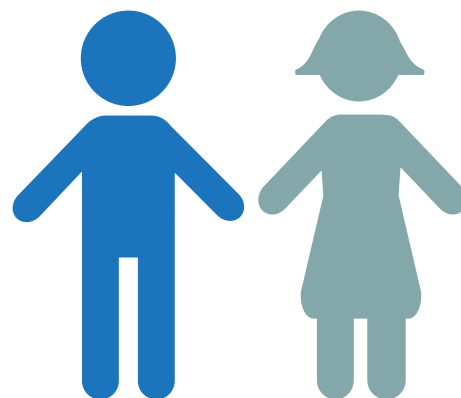
53 Basándose en los datos recolectados por Bonilla (2015), se utilizaron las proyecciones del PIB a precios constantes, es decir, se eliminaron las distorsiones que pueden derivar de variaciones a los precios (inflación y deflación).

54 En algunos casos sería necesario realizar cálculos diferenciales. Este ejercicio podrá realizarse en un segundo momento, cuando se considere pertinente asumir una de estas propuestas. En este documento no se realiza por limitación de tiempo y por contar con datos heterogéneos.

Este estudio es fruto de un proceso en diferentes etapas e inició en 2014. En la fase final, debido a limitaciones de tiempo y por la necesidad de tener datos uniformes, se consideraron como válidas, por tener rigor científico, las proyecciones poblacionales y el marco macroeconómico realizado en 2015 con la colaboración de instituciones dominicanas. Sin embargo, es oportuno señalar que el presente documento se basa en el marco macroeconómico analizado por Bonilla en el año 2015. Para 2017, año de finalización de este documento, existe un marco actualizado con proyecciones hasta el año 2022.

### **3. Tendencias demográficas, laborales y macroeconómicas:** insumos para el costeo del piso de protección social con perspectiva de género

República Dominicana es un país de ingreso medio cuyo crecimiento económico es uno de los más altos de la región latinoamericana en los últimos 25 años. El crecimiento en 2015 es del 7.0 por ciento (medido como la variación del PIB real) y la inflación (medida a través de la variación anualizada del IPC) es del 2.34 por ciento<sup>55</sup>. Para el costeo se utilizan datos macroeconómicos de 2015 y una proyección de ellos (véase la Tabla I del Anexo I)<sup>56</sup>.



Además de los datos macroeconómicos, el costeo del piso de protección social requiere tener presente la evolución previsible de la población del país y la modificación de sus estructuras de edad y composición según sexo. La tasa de fecundidad en República Dominicana ha tenido en pocas décadas una drástica reducción: ha pasado de 7.5 hijos/as por mujer en la década de 1970 a 3.0 en 2000 y a 2.36 en 2014<sup>57</sup>. Para el año 2015, la Oficina Nacional de Estadística (ONE)<sup>58</sup> estima la población dominicana en 9.9 millones de personas, con una distribución prácticamente igualitaria según el sexo. La edad media total de la población es de 29.3 años: de 29.6 en las mujeres y de 29 en los hombres. En todos los tramos de edad por encima de los 24 años se observa un gradual crecimiento del número de mujeres con respecto al de hombres.

---

55 BCRD (2016).

56 Aunque en la Tabla 1 se presentan algunos datos es necesario aclarar que el marco normativo contempla un análisis de datos mucho más amplio, en coherencia con la metodología RAP.

57 Cabe destacar que, aunque la tasa de fecundidad global del país es igual al promedio mundial, las tasas de fecundidad adolescente son alarmantes: han alcanzado los 100 por 1000, sobrepasando la de América Latina y el Caribe, y solamente por debajo de la tasa de África Subsahariana. El 22.3 por ciento de los nacimientos en 2010-2015 fueron de madres de 15-19 años (ONE y UNFPA, 2017).

58 La fuente de las proyecciones demográficas aquí expuestas es ONE (2014). Estimaciones y Proyecciones Nacionales de Población 1950-2100.

La estructura por edades y por sexo seguirá cambiando y para el año 2030, que es el horizonte de proyección del presente ejercicio de costeo, la población alcanzará los 11 millones, de los cuales el 49.77 por ciento será de sexo masculino. Hacia el año 2030, junto con la reducción drástica de la fecundidad, la población habrá envejecido considerablemente. Habrá aumentado la proporción de la población de 15-64 años y de 65 años y más, contrastando con un descenso considerable en las poblaciones de 0-14 años de edad (véanse la Tabla I1 y Gráfico I1 del Anexo I).

En general, desde hace años República Dominicana tiene fenómenos demográficos que configuran una «ventana demográfica de oportunidades» para el crecimiento económico y el bienestar de las poblaciones. Este bono demográfico<sup>59</sup> debe tomarse en cuenta a la hora de revisar los sistemas de protección social por sus potencialidades y los desafíos que conlleva. El contar con más jóvenes que pueden dedicarse a actividades generadoras de ingresos y cotizar en el sistema contributivo permite potencialmente destinar mayores recursos a la creación de empleo, a la inversión en salud y educación y a la disminución de la pobreza, entre otros ámbitos. De esta manera, se hará frente a las necesidades cambiantes derivadas del futuro envejecimiento de la población (que generará una necesidad creciente de recursos para la protección social). Se trata de una ventana de oportunidad que debe ser necesariamente aprovechada a corto plazo, haciendo al mismo tiempo lo posible para enfrentar los desafíos del país: altas tasas de desempleo juvenil y femenino, elevadas tasas de empleo informal, alta desigualdad en los ingresos, un sistema de salud pública todavía con brechas de cobertura, tasas preocupantes de embarazo en la adolescencia y brechas persistentes en los sistemas de cuidado, entre otros aspectos.

Según los datos del Banco Central de la República Dominicana (BCRD), la población dominicana en edad de trabajar<sup>60</sup> está en aumento: en 2005 correspondía al 77.7 por ciento de la población total, en 2015 alcanzaba el 80.6 por ciento y se espera que aumente al 83.4 por ciento hacia el año 2030 (véase la Tabla I2 del Anexo I).

Basándose en la evaluación de las tasas de participación históricas oficiales del BCRD, se estima que en 2015 la Población Económicamente Activa (PEA)<sup>61</sup> ampliada alcanza los 5 millones de personas, de las cuales el 58.95 por ciento son hombres. De continuar con las tendencias de los

---

59 Período de transición en el cual la principal proporción de la población se concentra en las edades potencialmente activas (15-65 años), mientras disminuye la población potencialmente inactiva (personas menores de 15 años y mayores de 65 años).

60 Población en Edad de Trabajar (PET): Tradicionalmente comprende a la población de 10 años o más que es miembro de los hogares residentes de las viviendas individuales del país. Cabe señalar que por recomendación de la OIT, República Dominicana, como muchos otros países, está convergiendo a considerar para la definición de la PET el universo poblacional de 15 años en adelante. En este estudio se utilizan datos recolectados por Bonilla en 2015, que hacen referencia a la definición tradicional de PET.

61 Población Económicamente Activa Ampliada (PEAA): incluye a todos los ocupados y desocupados abiertos y a aquellas personas que, aunque no buscaron trabajo en el periodo de referencia están disponibles de inmediato (ocultos).



últimos años, se estima que la PEA ampliada aumentará gradualmente hasta alcanzar un total de 7 millones en 2030. Sin embargo, la PEAA femenina se mantendrá siempre inferior a la PEAA masculina durante este periodo. Para el año 2030 se estima una mayor PEA ampliada femenina en todos los tramos de edad, pero solo en el grupo de 20-39 años de edad la PEAA femenina será casi igual que la masculina, con un índice de feminidad estimado en 97 (véase la Tabla I3 del Anexo I).

Mirando a la distribución pasada y las proyecciones futuras de la PEAA por sectores de actividad (véase la Tabla I4 del Anexo I), se observa en general un creciente peso del sector servicios en la economía dominicana. Los índices de feminidad por sectores indican que la PEA ampliada femenina seguirá aumentando tanto en el sector agropecuario como en el sector servicio, estimándose para el año 2030 un índice de feminidad de 131 (131 mujeres por cada 100 hombres) en la PEA ampliada del sector servicio.

Con relación a la población ocupada (véase la Tabla I5 del Anexo I) se estima que aumentará significativamente en el sector de servicios para el año 2030. No obstante, en este mismo sector el índice de feminidad disminuiría un punto (90 a 89), mientras que se mantendrían constantes y a niveles muy bajos los índices de feminidad en los sectores agropecuario (8) e industrial (25).

En 2015, la desocupación es mayor entre las mujeres: ellas son el 66 por ciento del total de la población desocupada. Del total de población desocupada ampliada<sup>62</sup>, la mayor concentración se ubica en el grupo de 20-59 años de edad. De continuar las tasas de desocupación con la tendencia actual, se estima que en 2030 habrá un aumento en la desocupación total, con índices de feminidad muy elevados en todos los tramos de edad; especialmente, en el grupo de 40-59 años (368) y en el de 20-39 años (311); es decir, que se pasaría de tener un promedio de dos a tres mujeres desocupadas por cada hombre (véase la Tabla I6 del Anexo I).

La población inactiva<sup>63</sup> (personas en edad de trabajar que no son ni ocupadas ni paradas, incluyendo estudiantes y personas que realizan trabajo doméstico no remunerado, anexando el cuidado) en 2015 se estimaba en 3 644 000 personas, de las cuales el 63.3 por ciento son mujeres. Como se puede observar de la Tabla I7 del anexo, entre 2015 y 2030 se estima una notable disminución de la tasa de feminidad en la población inactiva en todos los tramos de edad aunque la brecha de género continuará muy elevada.

---

62 Población desocupada ampliada: incluye la población desocupada que busca trabajo por primera vez.

63 Población inactiva: personas que, estando en edad de trabajar, no pueden o no quieren trabajar. Se entrecorilla el término pues, aunque sea utilizado ampliamente, se considera errado por no explicitar que algunas personas (las mujeres, generalmente) no pueden trabajar por estar implicadas en trabajo doméstico y de cuidado no remunerado; lo cual no corresponde en la realidad a una inactividad, sino a una actividad económica que produce bienestar y riqueza, como declara la Constitución dominicana (Art. 55 numeral 11).



La distribución de la población ocupada entre la economía formal e informal se ha mantenido constante en la última década. Las personas ocupadas en la economía formal han representado históricamente un 45 por ciento de la ocupación y en la economía informal un 55 por ciento; y se estima que la tendencia no variará significativamente en los próximos años.

A propósito de los ingresos medios mensuales por sexo, el índice de feminidad en el país cayó del 77 por ciento al 72 por ciento entre 2009 y 2013; esto es, que los ingresos de las mujeres en 2013 son aproximadamente un 28 por ciento más bajos que los de los hombres (véase la Tabla 18 del Anexo I).

Conforme a la metodología del RAP, la mayor parte de los datos macroeconómicos, demográficos y laborales ahora presentados se han tenido en cuenta en el ejercicio de costeo de las iniciativas para cerrar las brechas identificadas en materia de protección social.

## 4. Escenarios de costos

para avanzar hacia la **igualdad de género** desde la protección social

Este capítulo muestra los resultados de las estimaciones de costos de ejecución de programas y transferencias de protección social para reducir la desigualdad de género en República Dominicana. Como se explicó en capítulos anteriores, los programas o iniciativas sujetos de costeo se identifican en espacios técnicos entre instituciones nacionales y expertos nacionales e internacionales basándose en estudios previos elaborados en el marco de la iniciativa regional.

En concreto, se han definido cuatro grupos de programas o iniciativas de protección social, inspiradas principalmente en el marco de las disposiciones y recomendaciones de instrumentos jurídicos internacionales (como la Recomendación núm. 202 sobre pisos de protección social de la OIT) y las buenas prácticas internacionales sobre la implementación de políticas tendientes a construir sistemas de protección social con una perspectiva de género. El grupo de programas sujetos de análisis son:

- a) **Protección social para jóvenes.** Se ha costeado una transferencia diseñada como incentivo escolar, cuyo valor se ha definido en un monto mayor a las transferencias monetarias para escolaridad ya existentes.
- b) **Protección social para personas con discapacidad.** La protección se ha establecido como una transferencia monetaria para esta población.

- c) Protección social para personas adultas mayores mediante la afiliación al Seguro Familiar de Salud (identificación y cierre de brechas existentes) y transferencias monetarias (pensiones solidarias).** Las transferencias monetarias se han costeado como medida alternativa en caso de no ponerse en marcha el sistema de pensiones del régimen subsidiado o que esto no alcance el total de la población elegible. En la práctica, el valor definido para la transferencia corresponde a un monto mayor de la transferencia monetaria PROVEE.
- d) Protección social para niños y niñas a través de la ampliación de los servicios de cuidado infantil.**

Como se expuso en el Capítulo 3, el grupo meta de estos programas o iniciativas costeados es la población de los primeros tres deciles de ingreso, y no únicamente la población que aún está con protección social (brechas).

A continuación se realiza, en primer lugar, una breve explicación del contexto, que permite valorar la importancia de la propuesta para avanzar hacia la garantía de un piso de protección social y para la igualdad de género; y en segundo lugar, se presenta la estimación de la inversión monetaria necesaria para ponerla en práctica<sup>64</sup> considerando la población meta total y la población desagregada por sexo en los tres diferentes escenarios contemplados.

Tomando en cuenta que los programas o iniciativas costeadas en este informe no serían suficientes para abordar la totalidad de vacíos en materia de igualdad de género de los sistemas tradicionales de seguridad social, se ha previsto al final de este capítulo una serie de recomendaciones relativas a prioridades y acciones complementarias que –aunque no se hayan costeado en este documento– se consideran esenciales para garantizar mayor: efectividad, impacto y sostenibilidad de las acciones propuestas. Esto, bajo el entendido de que para enfrentar problemas complejos hay que encontrar estrategias igualmente complejas que contemplan un abordaje intersectorial e interinstitucional.

Las acciones propuestas (las costeadas y las no costeadas) se consideran cambios fundamentales para que el país cumpla con el compromiso de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, de poner en práctica sistemas de protección social apropiados para aumentar la cobertura entre las personas más pobres y vulnerables y de no dejar a nadie atrás<sup>65</sup>.

---

64 Es importante recordar que en algunos casos estas inversiones no deben considerarse adicionales a las existentes, pues pueden reemplazar parcialmente o integralmente prestaciones que ya se están otorgando.

65 En un cuadro de texto en el capítulo introductorio se presentan los principios fundamentales de la Agenda 2030.



## **A. Protección social para niños, niñas, adolescentes y jóvenes: presente y futuro de República Dominicana.**

### **Desarrollo integral y autonomía económica**

El piso de protección social contempla la garantía de ingresos mínimos para niños y niñas que, entre otras cosas, asegure su acceso a la educación. El Objetivo de Desarrollo Sostenible 4 reafirma la importancia de que todos los niños y las niñas terminen la enseñanza primaria y secundaria, que debe ser de calidad, inclusiva y equitativa. La educación primaria, secundaria y terciaria, así como la formación profesional son fundamentales para el desarrollo pleno e integral de toda persona y, gracias a las competencias y los conocimientos que transmiten al estudiantado, constituyen un prerrequisito fundamental para su autonomía económica, dado que facilitan las iniciativas de emprendimiento y el acceso a empleos y a un trabajo decente.

En las sociedades modernas, el trabajo constituye la principal fuente de ingreso y favorecer la empleabilidad es, además, una forma de aumentar las oportunidades de acceder a la protección social garantizada por el régimen contributivo, segundo peldaño de la escalera de extensión de la protección social<sup>66</sup>.

**Se estima que en el segundo semestre de 2015, el 17.1 por ciento de las personas de 10-34 años ni estudia ni trabaja, de las cuales el 73.7 por ciento son mujeres<sup>67</sup>.**

Una de las metas de las políticas educativas de República Dominicana es disminuir la exclusión escolar: el Plan Decenal de Educación 2008-2018 contempla bajar el abandono escolar a 1.64 puntos porcentuales en el nivel básico y al 1.85 por ciento en el secundario<sup>68</sup>. Sin embargo, en 2016 estos indicadores están por encima de las metas: en el 2.5 por ciento y el 4.60 por ciento, respectivamente<sup>69</sup>. Según datos de la Oficina Nacional de Estadística<sup>70</sup>, «del total de estudiantes que entra al sistema educativo, apenas el 15.4 por ciento ingresa a la universidad. La mayor deserción se da antes de concluir el nivel básico. De acuerdo con los datos del último Censo Nacional de Población y Vivienda (2010), el 45.9 por ciento de los desertores corresponden a este nivel, de los cuales el 37.5 por ciento deserta antes de concluir el nivel básico y un 8.4 por ciento lo termina, pero no continúa la educación media»; y a nivel medio, abandona los estudios el 16 por ciento del estudiantado y el 17.7 por ciento del resto no realiza estudios universitarios. Destaca la «pobreza y la inequidad de género» como principales motivos que conducen a esta deserción.

Estas deserciones se deben principalmente a razones económicas para los hombres («tenía que trabajar» y «no había dinero en el hogar») y a razones económicas y a la asunción de roles reproductivos para las mujeres («tenía que trabajar», «tenía que hacer oficios en el hogar»; «no está en edad para ir a la escuela», «no había dinero en el hogar», «se casó o embarazó»).

Según la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) 2013<sup>71</sup>, en República Dominicana el 20.4 por ciento de las adolescentes que estaban fuera del sistema educativo lo habían tenido que

---

66 El paradigma de «la escalera» contempla un sistema en el cual la cobertura de la seguridad social se extiende de forma ascendiente como los peldaños de una escalera (PNUD/OIT/ONU Mujeres, 2012a): el primer peldaño corresponde al piso de protección social y abarca garantías básicas para todas las personas; el segundo peldaño se refiere a los derechos garantizados a las personas que cotizan y pagan impuestos; y el tercer peldaño se refiere a los seguros privados y voluntarios.

67 OMLAD (2017).

68 Secretaría de Estado de Educación (2008). La Secretaría de Estado de Educación corresponde al actual Ministerio de Educación de la República Dominicana (MINERD).

69 MINERD/Unión Europea/AECID/DIGECOOM (2018).

70 ONE, Boletín núm. 64, Año 6, núm. 64, pág. 1.

71 CESDEM (2014).

abandonar a causa de su embarazo. El Informe Nacional sobre Desarrollo Humano 2017<sup>72</sup> demuestra que el embarazo en la adolescencia tiene un alto costo de oportunidad para las mujeres en República Dominicana: tienen menores posibilidades de insertarse en el mercado laboral y limitaciones en los ingresos percibidos, entre otros aspectos.

Este escenario resalta la importancia de las transferencias monetarias dirigidas a propiciar la permanencia en el sistema educativo de la población joven dominicana, con énfasis en la prevención y atención de embarazos en la adolescencia. Las iniciativas actuales de promoción de la permanencia se sintetizan en el Cuadro 3 y en el Cuadro 4 se aprecian las brechas de cobertura.

**Cuadro 3.** República Dominicana. Transferencias monetarias destinadas a la permanencia en el sistema educativo (primaria y secundaria)

TRANSFERENCIA MONETARIA (TM)	MONTO DE LA TM	PORCENTAJE CON RESPECTO A LA LPM <sup>73</sup>	CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD	CONDICIONALIDAD
<b>Educación primaria</b>				
<b>Incentivo a la Asistencia Escolar (ILAE)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RD\$ 600/bimestre a hogares con un estudiante</li> <li>• RD\$ 900/bimestre a hogares con dos estudiantes</li> <li>• RD\$ 1200/bimestre a hogares con tres o más estudiantes</li> </ul>	20.73 % de la LPM	Niños, niñas, adolescentes y jóvenes de 6-21 años de edad de hogares en ICV1 e ICV2 (en octubre de 2017 llegaba a 220 643 beneficiarios*)	Estar inscritos en el sistema educativo y cumplir con una asistencia del 80 % o más de las clases efectivas
<b>Educación secundaria y técnico profesional</b>				
<b>Bono Educativo Estudiando Progreso (BEEP)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RD\$ 500/mes para 1° y 2° de bachillerato</li> <li>• RD\$ 750/mes para 3° y 4° de bachillerato</li> <li>• RD\$ 1.000/mes para 3° y 4° de técnico profesional</li> </ul>	34.55 % de la LPM	Estudiantes de secundaria hasta los 21 años de edad de hogares en ICV1 e ICV2 (en octubre 2017 llegaba a 118 047 beneficiarios*)	Estar inscritos en el sistema educativo y cumplir con una asistencia del 80 % o más de las clases efectivas

\* Vicepresidencia de la República Dominicana (octubre de 2017).

72 | PNUD (2017).

73 | LPM: Línea de Pobreza Monetaria. Para este cálculo se utiliza la tasa de cambio promedio (dólar x peso) de 48.24 estimadas para el año 2017 en MEPyD/Ministerio de Hacienda/BCRD (MEPyD, 2017).

**Cuadro 4.** República Dominicana. Brechas de cobertura de las transferencias monetarias destinadas a la permanencia en el sistema educativo (primaria y secundaria)

<b>HOGARES ELEGIBLES PARA TM ILAE</b>			
<b>Criterios</b>	<b>Total</b>	<b>Jefe hombre</b>	<b>Jefa mujer</b>
Hogares en ICV 1 e ICV 2	1 323 907	556 848	767 059
(+) El hogar tiene niños, niñas, adolescentes y jóvenes de 6-21 años	788 751	276 569	512 182
(+) Los niños, niñas, adolescentes y jóvenes de 6-21 años asisten a educación básica	528 976	171 571	357 405
(+) No reciben ILAE	320 873	110 272	210 601
(+) Año de entrevista: de 2012 en adelante	104 620	34 059	70 561
(+) Jefes de hogar documentados con cédula	100 368	32 573	67 795
<b>Hogares elegibles para TM BEEP</b>			
<b>Criterios</b>	<b>Total</b>	<b>Jefe hombre</b>	<b>Jefa mujer</b>
Hogares en ICV 1 e ICV 2	1 323 907	556 848	767 059
(+) El hogar tiene niños, niñas, adolescentes y jóvenes de hasta 21 años	891 393	311 841	579 552
(+) Los niños, niñas, adolescentes y jóvenes de hasta 21 años asisten a educación media	237 982	76 498	161 484
(+) No reciben BEEP	185 533	63 550	121 983
(+) Año de entrevista: de 2012 en adelante	63 840	20 982	42 858
(+) Jefes de hogar documentados con cédula	62 686	20 571	42 115

Fuente: SIUBEN (febrero de 2018).

Como se puede observar, hay una brecha en la cobertura en la población elegible de ambas transferencias (ILAE y BEEP). Si se consideran solo los hogares cuyos niños, niñas, adolescentes y jóvenes ya asisten al sistema educativo, la brecha de cobertura es del 60.7 por ciento para el ILAE y del 78 por ciento para el BEEP. De estos hogares elegibles que no reciben TM solo una parte han sido encuestados a partir del año 2012, y de estos, el 4 por ciento no puede tener acceso al ILAE y el 1.8 por ciento al BEEP por indocumentación del jefe o jefa del hogar. Además, es importante destacar que entre las personas elegibles se computan solo las inscritas en el sistema educativo, no las que por necesidad tuvieron que abandonar.



Estas transferencias monetarias no cubren el total de la población elegible y otorgan montos mensuales limitados. Como se puede observar en el Cuadro 3, la transferencia con el monto más elevado (BEEP para 3° y 4° grado de formación técnico profesional) corresponde al 34.55 por ciento del valor de la línea de pobreza monetaria, y su monto no se ha revisado por años.

Según un análisis de programas que buscan mejorar la matriculación y la graduación en la escuela secundaria, realizado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID)<sup>74</sup>, los programas de transferencias monetarias condicionadas han resultado ser efectivos en aumentar la matriculación, pero no han sido igualmente efectivos en lograr mayores niveles de graduación en secundaria. Esto se debe a diferentes razones como la calidad de la educación. Es significativo el costo de oportunidad de la escuela secundaria, pues a medida que aumenta la edad «los montos de las transferencias podrían no ser suficientes para compensar por los ingresos laborales que los adolescentes dejan de percibir por ir a la escuela»<sup>75</sup>. Este estudio demuestra la pertinencia de considerar un aumento del monto per cápita de las transferencias monetarias condicionadas para escolaridad.

### Costeo de una transferencia monetaria de incentivo escolar de un monto más alto que las existentes

Los resultados presentados a continuación pertenecen al costeo de una transferencia monetaria para escolaridad que contempla como escenario ambicioso un monto mensual por persona del 100 por ciento de la línea de pobreza, y como escenarios intermedio y mínimo, el 75 por ciento y el 50 por ciento de este monto, respectivamente. Los tres montos<sup>76</sup> son superiores respecto al valor de las TMC para escolaridad que se están otorgando actualmente en República Dominicana (véase el Cuadro 4).

Como se puede observar en el Cuadro 5, asumiendo el escenario más ambicioso y cubriendo al total de la población identificada (3 primeros deciles de ingreso), la inversión del Estado correspondería al 0.82 por ciento del PIB en el año 2020, al 1 por ciento en 2025 y al 1.19 por ciento en 2030. En el escenario mínimo sería del 0.41 por ciento en 2020, del 0.50 por ciento en 2025 y del 0.59 por ciento en 2030<sup>77</sup>.

74 Busso, M., Cristia, J., Ripani, L., Hincapié, D. y Messina, J. (2017). Los datos se basan en un análisis de 82 evaluaciones de diferentes tipos de programas implementados en 28 países (TMC, becas y premios, insumos escolares, orientación coaching e información, transferencias no condicionadas, entre otros); de estas evaluaciones, la mitad (41) son de experiencias latinoamericanas. En América Latina y el Caribe, el tipo de estrategia más común resultó ser la Transferencia Monetaria Condicionada.

75 *Ibid.*, pág. 214.

76 Véase el Anexo 11.

77 Para los datos en valores absolutos, véase la Tabla II1 del Anexo II. Considérese que se trata de estimaciones que responden a los criterios expuestos en el Capítulo 2.



**Cuadro 5.** República Dominicana. Resultados del costeo de la transferencia monetaria de incentivo escolar como porcentaje del PIB a precios constantes para 2020, 2025 y 2030

		Población	Proyecciones como porcentaje del PIB a precios constantes		
			2020	2025	2030
TM incentivo escolar	Escenario 1	Total	0.82	1.00	1.19
		Femenina	0.44	0.56	0.70
		Masculina	0.38	0.44	0.49
	Escenario 2	Total	0.61	0.75	0.89
		Femenina	0.33	0.42	0.52
		Masculina	0.28	0.33	0.37
	Escenario 3	Total	0.41	0.50	0.59
		Femenina	0.22	0.28	0.35
		Masculina	0.19	0.22	0.25

El costeo se realizó considerando como potencial población meta todas las personas de 13-24 años de edad sin trabajo remunerado y de los primeros tres deciles de ingreso (según las proyecciones demográficas oficiales para los años 2020, 2025 y 2030). El cálculo se hizo considerando esta población en su totalidad y desagregada por sexo.

### Acciones complementarias

Para garantizar la permanencia en el sistema educativo y la culminación de su educación, es fundamental que la transferencia vaya de la mano con otras estrategias de mejora de la calidad educativa. El Estado debe seguir invirtiendo en la mejora educativa, priorizando la formación y profesionalización docente y la accesibilidad de los planteles escolares.

Igualmente importante para lograr mayores niveles de permanencia en el sistema educativo es abordar las principales causas de abandono escolar. La transferencia monetaria junto con la inscripción en centros con Jornada Escolar Extendida (JEE) puede ser una forma eficaz de enfrentar las causas económicas. Cabe recordar que la JEE, además de ofrecer educación y cuidado a niños, niñas y adolescentes, les otorga desayuno, almuerzo y merienda como parte del

Programa de Alimentación Escolar (PAE). Según indica el MINERD, el valor de la alimentación en abril de 2015 podía representar entre el 61 por ciento y el 82 por ciento de la línea de pobreza extrema<sup>78</sup>. Para prevenir el abandono de las adolescentes es necesario, además, promover iniciativas interinstitucionales para prevenir embarazos en la adolescencia y otros riesgos psicosociales y garantizar la permanencia escolar de padres y madres adolescentes (alianzas con estancias de cuidado para que reciban los hijos y las hijas de estudiantes madres y padres puede, al mismo tiempo, promover el desarrollo integral del niño o de la niña en la primera infancia y garantizar tiempo para estudiar a sus progenitores).

Además de una educación de calidad, para alcanzar una real autonomía económica es esencial que, una vez finalizado el recorrido formativo, exista una oferta adecuada de empleos decentes. Es necesario, entonces, que el Estado<sup>79</sup> multiplique sus esfuerzos para crear mayores oportunidades de trabajo remunerado de calidad, respondiendo a las altas tasas de desempleo y subempleo femenino y juvenil. Se requieren políticas activas de empleo, coherentes con un esquema macroeconómico que genere empleo –especialmente, en zonas rurales– y que contemplen no solo los empleos de tiempo completo sino también parcial<sup>80</sup>. Los nuevos empleos deberán ofrecer garantías propias de un trabajo digno y seguridad social y admitir la combinación de responsabilidades familiares y laborales, propiciando la participación masculina en los cuidados.

## **B. Personas con discapacidad: ingresos propios y promoción de la autonomía económica suya y de las mujeres de la familia**

Según el Censo de 2010, el 12.41 por ciento<sup>81</sup> de la población dominicana tiene discapacidad; la mayoría (el 56 por ciento), mujeres. El 67 por ciento de esta población con discapacidad no cuenta con ingresos y el 54.37 por ciento pertenece a los sectores más empobrecidos<sup>82</sup>.

Las únicas personas cubiertas por pensión de discapacidad en el sistema dominicano de seguridad social son las afiliadas al régimen contributivo, que cuando acreditan sufrir una enfermedad que les inhabilita parcial o totalmente para ejercer un trabajo u oficio remunerado, pueden beneficiarse de esta prestación.

78 Lapaix Ávila, D. (2017).

79 Creando las alianzas necesarias con los actores pertinentes.

80 PNUD/OIT/ONU Mujeres (2012).

81 En el país las estadísticas sobre discapacidad no son unívocas: la ENDESA 2013 y ENHOGAR 2013 resaltan prevalencias generales de discapacidad menores que el CENSO: del 4.89 por ciento (hombres: 4.65 por ciento; mujeres: 5.15 por ciento) y del 7.01 por ciento (hombres: 7.26 por ciento; mujeres: 6.75 por ciento), respectivamente.

82 GCPS/PNUD en República Dominicana/PNUD/ONU Mujeres/OIT (2016).

El Art. 65 de la Ley núm. 87-01 contempla pensiones solidarias por vejez, discapacidad y sobrevivencia. En 2013 se promulga la Resolución núm. 320-02 del CNSS, que aprueba el borrador del reglamento que establece el procedimiento para otorgar pensiones solidarias y en el mes de diciembre del mismo año se divulga el correspondiente Decreto Presidencial núm. 381-13. Sin embargo, al cierre de este informe estas pensiones todavía no se estaban otorgando. Asimismo, solo el 2.43 por ciento de la población con discapacidad cuenta con la tarjeta del Seguro Nacional de Salud.

La agenda nacional para la inclusión plena de personas con discapacidad<sup>83</sup> estima que en 34 036 hogares de los que recibieron la transferencia monetaria Comer es Primero tienen una persona con discapacidad y el 40 por ciento de estos hogares cuenta además con la TM ILAE y el 14.3 por ciento, con la TM BEEP. Sin embargo, esto no se debe a una política de acciones afirmativas que considere la discapacidad como criterio de elegibilidad, sino que la presencia de una persona con discapacidad en el hogar se relaciona con la pertenencia a grupos pobres y vulnerables.

Según informaciones del órgano rector de las políticas públicas en materia de discapacidad, el Consejo Nacional de Discapacidad (CONADIS) y de organizaciones de la sociedad civil, las políticas de protección social dirigidas a personas con discapacidad son muy débiles<sup>84</sup> y no cuentan con enfoque de género. Aunado a ello, como se profundizará más adelante, la oferta de servicios de cuidado para personas con discapacidad dependientes es escasa, lo que implica que se asuma desde las familias o se mercantilice.

## **Costeo de una nueva transferencia monetaria para personas con discapacidad**

Si bien lo ideal sería que las pensiones solidarias se otorgaran según los términos de Ley (13 mensualidades correspondientes al 60 por ciento del salario mínimo del sector público), en el caso que esta pensión solidaria no se ponga en marcha o que no alcance al total de la población elegible, asumir una transferencia monetaria para personas con discapacidades severas que les impiden obtener ingresos y tienen riesgos de caer en la pobreza crónica sería responder a una deuda histórica de la protección social dominicana hacia este grupo poblacional.

---

83 Vicepresidencia de la República Dominicana/CONADIS (2016).

84 GCPS/PNUD en República Dominicana/PNUD/ONU Mujeres/OIT (2016).

**Esta transferencia monetaria constituiría, además, una ayuda para comprar bienes y servicios para el cuidado, lo que disminuiría los gastos de bolsillo de la familia. De hecho, la familia –a través de las mujeres que la integran– se ocupa de proveer a las personas con discapacidad de lo que necesitan para alimentarse, educarse, estar sanas y vivir en un entorno propicio (el rol de cuidado).**

Para definir la población potencialmente beneficiaria se han utilizado los datos disponibles y considerado a las personas con discapacidad de los primeros tres deciles de ingreso, sin hacer una distinción por grado de discapacidad o por nivel de dependencia, dado que no existe un Sistema Único de Valoración de la Discapacidad que diferencie grados de discapacidad.

Las transferencias que se proponen en los tres escenarios corresponden al monto equivalente al 100 por ciento (escenario 1), 75 por ciento (escenario 2) y 50 por ciento (escenario 3) de la línea de pobreza.

Como se puede observar en el Cuadro 6, la inversión necesaria para alcanzar al total de la población meta considerada en el año 2020 correspondería al 0.74 por ciento del PIB a precios constantes, al 0.94 por ciento en 2025 y al 1.18 por ciento en 2030 en el escenario 1. En el escenario 3, esta inversión correspondería a un 0.37 por ciento del PIB en 2020 y al 0.59 por ciento en 2030<sup>85</sup>.

**Cuadro 6.** República Dominicana. Resultados del costeo de la transferencia monetaria para personas con discapacidad como porcentaje del PIB a precios constantes para 2020, 2025 y 2030

		Población	Proyecciones como porcentaje del PIB a precios constantes		
			2020	2025	2030
TM para personas con discapacidad	Escenario 1	Total	0.74	0.94	1.18
		Femenina	0.35	0.46	0.57
		Masculina	0.38	0.49	0.61
	Escenario 2	Total	0.55	0.71	0.89
		Femenina	0.26	0.34	0.43
		Masculina	0.29	0.37	0.46
	Escenario 3	Total	0.37	0.47	0.59
		Femenina	0.18	0.23	0.29
		Masculina	0.19	0.24	0.30

85 Véase la Tabla II2 del Anexo II para los valores absolutos, considerando que se trata de estimaciones.



### **Acciones complementarias**

Esta transferencia monetaria pretende garantizar un ingreso mínimo a las personas con discapacidad, de manera que fortalezca su autonomía y contribuya a atender sus necesidades de cuidado. Se considera importante priorizar a las personas que, por su discapacidad, tienen limitaciones de acceso al mercado laboral y, por ende, a ingresos. Además de intervenir en este sentido, resulta prioritario poner en marcha el sistema de pensiones solidarias y garantizar la afiliación al SENASA de todas las personas con discapacidad, así como su acceso a servicios de salud (incluyendo la sexual y la reproductiva), de rehabilitación y de educación de calidad.

Como se indicaba anteriormente, el país no cuenta con un Sistema Único de Valoración de la Discapacidad que diferencie los grados de discapacidad y las consecuentes limitaciones de autonomía. Urge crear ese sistema para identificar a la población elegible para programas de protección social con criterios que permitan priorizar el cuidado de las personas dependientes e identificar a personas que requieren de servicios de atención y cuidado especializado y a las que, con posibilidad de acceder al mercado laboral, deberían incluirse en iniciativas para promover su acceso al empleo en condiciones de igualdad de género.

Finalmente, como se abordará más adelante, es fundamental aumentar la oferta de cuidados para personas con discapacidad, que actualmente es insuficiente.

### **C. Garantía de piso de protección social para las personas adultas mayores y reconocimiento del valor del trabajo doméstico asumido por las mujeres adultas mayores a lo largo de su vida**

Basándose en lo expuesto en el mapeo realizado en 2014<sup>86</sup>, la tasa de ocupación de la población adulta mayor reportada en la Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo (ENFT) de 2012 es del 35 por ciento: del 52 por ciento entre los hombres y del 19 por ciento entre las mujeres. Concentrada en el sector informal (por cada persona adulta mayor que trabaja en el sector formal, alrededor de 10 lo hacen en el informal), no se garantiza una pensión para el retiro. La informalidad afecta mayormente a las mujeres de este grupo de edad: el 95.2 por ciento de las mujeres, muy por encima del 85.4 por ciento de los hombres.

*Las mujeres adultas mayores son además más propensas que los hombres a no contar con un oficio remunerado, debido al cumplimiento de labores domésticas o de cuidado, actividades que por lo general no son remuneradas (el 81 % de las mujeres de este grupo, con respecto al 46 % de los hombres). En ese sentido, la realización de quehaceres domésticos es el motivo de inactividad laboral más señalado por las mujeres (47 %), frente a un 2 % de los hombres. Estos últimos señalan la edad como principal motivo de inactividad (48 %), frente a un 35 % de las mujeres.*

*A lo anterior hay que agregar que los hombres inactivos predominan como recipientes de ingresos por pensión (26 %) con respecto a las mujeres (solo un 9 %).<sup>87</sup>*

Además, que 60 de cada 100 personas adultas mayores no reciben ingresos o, si los reciben, están por debajo del 20 por ciento del salario mínimo público<sup>88</sup>.

Aunque la Ley núm. 87-01 contempla entre las prestaciones del régimen subsidiado las pensiones solidarias por vejez, discapacidad y sobrevivencia, estos componentes no están todavía

---

86 GCPS/PNUD en República Dominicana/PNUD/ONU Mujeres/OIT (2016).

87 Ibid., pág. 74.

88 PNUD (2014).



funcionando, por lo que es poca la población adulta mayor que recibe pensión. Según cálculos del Sistema de Indicadores Sociales de la República Dominicana (SISDOM) realizados a partir de datos estimados por la ENFT, en 2014 solo el 14.4 por ciento de la población adulta mayor recibe algún tipo de pensión, y de esta población solo el 38.1 por ciento son mujeres. Las mismas fuentes reportan que, de entre los adultos mayores, el 10.5 por ciento de las mujeres y el 18.5 por ciento de los hombres reciben pensiones. Esta desigualdad entre sexos es consecuencia directa de las desventajas históricas de acceso al trabajo formal, sobre todo, de las mujeres de bajos recursos y de menor nivel educativo<sup>89</sup>.

Al tener una vida más longeva, durante la vejez las mujeres deben afrontar unos gastos en salud más altos que los hombres y, a falta de familiares que las atiendan, se ven en la necesidad de contratar personas cuidadoras<sup>90</sup>. Estudios sobre salud y bienestar de la población adulta mayor realizados en diferentes países –incluyendo de América Latina y el Caribe– reconocen que si bien tanto hombres como mujeres mayores de 60 años pueden tener alguna discapacidad, ellas las presentan en mayor grado (con limitaciones para bañarse, comer, vestirse, ir al baño, pasar de la cama a la silla o caminar) que los hombres del mismo grupo de edad; una de las razones puede ser su mayor predisposición a osteoporosis y artritis<sup>91</sup>. De ahí que se considere que las mujeres adultas mayores pueden generar mayor demanda de servicios de cuidado.

En general, mientras las enfermedades más comunes entre los hombres adultos mayores son hipertensión o diabetes mellitus<sup>92</sup>, las mujeres tienen alta incidencia de enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y enfermedades catastróficas<sup>93</sup> que pueden ser causas de muerte o discapacidad. Muchas mujeres mayores, además, tienen pérdida de vista<sup>94</sup>. Todo esto se traduce en mayores gastos en salud para las mujeres mayores de 60 años con respecto a los hombres del mismo grupo de edad en todo el mundo<sup>95</sup>. Por ello, es fundamental su aseguramiento en salud.

---

89 MEPyD (2014), Suero, P. y Matos, R. (2016), Minoldo, M. S., Zavattiero, C., Peláez, E. y Félix, J. (2015).

90 Foro Económico Mundial (2017).

91 OPS (2009).

92 Ibid.

93 Se trata de patologías que implican un alto riesgo en la recuperación y alguna probabilidad de muerte. Desde el punto de vista financiero, su tratamiento implica un desembolso monetario importante, superior a lo normal.

94 OMS (2009).

95 Foro Económico Mundial (2017).



En República Dominicana, durante el 2013 está afiliada al SENASA<sup>96</sup> el 38.1 por ciento de la población adulta mayor: el 54.9 por ciento son mujeres<sup>97</sup>. Con respecto al 2013 los avances son significativos: a principios de 2018 toda la población identificada por SIUBEN en ICV1 e ICV2 está cubierta<sup>98</sup>, incluyendo las personas adultas mayores. Aun así, para garantizar el derecho a la salud de todas las personas y no dejar a nadie atrás es necesario seguir el proceso de encuesta para identificar a toda la población en situación de indigencia –incluida la adulta mayor– para valorar su elegibilidad. En este caso, por ejemplo, se deben resolver problemáticas básicas, como la falta de documentación, que no le impide acceder al derecho a la seguridad social.

Tradicionalmente, las brechas del sistema dominicano de seguridad social se han ido cubriendo de manera parcial a través de la asistencia social. Así que actualmente existen dos tipos de transferencias monetarias dirigidas a personas adultas mayores gestionadas desde el CONAPE: el PROVEE y la transferencia TE AMA<sup>99</sup>.

Las transferencias monetarias actualmente activas (véase el Cuadro 7) otorgan montos mensuales insuficientes.

---

96 El SENASA ofrece una cobertura parcial de gastos de salud que cubre los costos de los siguientes servicios de prevención y promoción en salud: atención ambulatoria, servicios odontológicos, emergencia, hospitalización, partos, cirugías, apoyo diagnóstico, atenciones de alto costo y mayor nivel de complejidad, entre otros (Suero, P. y Matos, R., 2016).

97 SENASA (2013), en Ibid.

98 CNSS (2018).

99 Con el Decreto Presidencial núm. 83-15, de abril de 2015, se modifica el Decreto núm. 1372-04 de aprobación del reglamento de aplicación de la Ley sobre la protección a la persona envejeciente y se suprime la Dirección General de la Protección a la Vejez (DGPV) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. En el mismo decreto se dispone la transferencia al CONAPE de las funciones, atribuciones, recursos humanos y bienes asignados o puestos a disposición de la DGPV. Esto incluye la transferencia a personas adultas mayores que ahora se denomina CONAPE TE AMA y la gestión de los hogares de cuidado de personas adultas mayores.

**Cuadro 7.** República Dominicana. Transferencias monetarias que garantizan un mínimo de ingreso a las personas adultas mayores

Transferencia monetaria	Monto de la TM	Porcentaje de la LPM <sup>100</sup>	Criterios de elegibilidad	Condicionalidad	Población actualmente cubierta		
					Total	M (%)	F (%)
PROVEE	RD\$ 400/mes	13,82	- Edad de 65 años o más -No recibir pensión -Tener tarjeta solidaridad - Pertenecer a hogares en ICV 1 e ICV2	No existe <sup>101</sup>	82 272	32.2	67.8
TE AMA	RD\$ 600/mes <sup>102</sup>	20.73	- Edad de 60 años o más -No recibir otras prestaciones (TM, subsidios, pensiones, etc.) -Estar inscritos al CONAPE -Diagnosticados por tener carencias económicas por parte del departamento de asistencia social de CONAPE -Haber solicitado la TM	Ninguna	3294	48.5	51.5

Fuente: CONAPE (noviembre de 2017).

La TM PROVEE no cubre el total de la población elegible como se puede observar en los datos del SIUBEN que se presentan en el Cuadro 7.

100 LPM: Línea de Pobreza Monetaria. Para este cálculo se utiliza la tasa de cambio promedio (dólar x peso) de 48.24 estimadas para 2017 en MEPyD/Ministerio de Hacienda/BCRD (MEPyD, 2017).

101 Hay propuestas de introducir una condicionalidad que promueva el acceso a salud: Programa de Control de Persona Sana que contempla una visita anual.

102 Hay propuestas dentro del CONAPE de aumentar el monto a RD\$ 1000/mes.

**Cuadro 8.** República Dominicana. Brechas de cobertura de la transferencia monetaria Programa de Protección a la Vejez en Pobreza Extrema (PROVEE)

Criterio	Total	Jefe hombre	Jefa mujer
Hogares en ICV 1 e ICV 2	1 323 907	556 848	767 059
(+) El hogar tiene personas de 65 años y más	281 210	117 040	164 170
(+) No reciben PROVEE	222 574	95 095	127 479
(+) Año de entrevista: de 2012 en adelante	80 697	34 446	46 251
(+) Jefes de hogar documentados con cédula	78 352	33 142	45 210

Fuente: SIUBEN (febrero de 2018).

Así las cosas, se debe asegurar a la población adulta mayor el acceso a ingresos mínimos adecuados; especialmente, a las mujeres. Ellas están en desventaja por su menor nivel de inserción en ocupaciones remuneradas y en el sector formal y menor cobertura por pensión. De igual forma, se deben evidenciar y cerrar todas las brechas de cobertura en salud para garantizar a toda la población adulta mayor en situación de vulnerabilidad el acceso a servicios de salud de calidad a través del aseguramiento en el SENASA.

Tanto el acceso a una pensión solidaria (en caso de que esta no se active y no logre cubrir el total de la población elegible a una transferencia monetaria de un monto igual a la línea de pobreza monetaria) como la garantía de una cobertura en salud son elementos fundamentales para las necesidades de cuidado de este grupo poblacional.

En adelante, se presenta el costeo de los ajustes que se recomienda realizar al sistema dominicano de protección social para garantizar un piso de protección social a las personas adultas mayores de bajos recursos.

**La necesidad de ofrecer estas garantías y de reconocer el valor del trabajo de cuidado realizado en el hogar de las mujeres a lo largo de su vida se hará más evidente con el proceso de paulatino envejecimiento poblacional y de la comprobada feminización de la vejez<sup>103</sup>, que arrastrará las consecuencias históricas de la división sexual del trabajo y sus efectos en el limitado acceso a pensiones (y a pensiones insuficientes<sup>104</sup>) de las mujeres.**

103 La feminización se debe a que las mujeres adultas mayores viven en promedio más años que los hombres.

104 Los roles reproductivos y los estereotipos de género influyen también en el tipo de trabajo que las mujeres asumen que pueden ser discontinuos o a tiempo completo, de menor calidad y menor remuneración, lo que implica diferencia en las cotizaciones.

Por un lado, se resalta la importancia de garantizar al total de esta población el acceso a servicios de salud a través de una asignación al SENASA para su afiliación (logrando identificar y cubrir toda brecha existente). Así mismo, se realizan dos propuestas alternativas para garantizarles una seguridad básica de ingreso que puede también servir para cubrir gastos relacionados con bienes y servicios para el cuidado:

- a) La puesta en marcha del sistema de pensiones solidarias (también llamado Seguro de Vejez, Discapacidad y Supervivencia del Régimen Subsidiado).
- b) En caso de que las pensiones solidarias no empiecen a otorgarse o no se alcance el total de la población elegible, una transferencia monetaria de monto mayor a las que existen actualmente (la mayor de las dos TM existentes alcanza el 20.73 por ciento de la línea de pobreza monetaria como se puede observar en el Cuadro 7).

Los datos se presentan desagregados por sexo para que las instituciones involucradas puedan decidir si brindar estas prestaciones al total de la población desde el principio o empezar con las mujeres adultas mayores, tradicionalmente más desventajadas.

## Costeo de la asignación para la afiliación al SENASA de la población adulta mayor

En el costeo se considera como población meta las personas adultas mayores desde los 60 años de edad que no reciben pensión y que se encuentran en los primeros tres deciles de ingreso. Para esta asignación se utiliza como monto per cápita el valor correspondiente al 100 por ciento del costo anual promedio por afiliado al SENASA<sup>105</sup> (escenario 1), considerando que esta cobertura podrá aumentar gradualmente, se plantean tres escenarios diferentes: en el escenario óptimo (escenario 1) la cobertura del 100 por ciento de esta población y en los escenarios 2 y 3 la cobertura de esta población al 75 por ciento y al 50 por ciento, respectivamente.

Como se puede observar en el Cuadro 9, en el escenario 1 (cobertura total de la población meta), el Estado debería hacer una inversión del 0.05 por ciento del PIB en 2020, del 0.08 por ciento en 2025 y del 0.12 por ciento en 2030, respectivamente. En el tercer escenario (cobertura del 50 por ciento de la población meta), la inversión sería del 0.15 por ciento del PIB en 2020 y del 0.23 por ciento y 0.34 por ciento en 2025 y 2030, respectivamente<sup>106</sup>.

---

105 Una resolución del CNSS del 1 de febrero de 2018 sube el monto en RD\$ 4.00 pasando de RD\$ 216.38 a RD\$ 220.38. Este aumento se realiza como respuesta parcial a un informe de análisis sobre la suficiencia per cápita mensual para el régimen subsidiado realizado por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL). La SISALRIL consideraba insuficiente el monto de RD 216.38 para cubrir los riesgos de salud de los afiliados del régimen subsidiado y recomendaba un aumento de RD\$ 13.95 (CNSS, 2018).

El per cápita para el régimen subsidiado que se acuerda con el CNSS para el cálculo del costeo es de RD\$ 225/mes (este monto considera los gastos administrativos). Se aclara que rehaciendo los cálculos modificando el monto unitario mensual de RD 4, los resultados en términos de inversión como porcentaje del PIB no varían.

106 Tabla de cálculo con valores absolutos disponible en la Tabla I13 del Anexo II.

**Cuadro 9.** República Dominicana. Resultados del costeo de la asignación para afiliación al SENASA de las personas adultas mayores como porcentaje del PIB per cápita a precios constantes para 2020, 2025 y 2030 (Régimen subsidiado)

		Población	Proyecciones como porcentaje del PIB a precios constantes		
			2020	2025	2030
<b>Asignación para afiliación al SENASA de las personas adultas mayores</b>	<b>Escenario 1</b>	Total	0.05	0.08	0.12
		Femenina	0.03	0.04	0.06
		Masculina	0.02	0.04	0.05
	<b>Escenario 2</b>	Total	0.22	0.35	0.51
		Femenina	0.12	0.18	0.27
		Masculina	0.11	0.17	0.24
	<b>Escenario 3</b>	Total	0.15	0.23	0.34
		Femenina	0.08	0.12	0.18
		Masculina	0.07	0.11	0.16

### **Puesta en marcha del Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia del Régimen Subsidiado (Pensiones Solidarias)**

En 2013 se promulga la Resolución núm. 320-02 del CNSS, que aprueba el borrador del reglamento que establece el procedimiento para otorgar pensiones solidarias y el 24 de diciembre del mismo año se divulga el correspondiente Decreto Presidencial núm. 381-13. Según el Art. 65 de la Ley núm. 87-01, esta pensión consiste en el 60 por ciento del salario mínimo público e incluye una pensión extra en Navidad, pensión por vejez y discapacidad total o parcial o por sobrevivencia a todas las personas mayores de 60 años y a las madres solteras desempleadas con hijos menores de edad, ambos sin los recursos suficientes para satisfacer sus necesidades básicas.

Desde 2013 ha habido un constante diálogo sobre la puesta en funcionamiento de esta pensión. Se ha logrado definir el monto per cápita (el 60 por ciento del salario mínimo del sector público, como se establece en la ley) y los criterios de focalización (SIUBEN). Sin embargo, hasta el momento no se ha asignado todavía una partida presupuestaria a estos fines. A continuación se presenta el costeo de la inversión necesaria para otorgar la pensión solidaria a la población mayor de 60 años perteneciente a los primeros 3 deciles de ingreso.

## Costeo de la pensión solidaria para personas adultas mayores

Para este cálculo se tiene en cuenta como población meta la misma considerada para la afiliación al SENASA y para la TM: personas a partir de los 60 años de edad, sin pensión y pertenecientes a los primeros tres deciles de ingreso. Como monto se utiliza el valor establecido por la ley: correspondiente al 60 por ciento del salario mínimo del sector público<sup>107</sup>, estimado en RD 3900.00 para el año 2017 y se encuentra por encima de las TM que se están otorgando actualmente desde el CONAPE.

El monto se calcula para 13 meses, pues toma en cuenta la pensión extra de Navidad establecida en la Ley núm. 87-01.

Como se puede observar en el Cuadro 10, tomando el escenario más ambicioso y cubriendo al total de la población identificada (3 primeros deciles de ingreso), la inversión del Estado correspondería al 0.95 por ciento del PIB en el año 2020, al 1.36 por ciento en 2025 y al 1.87 por ciento en 2030. En el escenario mínimo correspondería al 0.47 por ciento en 2020, al 0.68 por ciento en 2025 y al 0.94 por ciento en 2030<sup>108</sup>.

**Cuadro 10.** República Dominicana. Resultados del costeo de la pensión solidaria para personas adultas mayores como porcentaje del PIB a precios constantes para 2020, 2025 y 2030

		Población	Proyecciones como porcentaje del PIB a precios constantes		
			2020	2025	2030
<b>PENSIÓN SOLIDARIA personas adultas mayores</b>	<b>Escenario 1</b>	Total	0.95	1.36	1.87
		Femenina	0.49	0.71	0.99
		Masculina	0.46	0.65	0.88
	<b>Escenario 2</b>	Total	0.71	1.02	1.40
		Femenina	0.37	0.53	0.74
		Masculina	0.34	0.49	0.66
	<b>Escenario 3</b>	Total	0.47	0.68	0.94
		Femenina	0.24	0.35	0.49
		Masculina	0.23	0.33	0.44

107 El salario mínimo del sector público es de RD\$ 5117. Este monto no ha sido indexado en los últimos 10 años, paso que se considera necesario realizar teniendo en cuenta el aumento en el costo de la vida.

108 Véase la Tabla II4 del Anexo II para los cálculos en valores absolutos.

## Costeo de una transferencia monetaria solidaria para personas adultas mayores

En caso de que no se ponga en marcha la pensión solidaria o que esta no alcance al total de la población elegible, se considera necesario aumentar el monto otorgado en calidad de transferencias monetarias. Se proponen tres posibles montos de la transferencia, correspondientes respectivamente al 100 por ciento, al 75 por ciento y al 50 por ciento de la línea de pobreza. Los tres montos son superiores al valor de las transferencias monetarias que actualmente se están otorgando desde el CONAPE.

Como se puede observar en el Cuadro 11, asumiendo el escenario más ambicioso y cubriendo al total de la población identificada (3 primeros deciles de ingreso), la inversión del Estado correspondería al 0.84 por ciento del PIB en el año 2020, al 1.20 por ciento en 2025 y al 1.66 por ciento en 2030. En el escenario mínimo correspondería al 0.42 por ciento en 2020, al 0.60 por ciento en 2025 y al 0.83 por ciento en 2030<sup>109</sup>.

**Cuadro 11.** República Dominicana. Resultados del costeo de la transferencia monetaria para personas adultas mayores como porcentaje del PIB a precios constantes para 2020, 2025 y 2030

		Población	Proyecciones como porcentaje del PIB a precios constantes		
			2020	2025	2030
TM para personas adultas mayores	Escenario 1	Total	0.84	1.20	1.66
		Femenina	0.43	0.63	0.87
		Masculina	0.40	0.58	0.78
	Escenario 2	Total	0.63	0.90	1.24
		Femenina	0.32	0.47	0.66
		Masculina	0.30	0.43	0.59
	Escenario 3	Total	0.42	0.60	0.83
		Femenina	0.22	0.31	0.44
		Masculina	0.20	0.29	0.39

109 Véase la Tabla II5 del Anexo II para los cálculos en valores absolutos.



## Prioridades y acciones complementarias

En el plazo más inmediato se requieren soluciones que respondan a las necesidades actuales de la población adulta mayor de bajos recursos y a las nuevas insuficiencias que surgirán de la transición demográfica que experimenta el país, brevemente expuestas al principio de este apartado.

Debe tomarse en cuenta el hecho que la esperanza de vida de las mujeres es mayor y, por tanto, representarán una proporción cada vez más grande en el grupo de las personas adultas mayores. En consecuencia, será necesario tomar medidas desde un enfoque de género. Además, según la OMS y la OPS, como se indica al principio de esta sección, en el mundo las mujeres adultas mayores tienden a sufrir enfermedades catastróficas o que pueden provocar su discapacidad, con sus consiguientes altos gastos para salud y cuidado. A falta de un seguro de salud, las personas de bajos recursos están en riesgo de ver limitado o imposibilitado el acceso a servicios de salud o ver impactado fuertemente el presupuesto familiar, dejando a la familia en un estado de insolvencia financiera temporal o definitiva<sup>110</sup>.

Idealmente, habría que cubrir las brechas<sup>111</sup> asegurando a todas las personas adultas mayores coberturas frente a riesgos de salud y el acceso a servicios de salud de calidad; así como un ingreso mínimo, como parte de un paquete de intervenciones dirigido a garantizar una vida digna a personas de menores recursos de edad avanzada.

Asimismo, sería recomendable adecuar las prestaciones farmacéuticas y ambulatorias a las necesidades específicas de las personas adultas mayores tomando en cuenta el perfil epidemiológico por sexo.

Otra cuestión sumamente importante es la revisión del costo per cápita del Régimen Subsidiado para que su aumento responda a lo propuesto por la SISALRIL tras un análisis de suficiencia<sup>112</sup>.

Con relación a la garantía de un ingreso mínimo, se presentan dos posibles vías: una pensión solidaria que responda a lo establecido en la Ley núm. 87-01, y una TM de un monto superior a las dos actualmente otorgadas por el CONAPE. Lo ideal sería la puesta en funcionamiento de la pensión solidaria, incluso aunque no alcance el total de la población elegible. Así que la TM de un monto por encima de los actuales y la pensión solidaria podrían coexistir hasta que la pensión solidaria logre alcanzar el total de la población elegible, según una lógica de gradualidad.

---

110 Aedo, C. (1996).

111 Aunque, según las estadísticas del SENASA y del CNSS, el total de la población elegible por el SIUBEN (ICV 1 e ICV2) está cubierta, hay que hacer lo posible para identificar nichos de personas en situación de indigencia que, por razones como la indocumentación, no resulten entre las elegibles y mantener una búsqueda activa, por tratarse de una realidad altamente cambiante.

112 CNSS (2018).

En relación a las prestaciones ya existentes, es muy positivo que la parte asistencial antes manejada por parte del MSP (transferencias monetarias y hogares de cuidado de personas adultas mayores) se haya transferido al sistema de protección social, aunque se percibe que todavía existe un bajo nivel de coordinación<sup>113</sup>. Por ello se recomienda unificar criterios para beneficiar a más personas adultas mayores en condiciones de pobreza e indigencia, evitando la duplicidad, gastos administrativos adicionales, la infiltración y tratando de cerrar brechas de equidad. En este caso sería recomendable contar con solo una TM para personas adultas mayores, de un monto superior al que tienen ambas TM actualmente, destinando los fondos para sanar brechas de cobertura.

Reconociendo al SIUBEN como criterio oficial del Estado que identifica beneficiarios de las prestaciones de protección social, sería aconsejable que se utilizara también para la selección de la TM TE AMA<sup>114</sup>. El CONAPE podría solicitar las adecuaciones que considerara necesarias para superar las limitaciones que fueran identificadas.

## D. Servicios de cuidado

Para garantizar un piso de protección social con enfoque de género, tal como se ha expresado anteriormente, resulta necesaria una redistribución de las responsabilidades de cuidado entre los diferentes actores de la organización del cuidado: las familias, el mercado, el Estado, la sociedad civil y, en general, la comunidad. Actualmente, la distribución es desigual e injusta: recae en mayor parte en los hogares y, dentro de ellos, en el trabajo no remunerado de las mujeres. Esto conlleva dificultades para ellas (menos tiempo para la participación económica, la formación, la vida social y política) y para las personas dependientes (por la fragilidad de los arreglos de cuidado). Esta injusticia de la organización social del cuidado también es un vector de reproducción de desigualdad: los hogares y las mujeres con mayores recursos pueden apelar a diversas estrategias de organización del cuidado que liberen su tiempo para la participación económica y la generación de ingresos, mientras que la mayoría que carece de estas posibilidades ve reproducirse sin solución su situación de carencia y pobreza.

Corregir estas injusticias a través de una **nueva organización social del cuidado con corresponsabilidad social es necesario y urgente.**

113 Como se muestra en el Cuadro 10, el PROVEE aplica desde los 65 años de edad y el TE AMA desde los 60; una identifica la población elegible a través del SIUBEN y la otra, con un diagnóstico del departamento de asistencia social del CONAPE; una otorga RD 400.00 y la otra, RD 600.00.

114 En caso de que se apliquen los cambios aquí propuestos, es necesario dejar de sumar beneficiarios adicionales no identificados por el SIUBEN, pero sí reconocer el derecho adquirido de quienes ya sean personas beneficiarias.

Algunos países abordaron este problema desde la intervención activa del Estado. Además del ejemplo de los países europeos (principalmente los escandinavos), cuyas políticas de cuidado cimientan las menores brechas de desigualdad de género, hoy se cuenta con ejemplos iluminadores mucho más cercanos. El más robusto es el caso del Sistema Nacional Integrado de Cuidados del Uruguay, iniciado hacia el año 2015, que ha previsto la construcción paulatina de un sistema que integra diferentes intervenciones de política, aprovechando inicialmente las instituciones ya existentes.

El sistema uruguayo se sostiene sobre tres pilares. El primero busca fortalecer la provisión del **cuidado para los niños y niñas de 0-3 años** con: i) ampliación de la licencia paternal e implementación de licencias parentales; ii) ampliación de la provisión pública de servicios de cuidado y promoción de la provisión de servicios de cuidado en las unidades productivas, educativas y en espacios comunitarios; iii) la mejora en la infraestructura de los espacios de cuidado mediante el otorgamiento de créditos subsidiados. El segundo pilar promueve la **ampliación de los servicios públicos de cuidado para las personas mayores y con discapacidad** con: i) servicios de asistentes personales; ii) mecanismos de teleasistencia; iii) servicios de residencia de larga estancia; iv) centros de día. Finalmente, el último pilar se refiere a **la profesionalización del trabajo de cuidado remunerado** y propone una estrategia que incluye: i) instancias de formación y capacitación; ii) certificación de competencias laborales; iii) validación de formaciones previas<sup>115</sup>.

La experiencia uruguayo es exitosa y podría servir como buena práctica para República Dominicana. En el país, desde 2014 se ha dado un consistente avance en la oferta de servicios públicos de cuidado infantil con la puesta en marcha del Sistema Nacional para la Atención Integral a la Primera Infancia. Aun así, la oferta todavía no responde a la demanda real y la oferta dirigida a otras personas dependientes sigue siendo muy baja<sup>116</sup>.

Frente a la falta de políticas públicas de cuidado, en República Dominicana y en la mayoría de los demás países de América Latina y el Caribe, a través del tiempo los hogares han tenido que encontrar estrategias para cubrir dichas necesidades. Si por un lado las familias más pudientes han podido contratar desde el mercado estos servicios, por otro lado, las familias más pobres tradicionalmente han asumido directamente este rol, asignándolo a las mujeres del hogar. Ellas cuidan a los integrantes de su familia no autónomos y ven así limitadas sus oportunidades

---

115 Para más información, véase: <http://www.sistemadecuidados.gub.uy>.

116 Incluyen personas adultas mayores y personas con discapacidad no autónoma.

educativas, de inserción laboral y de acceso a la seguridad social (este último, un derecho articulado con las prestaciones contributivas del trabajo remunerado)<sup>117</sup>. En este sentido, el «familismo» como modelo de gestión del cuidado es un vector de desigualdades de género y socioeconómicas<sup>118</sup>.

Uno de los principales retos de la Iniciativa de Piso de Protección Social e Igualdad de Género es avanzar hacia la corresponsabilidad social de los cuidados. Ello quiere decir sumar al Estado en estrategias de derivación parcial de los cuidados fuera del ámbito familiar y considerar el potencial papel de los hombres como cuidadores; en particular, de niños y niñas. Es preciso ubicar el papel de los servicios –públicos, privados o mixtos– en su **dobles condición de prestadores de servicios y de generadores de empleo**.

En su condición de prestadores de servicios, los cuidados son una inversión en capital humano y un mecanismo de redistribución de oportunidades para personas no autónomas.

Según estudios de tendencia de la OIT, la mayoría de los trabajos de nueva creación se concentrarán en el sector servicios, incluyendo el sector de cuidado<sup>119</sup>. Como **prominente generador de empleo** en el sector servicios, los cuidados permiten diseñar estrategias de empoderamiento económico<sup>120</sup> de las mujeres. En República Dominicana, por ejemplo, en marzo de 2017, el 86.77 por ciento del personal de los CAIPI y el 83.06 por ciento de los CAIFI eran mujeres<sup>121</sup>. Además, los servicios de cuidado adecuados posibilitan una mayor y/o una mejor participación de las mujeres al trabajo remunerado en general y asalariado en particular. Evidentemente, esto se revierte en autonomía económica en general, con los efectos consiguientes en el acceso contributivo a la seguridad social. La sociedad entera y la economía se benefician de que la fuerza de trabajo de las mujeres se utilice plenamente en actividades remuneradas de producción de bienes y servicios.

En general, el abordaje de los servicios de cuidado en República Dominicana evidencia la necesidad de contar con políticas públicas que permitan transformar servicios dispersos y con

---

117 GCPS/PNUD en República Dominicana/PNUD/ONU Mujeres/OIT (2016) y Orozco Pérez, A. (2009).

118 PNUD/OIT/ONU Mujeres (2012).

119 OIT (2015).

120 Empoderamiento económico: Se refiere tanto a la capacidad de tener éxito y avanzar económicamente como al poder de tomar decisiones económicas y actuar de acuerdo a ellas. El empoderamiento económico es un pilar de la igualdad de género. Véase: <https://training-centre.unwomen.org/mod/glossary/view.php?id=150&mode=letter&hook=E&sortkey=&sortorder=asc>.

121 Bardají Blasco, G. (2017). Porcentajes aún mayores se reportaron en el mapeo del MSP para el cuidado de personas adultas mayores. Los pocos hombres empleados trabajan como choferes, vigilantes, capellanes y médicos (GCPS/PNUD en República Dominicana/PNUD/ONU Mujeres/OIT (2016). No obstante, estas oportunidades laborales son muy relevantes para responder por lo menos parcialmente al subempleo y desempleo femenino. Así, se recomienda a las instituciones involucradas aumentar los esfuerzos para promover una mayor participación masculina en estos espacios. Normalizar la presencia de hombres en el rol de cuidado desde las instituciones podría ser una forma de desmontar los estereotipos de género según los cuales el rol de cuidado es naturalmente femenino.

muy escasa cobertura y una sobrecarga de gastos administrativos en una oferta de servicios mayormente articulada, capaz de llegar a distintos perfiles de personas.

Como se anticipó en la parte introductoria del documento, hay muchos rezagos en la oferta de servicios de cuidado para personas adultas mayores y personas con discapacidad no autónomas, mientras aumenta la oferta de servicios de cuidado para niños y niñas desde la primera infancia hasta los 4 años y 11 meses.

A continuación se presenta sintéticamente la situación actual de la oferta de cuidado para los tres grupos vulnerables identificados (personas adultas mayores, personas con discapacidad, y población infantil en edad preescolar) y, de igual forma, se presenta el costeo de la inversión anual necesaria para garantizar la cobertura del cuidado infantil<sup>122</sup> en beneficio de las familias de los primeros tres deciles de ingreso.

Igualmente, se presentan recomendaciones relacionadas con la economía del cuidado<sup>123</sup> enfocadas en avanzar hacia un piso de protección social con igualdad de género.

## Oferta de servicios de cuidado para personas adultas mayores

Muchas personas adultas mayores son autónomas y no necesitan cuidados, así que no es posible estimar los requerimientos de servicios de cuidados para este grupo poblacional a partir de los datos censales. Para esto sería necesario un diagnóstico específico<sup>124</sup>. Aun así, es válida la consideración que las autoridades pertinentes hacían en el mapeo<sup>125</sup>: donde informaron que la oferta de estos servicios era cuantitativamente insuficiente con respecto a la demanda. Después del mapeo de 2014, los hogares para personas adultas mayores antes administrados por el Ministerio de Salud Pública han pasado a estar bajo la gestión del Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE)<sup>126</sup> y las capacidades instaladas (cantidad de personas a las cuales se pueden prestar servicios) han aumentado limitadamente: un total de 3818 personas (véase el Cuadro 12).

---

122 No se realiza el mismo ejercicio de costeo para los servicios de cuidado dirigidos a personas adultas mayores y con discapacidad que, a diferencia de los servicios de cuidado del INAPI, no tienen en el país una modalidad de otorgamiento de servicios estandarizada. Este factor no facilita la recolección de datos adecuados a la metodología del costeo (RAP) dentro del marco de tiempo disponible para realizar este estudio.

123 Economía del cuidado: espacio bastante indefinido de bienes, servicios, actividades, relaciones y valores relativos a las necesidades más básicas y relevantes para la existencia y reproducción de las personas en las sociedades en que viven (Rodríguez Enríquez, C., 2005).

124 Una fuente parcial de esta información podrían ser los registros del CONAPE de solicitudes de ingreso a hogares.

125 GCPS/PNUD en República Dominicana/PNUD/ONU Mujeres/OIT (2016).

126 Con el Decreto Presidencial núm. 83-15, de abril de 2015, que modifica el Decreto núm. 1372-04 de aprobación del reglamento de aplicación de la Ley sobre la protección a la persona envejeciente y suprime la Dirección General de la Protección a la Vejez (DGPV) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, pasando sus funciones al CONAPE.

**Cuadro 12.** República Dominicana. Capacidad instalada en cuidado de personas adultas mayores

	Núm.	Total capacidad	Total cobertura	Mujeres		Hombres	
				Cantidad	%	Cantidad	%
Centros de día	34	1700	1300	702	54	598	46
Centros de atención permanente	33	2118	2118	1144	54	974	46
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>3818</b>	<b>3418</b>	<b>1846</b>	<b>54</b>	<b>1572</b>	<b>46</b>

Fuente: CONAPE (noviembre de 2017).

Además, el CONAPE ha inaugurado tres «centros de sabiduría»: centros modelo que contemplan un nuevo concepto de cuidado que promociona un envejecimiento activo, productivo, participativo y protegido<sup>127</sup>.

Según datos demográficos proyectados para 2016<sup>128</sup>, la actual oferta de cuidado para personas adultas mayores (en sus diferentes componentes de centros permanentes y centros de día) cubre a menos del 0.4 % del total de las personas mayores de 60 años y al 1.1 % de la población mayor de 60 años de los primeros deciles de ingreso.

## Oferta de servicios de cuidado para personas con discapacidad

Con relación a los servicios para personas con discapacidad, aparte de los que brinda la Asociación Dominicana de Rehabilitación<sup>129</sup>, que cuenta con una red integrada por 33 centros a nivel nacional, la oferta en general es muy limitada y está concentrada en las áreas urbanas de las provincias de Santo Domingo y Santiago<sup>130</sup>.

La mayoría de estos servicios los prestan organizaciones no gubernamentales: «una parte importante de estas instituciones solicita parte del pago o copago para brindar atención, lo que limita el acceso a los servicios de la población pobre en mayor condición de vulnerabilidad»<sup>131</sup>. Según un estudio promovido por UNICEF, las familias con integrantes con discapacidad casi no cuentan con apoyo y acompañamiento, siendo una excepción los Centros de Atención Integral

127 Recoge información sobre el personal de dos de estos tres centros: 150 y 250 personas, respectivamente.

128 Bonilla, A. (2015).

129 Servicios preventivos; estudios y pruebas de evaluación y diagnóstico; clínicas especializadas; consultas médicas especializadas en fisioterapia, ortopedia, neurología, psiquiatría, psicología, medicina familiar y pediatría; tratamientos terapéuticos (terapias físicas, ocupacional y del lenguaje); cirugías; suministro de prótesis y otras ayudas; educación especial; formación laboral.

130 Oviedo, R. (2014).

131 Ibid., pág. 35.

para la Discapacidad (CAID) creados en el marco de un proyecto del Despacho de la Primera Dama<sup>132</sup>. Los CAID operativos, cuyo objetivo es «brindar un espacio íntegro para el cuidado, educación, rehabilitación y atención de los niños y niñas con habilidades diferentes, acompañándolos en el proceso de crecimiento y tratamiento, tanto en el espacio cognitivo y físico, como emocional, creativo y de relación con su entorno», actualmente son tres y se contempla la apertura de otros dos. Estos centros están dirigidos a atender solo a niños y niñas con trastornos del espectro autista (TEA), parálisis cerebral infantil (PCI) y síndrome de Down<sup>133</sup>. Para septiembre de 2017, los CAID han atendido 41 591<sup>134</sup> niños y niñas<sup>135</sup>.

Así las cosas, el cuidado de las personas con discapacidad, en general, depende de los recursos materiales, emocionales y sociales de la familia de pertenencia.

## Oferta de servicios de cuidado infantil

La oferta de cuidado en la primera infancia (0-5 años de edad)<sup>136</sup> en República Dominicana ha sido tradicionalmente insuficiente y fragmentada, notándose significativas mejoras a partir de 2013.

Desde 2009, el Sistema Dominicano de Seguridad Social ofrece servicios de cuidado para hijos e hijas en edad preescolar de trabajadores y trabajadoras afiliadas al régimen contributivo que perciben hasta tres salarios mínimos, con lo que se cubre solo una cuota limitada de las personas elegibles. En el momento del costeo (noviembre de 2017), la Administradora de Estancias Infantiles Salud Segura (AEISS), unidad dependiente del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), coordina el otorgamiento de estos servicios<sup>137</sup> a través de cincuenta Prestadoras de Servicios de Estancias Infantiles (PSEI) habilitadas por el Consejo Nacional de Estancias Infantiles (CONDEI)<sup>138</sup> y beneficia en diferentes provincias del país a 6 911 niños (52.6 por ciento) y niñas (47.4 por ciento) de menos de 5 años de edad, hijos de trabajadores afiliados al SDSS, y otros 4 000 de padres y madres no afiliados<sup>139</sup>.

---

132 Miric, M. y Pérez Then, E. (2016).

133 Despacho de la Primera Dama (2017a) y Despacho de la Primera Dama (2017b).

134 No se cuenta con información desagregada por sexo, tipo de discapacidad o casos evaluados solo una vez o con seguimiento continuo.

135 DIGEPEP (2017).

136 Es decir, 4 años y 11 meses. Se asume el rango de edad establecido en República Dominicana (Ministerio de Hacienda/Dirección General de Presupuesto/MEPyD/UNICEF, 2018).

137 «Las Estancias Infantiles son centros de atención a la niñez que tienen entre sus competencias: a) alimentación apropiada a su edad y salud; b) servicios de salud materno-infantil; c) educación preescolar; d) actividades de desarrollo psicossocial y e) recreación» (GCPS/PNUD en República Dominicana/PNUD/ONU Mujeres/OIT, 2016, pág. 148).

138 La AEISS utiliza: a) instalaciones propias; b) centros contratados para la entrega de los servicios (subrogados); c) centros cogestionados por la AEISS con ONG, grupos empresariales u otros. Todos los centros deben recibir habilitación del CONDEI que verifica que cumplan con los parámetros técnicos establecidos y con personal técnicamente calificado (CONDEI, 2009).

139 Información elaborada por la Dirección de Planificación del CNSS basándose en los datos del Sistema Único de Afiliación y Recaudo (SUIR) (octubre de 2017).



Desde 2013, el CONANI ha fungido como el órgano rector del Sistema Nacional de Protección y Atención Integral de la Primera Infancia. Los 51 CIANI, que ofrecen servicios para 7668 niños y niñas, pasaron a gestionarse por el INAIPI; y actualmente se denominan CAIPT (Centros de Atención Integral a la Primera Infancia en Transición).

El INAIPI, en coordinación con el MINERD y el Ministerio de Obras Públicas y Construcciones (MOPC), ha avanzado en la puesta en funcionamiento de nuevas instalaciones: los Centros de Atención Integral a la Familia y la Infancia (CAFI), enmarcados en el Programa de Base Familiar y Comunitaria (PBFC); y los Centros de Apoyo Integral a la Primera Infancia (CAIPI).

Los CAFI ofertan servicios de educación y estimulación temprana a la población infantil de 3-4 años de edad y capacitación en estimulación temprana a familiares de niños y niñas de 0-2 años. Estos servicios se ofertan por unas horas algunos días de la semana (por ejemplo, dos veces a la semana durante dos o tres horas) y en algunos casos, solo a domicilio. Actualmente existen 231 CAFI<sup>140</sup> que atienden a 85 008 niños y niñas.

Los CAIPI, por su lado, ofrecen servicios de cuidado que incluyen educación, salud, nutrición y apoyo a la familia, de lunes a viernes de 7:30 a. m. a 5:00 p. m. durante 199 días al año<sup>141</sup>. Cada CAIPI trabaja con 226 niños y niñas<sup>142</sup>. En octubre de 2017 funcionaban 50<sup>143</sup> CAIPI, y entonces se estimaba que para finales de 2017 estarían finalizados otros 7 centros, pasando a atender a 11 600 niños y niñas a acoger a 12 882<sup>144</sup>. Aunque por diferentes razones se han verificado retrasos en la construcción, ya tienen asignado un contratista los 251<sup>145</sup> CAIPI que el INAIPI se puso como meta construir y poner en funcionamiento.

Los Espacios de Esperanza ofertados en el Prosoli son 72 (febrero de 2018) e incluyen servicios de estimulación temprana y educación a 2790 niños de 3-4 años.

Finalmente, el MINERD atiende a 163 714 niños y niñas de cinco años por el grado preprimario<sup>146</sup>.

---

140 Entre los de gestión directa de INAIPI y los que están en gestión con ONG o instancias privadas.

141 En julio no se reciben niños y niñas en los CAIPI, pues durante este mes el personal tiene dos semanas de formación continua y cuenta con otras dos semanas de vacaciones. Durante la última semana de diciembre y la primera de enero tampoco se reciben, dado que el personal se ausenta la última semana de diciembre y en la primera semana de enero trabaja en preparativos y planificaciones.

142 Cada CAIPI tiene dos aulas por grupo de edad y recibe 24 niños de entre 45 días a 1 año de edad, 24 de 1-2 años, 40 de 2-3 años, 68 de 3-4 años y 70 de 4-5 años de edad.

143 En el momento de la entrevista al INAIPI, un centro estaba listo a la espera de la inauguración formal.

144 Según datos del Departamento de Estadísticas del MINERD, de la población infantil cubierta el 48 por ciento es de sexo femenino frente al 52 por ciento de sexo masculino.

145 Esta era la meta que al principio se quería alcanzar para 2016, que se mantuvo invariada teniendo como nuevo horizonte temporal el año 2020. Actualmente están en construcción con diferentes niveles de avance en 104 instalaciones. La construcción de otras 98 instalaciones está sin iniciar, pues no se ha finalizado el proceso de adquisición de los terrenos. Alcanzar esta meta en 2020 permitiría garantizar una cobertura del 48.07 por ciento de la población infantil de familias pertenecientes a los primeros tres deciles proyectada para 2020 en 118 000 personas (Bonilla, 2015). Esto correspondería aproximadamente al escenario 2 previsto para 2020 en el ejercicio de costeo. Se debería proceder al costeo de la infraestructura necesaria para la cobertura del 50 por ciento de la población infantil adicional, considerando el costo de metro cuadrado de construcción que estime el MOPC.

146 DIGEPEP (2017).

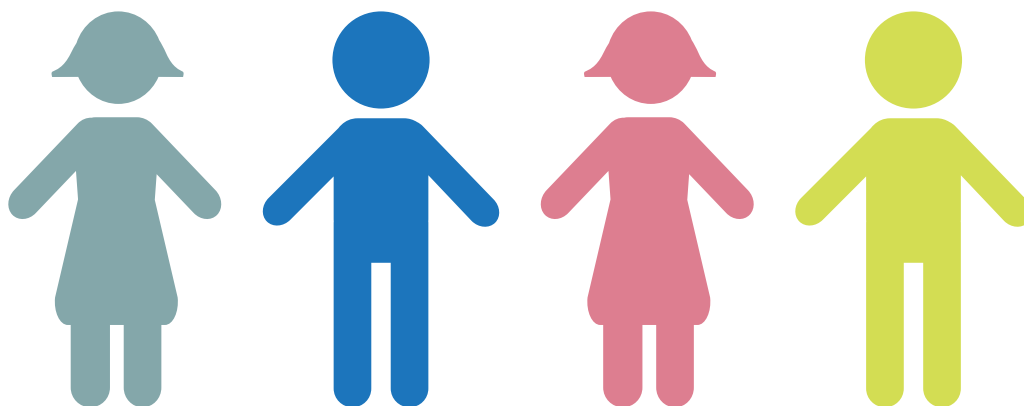
**Cuadro 13.** República Dominicana. Oferta pública de servicios de cuidado infantil y de educación preprimaria

Tipo de centros	Cantidad de centros	Cantidad de niños y niñas que reciben servicios	Tipo de servicio brindado	Población meta y otras notas
Prestadoras de Servicios de Estancias Infantiles (PSEI) IDSS	50	6911	Integral	Niños y niñas menores de 5 años e hijos de personas afiliadas al IDSS
		4000	Integral	Niños y niñas menores de 5 años e hijos de personas no afiliadas al IDSS
Centros de Atención Integral a la Primera Infancia en Transición (CAPI T) (antes, CIANI)	51	7668	Integral	Niños y niñas menores de 5 años de bajos recursos
Centros de Apoyo Integral a la Primera Infancia (CAIPI)	50	11 600		Niños y niñas menores de 5 años de zonas vulnerables según el mapa de pobreza
Centros de Atención Integral a la Familia y la Infancia (CAFI)	231	85 008	2 o 3 veces a la semana y en algunos casos solo a domicilio	Niños y niñas menores de 5 años de zonas vulnerables según el mapa de pobreza
Espacios de Esperanza (EPES)	73	2742	Educación nivel kinder y prekinder y estimulación temprana	Niños y niñas de 3-5 años Tandas diurnas y vespertinas
MINERD preprimario		163 714		Niños y niñas de 5 años

Fuentes: Datos actualizados a 2017. Elaboración propia basada en datos de INAPI, CNSS, EPES, MINERD (ver fecha de los datos en el texto).

Según la Memoria institucional del año 2017 del INAIPI<sup>147</sup>, sus servicios alcanzan al 13 por ciento de la población meta<sup>148</sup>:

**El INAIPI ya cuenta con una cobertura de 128 399 en 450 servicios, a nivel nacional, en los territorios priorizados, que incluyen 50 CAIPI nuevos, 259 CAFI, 51 CAIPI antiguos CIANI y 90 experiencias en atención a la primera infancia que están siendo fortalecidas. Esta cobertura representa el 13 % de nuestra población de Primera Infancia y un total de 87 295 familias beneficiadas.**



En síntesis, hay una gran variedad de servicios de cuidado infantil. El escenario ha ido mejorando paulatinamente en los últimos 5 años y, según las metas presidenciales, hay perspectivas de ampliación. No obstante, esta oferta no cubre la demanda y, además, parte de la población beneficiaria no recibe servicios integrales y continuativos<sup>149</sup>. Así las cosas, es poca la autonomía que conceden a las familias beneficiarias.

Si bien entre 2012 y 2014<sup>150</sup> el sector privado cubría el 84 por ciento de la oferta de servicios de cuidado de la población infantil de 0-4 años de edad, datos recientes reportan que actualmente el 91 por ciento de esta cobertura la ofrece el INAIPI<sup>151</sup>, desmercantilizando así el cuidado.

Asimismo, el 30 por ciento de los niños y niñas y sus familias de las redes de servicios del INAIPI y de la AEISS se han incorporado al Seguro Familiar de Salud<sup>152</sup>.

147 INAIPI (2017), pág. 3.

148 Este cálculo no incluye los EPES y las PSEI. Tampoco incluye los centros de preprimaria, pues atienden a niños y niñas de 5 años, edad que se encuentra por encima de la primera infancia.

149 Los CAIPI y las estancias de las AEISS ofrecen servicios de cuidado integral: educación, salud, nutrición y apoyo a la familia. Otros tipos de estancias ofrecen servicios más limitados, con menos horas durante la semana y a veces a domicilio (como en algunos CAFI).

150 PNUD/OIT/ONU Mujeres (2012) y GCPS/PNUD en República Dominicana/PNUD/ONU Mujeres/OIT (2016).

151 DIGEPEP (2017).

152 Ibid.

## Costeo de los servicios de cuidado para población de entre 45 días y 4 años y 11 meses de los primeros tres deciles de ingresos

Como monto se utiliza el costo anual promedio estimado por MINERD e INAIPI para otorgar servicios a los niños y niñas recibidos en los CAIPI<sup>153</sup> y se le agrega un 10 por ciento de gastos administrativos<sup>154</sup>.

Como se observa en el Cuadro 14, asumiendo el escenario más ambicioso y cubriendo al total de la población identificada (tres primeros deciles de ingreso), la inversión del Estado correspondería al 0.67 por ciento del PIB en el año 2020, al 0.78 por ciento en 2025 y al 0.89 por ciento en 2030. En el escenario mínimo (cobertura del 50 por ciento de la población meta) correspondería al 0.33 por ciento en 2020, al 0.39 por ciento en 2025 y al 0.45 por ciento en 2030<sup>155</sup>.

**Cuadro 14.** República Dominicana. Resultados del costeo de los servicios de cuidado infantil como porcentaje del PIB a precios constantes para 2020, 2025 y 2030

		Población	Proyecciones como porcentaje del PIB a precios constantes		
			2020	2025	2030
Servicios de cuidado infantil	Escenario 1	Total	0.67	0.78	0.89
		Femenina	0.33	0.38	0.44
		Masculina	0.34	0.40	0.45
	Escenario 2	Total	0.50	0.58	0.67
		Femenina	0.25	0.29	0.33
		Masculina	0.26	0.30	0.34
	Escenario 3	Total	0.33	0.39	0.45
		Femenina	0.16	0.19	0.22
		Masculina	0.17	0.20	0.23

153 Incluye: servicios básicos (energía eléctrica, agua potable, GLP, recolección de desechos sólidos); pago de personal de las unidades de ejecución del servicio; suministros gastables y de consumo; gastos de mantenimiento del local y de los equipos; suministros técnicos (reproducción de fichas y formularios). El costo mensual por niño es de RD 7933.

154 Este costeo no incluye los costos de construcción, debido a que no se ha tenido acceso a los datos necesarios.

155 Véase la Tabla II6 del Anexo II para los cálculos en valores absolutos.

El costeo expuesto ofrece una estimación de la inversión anual para garantizar servicios de cuidado a la población infantil en los primeros tres deciles de pobreza. Tratándose de un servicio, habría que renovar periódicamente los equipos, los equipamientos y los materiales. No contando con una lista detallada de los equipamientos, se ha hecho una suposición de que estos tengan una vida útil promedio de 5 años y se ha calculado una depreciación anual de RD 1523.67 por cada niño o niña atendido (véase el Cuadro 15)<sup>156</sup>.

**Cuadro 15.** República Dominicana. Costeo de los costos indirectos del equipamiento de estancias infantiles como porcentaje del PIB a precios constantes para 2020, 2025 y 2030

		Población	Proyecciones como porcentaje del PIB a precios constantes		
			2020	2025	2030
<b>Estimación de los costos indirectos</b>	<b>Escenario 1</b>	Total	0.010	0.011	0.013
		Femenina	0.005	0.006	0.006
		Masculina	0.005	0.006	0.007
	<b>Escenario 2</b>	Total	0.007	0.009	0.010
		Femenina	0.004	0.004	0.005
		Masculina	0.004	0.004	0.005
	<b>Escenario 3</b>	Total	0.005	0.006	0.006
		Femenina	0.002	0.003	0.003
		Masculina	0.002	0.003	0.003

156 Véase la Tabla II8 del Anexo II para los cálculos en valores absolutos.

## Prioridades y acciones complementarias

De entre los diferentes abordajes del tema del cuidado, en este informe se apunta a promover su oferta; en otros países se promueve la demanda a través de transferencias monetarias condicionadas. Desde el Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales de República Dominicana se considera que la promoción de la oferta puede tener mejores resultados en términos de autonomía económica de las mujeres, ya que garantiza que el servicio realmente se otorga y se recibe. En efecto, las transferencias monetarias condicionadas exigen mecanismos de veeduría y, de todas formas, no siempre garantizarían el uso de la transferencia para el cuidado.

Con relación a la oferta de servicios de cuidado para la primera infancia, se destaca el trabajo de reorganización del INAPI en estos años. Sin embargo, dada la todavía alta dispersión, se esperan más avances en el proceso de articulación y reorganización hasta culminar en un sistema único de gestión de la atención que abarque los diferentes ámbitos (infancia, vejez y discapacidad), coordinando los servicios ofertados desde los centros de cuidado públicos, privados y mixtos. A través de un sistema único se podría impulsar el proceso ya iniciado por el INAPI de estandarizar la calidad de los servicios (definiendo criterios para los centros y su personal, normas de apertura y de financiamiento), tener una mayor articulación y una oferta de servicios de atención de calidad ajustados a la demanda.

Para estos fines sería esencial que la oferta de cuidados infantiles pasase de ser una iniciativa de Gobierno a ser una política de Estado.

En este documento se ha costeado el **servicio de cuidado para la población infantil de los primeros tres deciles de ingreso**. Se trata de una propuesta inicial de un proceso de construcción gradual de un sistema integrado de políticas públicas de atención. La meta debería ser el acceso universal a las prestaciones de cuidado infantil de todos los niños y las niñas en edad preescolar.

Para acercarse a la universalización de la oferta de cuidado infantil, hay oportunidades de mejora en los ámbitos contributivo y subsidiado. En el contributivo, se recomienda que desde el Sistema Dominicano de Seguridad Social se amplíe la cobertura de las hijas y de los hijos de las trabajadoras, revisando el tope de tres salarios mínimos como criterio de elegibilidad para el acceso a las Estancias Infantiles<sup>157</sup> previsto por la ley; y respondería al criterio de promover la corresponsabilidad masculina en el cuidado y contemplar, además, el acceso a estas estancias a hijos e hijas de trabajadores hombres.

---

157 Este criterio aleja a niños y niñas cuyas familias pueden realizar pagos complementarios que se podrían revertir en mejores servicios para los restantes niños y niñas.

En el ámbito subsidiado, se propone aumentar la oferta de centros de atención integral tanto en las zonas urbanas como en las rurales, contemplando ampliar las experiencias de cogestión y, al mismo tiempo, realizar un análisis de la demanda en las comunidades para averiguar la pertinencia de construir centros estándar que reciban 226 niños y niñas (criterio común a todos los CAIPI) o de adecuar la estructura en función de las necesidades identificadas.

Además del cuidado infantil, también se requiere avanzar en la corresponsabilidad social de las atenciones **de otras personas dependientes:** población adulta mayor o con discapacidad o enfermedad. Se recomienda poner en agenda la creación de centros de cuidado para los adultos mayores y personas con discapacidad, siguiendo las buenas prácticas y las lecciones aprendidas de los centros de sabiduría.

Un aumento en la oferta de servicios de atención conlleva más oportunidades laborales para el trabajo de cuidado remunerado. Históricamente este sector está feminizado y en el mundo su regulación y protección son inadecuadas<sup>158</sup>. Así las cosas, se hace necesario profesionalizar este sector garantizando a quien lo desempeña –tanto mujeres como hombres– en estancias públicas o en casas particulares condiciones de trabajo decente. En este sentido, deberían también crearse carreras y formaciones específicas en cuidados (en colaboración con instancias de formación y capacitación universitaria o de formación técnico profesional) con especialidades en cuidado: de niñez, de personas con discapacidad y de personas adultas mayores. La oferta de formación debería tratar de atraer a ambos sexos y responder a una oferta insuficiente de personal con la calificación adecuada. Siguiendo el ejemplo de Uruguay, podría resultar útil para profesionalizar este trabajo contemplar la certificación de las competencias laborales y la validación de formaciones previas.

Paralelamente, como se viene insistiendo en este documento, es necesario promover una mayor corresponsabilidad familiar en el cuidado.

## E. Síntesis de las prestaciones costeadas

La siguiente tabla resume las prestaciones cuya creación, ampliación o revisión fue estimada de acuerdo a los criterios antes explicados.

---

158 OIT (2017).



**Cuadro 16.** Estimación de costos de las prestaciones priorizadas

Tipo de población según ciclo de vida	Tipo de prestación contemplada	Servicios
<b>Población infantil de entre los 45 días y los 4 años y 11 meses de edad</b>		Ampliación del servicio de cuidado infantil
<b>Población adolescente y joven</b>	Transferencia monetaria para propiciar la permanencia en el sistema educativo de un monto superior al de las TM para escolaridad ya activas	
<b>Población adulta mayor</b>	Opción 1: Pensión solidaria Opción 2: TM de monto superior al de las TM para personas adultas mayores ya activas	Cierre de brechas de la afiliación al SENASA
<b>Población con discapacidad</b>	Transferencia monetaria nueva	

Los resultados de las estimaciones realizadas se consolidan en los siguientes cuadros. De nuevo se reitera que se trata de estimaciones cuyos montos no deben sumarse entre sí ni tampoco deben considerarse adicionales al actual gasto público en protección social.

**Cuadro 17.** Costos de la ampliación de prestaciones para 2020 según escenarios como porcentaje del PIB

	Porcentaje del PIB		
	Escenario 1	Escenario 2	Escenario 3
<b>TM permanencia educativa</b>	0.82	0.61	0.41
<b>TM personas con discapacidad</b>	0.74	0.94	1.18
<b>Afiliación de personas adultas mayores al SENASA</b>	0.05	0.22	0.15
<b>TM para personas adultas mayores</b>	0.84	0.63	0.42
<b>Pensión subsidiada para personas adultas mayores</b>	0.95	0.71	0.47
<b>Servicios de cuidado infantil</b>	0.67	0.50	0.33

**Cuadro 18.** Costos de la ampliación de prestaciones para 2030 según escenarios como porcentaje del PIB

Porcentaje del PIB			
	Escenario 1	Escenario 2	Escenario 3
TM permanencia educativa	1.19	0.89	0.59
TM personas con discapacidad	0.59	0.29	0.30
Afiliación de personas adultas mayores al SENASA	0.12	0.51	0.34
TM para personas adultas mayores	1.66	1.24	0.83
Pensión subsidiada para personas adultas mayores	1.87	1.40	0.94
Servicios de cuidado infantil	0.89	0.67	0.45

## F. Otros progresos y desafíos para avanzar hacia un piso de protección social con perspectiva de género

Aunque no se costearon en este estudio, se considera pertinente tomar en cuenta para futuros análisis los desafíos pendientes presentados a continuación con el objetivo de avanzar gradualmente hacia un piso de protección social con perspectiva de género.

### F.1 Ampliación de la cobertura del SDSS

Siendo la salud un derecho fundamental –incluye acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente–, los países deberían asegurar la entrada al plan básico de salud a las personas de todas las edades, independientemente de su historial de empleo y de cotización. Según un reciente informe del Banco Mundial y de la Organización Mundial de la Salud<sup>159</sup>, alrededor de 100 millones de personas caen anualmente en situación de pobreza extrema y 180 millones en pobreza debido a los gastos en salud. La cobertura universal en salud es, por lo tanto, fundamental para el piso de protección social y para garantizar el avance hacia el logro de los ODS 1 (fin de la pobreza) y ODS 3 (salud y bienestar).

Si bien la cobertura que el SDSS ha aumentado (en diciembre de 2017, alrededor del 74 % de la población dominicana estaba incluida en el SFS), todavía existen diferentes oportunidades de ampliación horizontal y vertical de esa cobertura:

159 Banco Mundial (2017).



**F.1A Trabajadoras y trabajadores por cuenta propia**  
Es prioridad garantizar la cobertura de todos y todas las profesionales, técnicos independientes y trabajadores por cuenta propia con ingresos iguales o mayores a dos salarios mínimos –que deberían estar afiliados al régimen contributivo subsidiado que aún no se ha puesto en funcionamiento–. Según datos del CNSS<sup>160</sup>, 1 607 738 personas no están aseguradas en noviembre de 2017 por el no funcionamiento del régimen contributivo subsidiado. Esta ampliación horizontal de la cobertura de seguridad social tendría un rol fundamental en la protección social de las mujeres, que en su mayoría trabajan en el sector informal<sup>161</sup>. Esto repercutiría garantizando las pensiones en la vejez y dando acceso al conjunto de bienes y servicios de la atención de salud esencial previsto en el piso de protección social.

#### F.1B Trabajadoras domésticas remuneradas

Según datos de la Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo<sup>162</sup>, en el año 2014 el 5.6 por ciento de la población ocupada se dedicaba al trabajo doméstico: el 93.8 por ciento eran mujeres y la mayoría, de entre los 20 y 59 años de edad.

Esta misma población femenina corresponde al 14.2 por ciento de la población ocupada femenina. Este es un sector vulnerable debido a diferentes razones<sup>163</sup>: entre otras, los bajos ingresos, para los cuales el Código Trabajo no define un piso mínimo. Según la ENFT 2014 el salario promedio es de RD\$ 6077, menor que el salario mínimo nacional.

---

160 Dirección de Planificación del CNSS (octubre de 2017).

161 GCPS/PNUD en República Dominicana/PNUD/ONU Mujeres/OIT (2016).

162 BCRD (2014).

163 Las personas que se dedican al trabajo doméstico no gozan de los mismos derechos de los demás trabajadores, en específico: no gozan de un salario mínimo; no se define una edad mínima para trabajar, no se contempla la obligatoriedad del contrato escrito; el art. 261 no contempla un horario para las trabajadoras domésticas (establece solo que entre dos jornadas laborales tengan un reposo ininterrumpido de por lo menos nueve horas) ni contempla previsiones para la protección de la trabajadora en caso de terminación del contrato (ya sea por causa justificada o injustificada); no menciona condiciones que garanticen un entorno laboral seguro y saludable y tampoco establece el derecho a ser inscrita en la seguridad social» (GCPS/PNUD en República Dominicana/PNUD/ONU Mujeres/OIT, 2016, pág. 163). Cuando en 2013 se hace un llamado a la afiliación de las trabajadoras domésticas al SFS, algunas aparecen ya inscritas al SENASA y otras, al régimen contributivo.

Es un avance notable que la Constitución dominicana vigente reconozca el valor del trabajo doméstico y reproductivo (Art. 55) y que el país haya ratificado el Convenio núm.189 de la OIT sobre las empleadas y los empleados domésticos (2011). El Art. 14 de este convenio señala que «es fundamental garantizar acceso efectivo a la seguridad social a las personas trabajadoras domésticas, las cuales deberían disfrutar de condiciones no menos favorables que las condiciones aplicables a los trabajadores en general». Sin embargo, según la OIT en el año 2015 únicamente el 3 por ciento de las empleadas del hogar contribuía efectivamente a la seguridad social.

Atendiendo a la desprotección general actual de las trabajadoras domésticas, se prevé que si no cuentan con las condiciones para ejercer sus derechos sociales como empleadas del hogar y ciudadanas dominicanas, las condiciones de vida de estas mujeres están destinadas a empeorar<sup>164</sup>. Por esto se recomienda avanzar hacia el reconocimiento del derecho al trabajo decente de las trabajadoras domésticas implementando efectivamente el Convenio núm. 189: adecuando la legislación ordinaria y garantizando la afiliación a la seguridad social de las empleadas domésticas como titulares.

Las trabajadoras domésticas y las que laboran por cuenta propia en general, que representan un segmento muy amplio dentro de la PEA femenina ocupada, tampoco cuentan con derechos básicos como prestaciones laborales por terminación de contrato de trabajo ni permiso de pre y postmaternidad.

#### F.1C Reconocimiento del trabajo no remunerado

Cuando las mujeres están aseguradas como dependientes del cónyuge adscrito al régimen contributivo se encuentran insertas en una cadena de protección (Convenio núm. 102 de la OIT) y, al mismo tiempo, en una relación de dependencia económica para acceder a los servicios de salud y a las pensiones.

En este sentido, se recomienda que el régimen contributivo, en coherencia con el Art. 55 de la Constitución, reconozca el valor social del trabajo no remunerado, doméstico y de cuidados que realizan las cónyuges y, en esa medida, genere titularidad de derechos en el acceso a salud y a la protección de la vejez. La implicación concreta de la titularidad del derecho es que este se proteja en casos de disolución del vínculo conyugal.

Para entender mejor el peso del rol de cuidado para el bienestar de las familias y el desarrollo económico de los países, se mide aplicando las Encuestas del Uso del Tiempo, como se establece en el Plan Nacional de Igualdad y Equidad de Género 2007-2017 (PLANEG II)<sup>165</sup> y en coherencia

---

164 Suero, P. y Matos, R. (2016).

165 Ministerio de la Mujer (2007).

con la Recomendación general núm. 17 del Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer la CEDAW<sup>166</sup> y el Consenso de Quito<sup>167</sup>. Con estos fines, en noviembre de 2015 en la octava reunión de la Conferencia Estadística de las Américas (CEA) de la CEPAL<sup>168</sup>, se elaboró la *Clasificación de Actividades de Uso del Tiempo para América Latina y el Caribe* (CAUTAL).

En República Dominicana, la Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR) 2016<sup>169</sup> incluye por primera vez un módulo sobre el uso del tiempo. El informe que de él se deriva, como era de esperar, indica que de la población mayor de 10 años que tiene trabajo remunerado, los hombres registran una tasa mayor de participación que las mujeres y que ellos le dedican 44.7 horas semanales, muy por encima de las 39.6 horas que ellas lo hacen. En cuanto al trabajo doméstico no remunerado, hay más mujeres que hombres realizándolo (el 92.9 por ciento frente al 63.3 por ciento). «Este resultado evidencia que las mujeres están sobrecargadas en cuanto a las tareas domésticas, en comparación con los hombres, lo que les priva de realizar otras actividades que pudieran mejorar su bienestar social»<sup>170</sup>.

Este tipo de medición del uso del tiempo es muy relevante, y sería imprescindible que se convirtiera en una encuesta completa (y que fuera no solo un módulo del ENHOGAR), que se utilizara a lo largo de los años y que sus hallazgos sirvieran para fundamentar propuestas para reconocer el trabajo doméstico no remunerado como integrante del PIB (en coherencia con el Art. 55 de la Constitución), para garantizar la titularidad de derechos a mujeres actualmente dependientes y, al mismo tiempo, para promover la corresponsabilidad familiar y la desfamiliarización del rol de cuidado.

#### F.1D Cobertura con el SFS de las personas que perciben pensiones

Antes de 2016, las personas que percibían pensiones del sistema provisional para empleados públicos vigente hasta 2007 (de beneficios definidos) no tenían cobertura del Seguro Familiar de Salud (SFS). Desde entonces (2016), ha habido avances significativos gracias a una serie de decretos que intentaron subsanar esta situación con Planes Transitorios de Servicios de Salud para pensionados y jubilados del sector público. Se recomienda seguir avanzando en este sentido para asegurar a todas las personas adultas mayores retiradas la doble garantía de un ingreso mínimo (pensión de vejez) y de acceso a salud (SFS).

---

166 CEDAW (1991).

167 CEPAL (2007). Resultado de la Décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe en 2007.

168 CEPAL (2015).

169 ONE (2018).

170 Ibid., pág. 19.

No persistirá el problema para las personas adscritas al régimen contributivo actual que entró en vigencia en 2007 y para el cual no hay todavía personas que hayan cotizado lo suficiente para recibir pensiones. Con este sistema «la población es asegurada en un esquema basado en capitalización individual, de modo que el monto de las pensiones se deduce de un cálculo actuarial de las contribuciones, aunque se garantiza una pensión mínima»<sup>171</sup>.

## F.2 Avances y desafíos en los subsidios por maternidad y lactancia

De realizarse una reforma de la Ley núm. 87-01 de la Seguridad Social, se recomienda que integre beneficios hasta ahora exclusivos del régimen contributivo. Entre ellos, el subsidio por maternidad y lactancia para las mujeres que no pertenecen a esta categoría (mujeres que actualmente estarían en los regímenes subsidiado y contributivo subsidiado), definiendo criterios específicos de elegibilidad<sup>172</sup> y asignando fondos para estos subsidios. Esto se sumaría al avance que a través de los centros del INAIPI se está dando en las prestaciones del servicio de estancias infantiles otorgado a personas no adscritas al régimen contributivo.

Es destacable la iniciativa reciente de adecuación del subsidio por maternidad del régimen contributivo a lo dispuesto por el Convenio núm. 183 sobre la protección de la maternidad de la OIT, ratificado en febrero de 2016 y en vigor desde febrero de 2017. El cambio consistió en un aumento del subsidio de 12 a 14 semanas de salario cotizable otorgado durante la licencia por maternidad. Los criterios de elegibilidad son<sup>173</sup>:

- Estar afiliadas al régimen contributivo y estar activas en nómina.
- Acreditar un período mínimo de cotización de ocho meses, comprendidos en los doce meses anteriores a la fecha de su alumbramiento o inicio de licencia (lo que ocurra primero).
- No ejecutar trabajo remunerado durante el período de descanso por maternidad o licencia pre y posnatal.

**Durante la licencia pre y post natal, tanto la trabajadora como el empleador deben seguir cotizando a la Seguridad Social, en las mismas condiciones y proporciones que establecen los Artículos 56 y 140 de la Ley 87-01, modificados por los Artículos 1 y 3 de la Ley 188-07<sup>174</sup>.**

171 BID/OCDE/Banco Mundial (2015).

172 En el caso específico de las mujeres que trabajan por cuenta propia, además de la falta de una legislación que lo contemple, la carencia de un sistema de registro de estas personas que permitan identificarlas y verificar si responden a determinados criterios.

173 SISALRIL (2017).

174 *Ibid.*

De igual manera, para el subsidio por lactancia ha habido mejoras: el pago en dinero para hijos e hijas menores de un año de edad de trabajadoras afiliadas al régimen contributivo que devengan un salario menor o igual a tres salarios mínimos. Por efecto de la Resolución núm. 378-15, los subsidios por lactancia están sujetos a la siguiente escala<sup>175</sup>:

- Trabajadoras que devengan salarios cotizables hasta un tope de 1 salario mínimo, recibirán un subsidio correspondiente al 33 % de su salario mensual cotizable.
- Trabajadoras que devengan salarios cotizables hasta un tope de 2 salarios mínimos, recibirán un subsidio correspondiente al 12 % de su salario mensual cotizable.
- Trabajadoras que devengan salarios cotizables hasta un tope de 3 salarios mínimos, recibirán un subsidio correspondiente al 6 % de su salario mensual cotizable.
- Si la trabajadora tiene más de un empleo, el valor a considerar para determinar el salario cotizable es la sumatoria de todos sus salarios en la Seguridad Social.

Reconociendo estos dos avances, se llama la atención sobre aspectos que podrían mejorarse ulteriormente:

- Diseñar una licencia de paternidad que vaya más allá de los dos días actualmente previstos.
- Incluir en la legislación la noción de licencia parental, remunerada y de duración adecuada, que puede ser tomada después de terminar la licencia de maternidad, por ambos cónyuges de modo secuencial y en forma compartida, sin perder su empleo y conservando los derechos que se derivan de él. Esto permitiría a los hombres asumir mayores responsabilidades en la crianza de niños y niñas<sup>176</sup>.
- Reconocer el subsidio de la lactancia materna para hijos e hijas de trabajadores hombres, aunque la esposa no cotice.

---

175 *Ibid.*

176 OIT/PNUD (2009), pág. 124.





### F.3 Suficiencia y mejor acceso a servicios de salud

El Plan Básico de Salud (PBS) dominicano tiene un importante componente para la promoción y la prevención en salud reproductiva<sup>177</sup> y materno-infantil. No obstante, de las trece intervenciones contempladas en el PBS y por las cuales las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) cotizan, muchas no se otorgan por problemas relacionados con la calidad y equidad en salud<sup>178</sup>.

En general se sugiere revisar la suficiencia del actual per cápita del régimen subsidiado para aumentarlo. En ese análisis se debe tomar en cuenta cuáles son las principales afecciones de las mujeres dominicanas y considerar un aumento en el porcentaje del Plan Básico de Salud destinado a medicamentos, pues se estima que consumen el 75 por ciento del gasto en salud de las familias en situación de indigencia.

---

177 *Planificación familiar (con exclusión del acceso a anticonceptivos femeninos y anticonceptivos de emergencia), salud materna (prenatal, natal y posnatal), ITS, VIH, cáncer del aparato reproductor, exámenes preventivos de cáncer de mamas, servicios para la disminución de la mortalidad materna (con la exclusión de servicios de aborto, que está prohibido en todas las circunstancias) y otros servicios de salud sexual y salud reproductiva. Se cubre el 100 por ciento de las consultas, exámenes y medicamentos. Solo a finales del mes de noviembre de 2017 se empezaron a vender anticonceptivos a bajo costo en las farmacias de Programa de Medicamentos Esenciales Promese/CAL (PROMESECAL), como medida (aunque no se considere suficiente) para responder a la alta demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos y contribuir a reducir las altas tasas de embarazos en la adolescencia y de mortalidad materna (EFE, 2017).*

178 *GCPS/PNUD en República Dominicana/PNUD/ONU Mujeres/OIT (2016), pág. 165.*

## 5. Síntesis y próximos pasos

En el marco del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y de la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible, en el mundo se están desarrollando esfuerzos para cumplir progresivamente con la promoción y construcción de un piso de protección social e igualdad de género para que «nadie se quede atrás». No es una tarea sencilla, pero es necesaria y posible.

En cualquier contexto, los avances para reducir la desigualdad de género a través de la protección social implican un fuerte compromiso institucional y de la sociedad en general. De hecho, históricamente los sistemas se crearon y han funcionado bajo mecanismos de acceso sustentados en la formalización de las relaciones laborales y en la división sexual del trabajo: hombres con roles tradicionalmente productivos y mujeres con roles reproductivos.

En los últimos años, República Dominicana ha mostrado algunos avances que progresivamente han dado un viraje hacia un sistema de protección social más inclusivo, que reconoce la función diferenciada en escenarios sociales de división sexual del trabajo. Así las cosas, el sistema se adapta para incorporar la «perspectiva de género». La ratificación de normas internacionales –Convenio núm. 102 sobre la seguridad social (norma mínima) (1956), el Convenio núm. 183 sobre la protección de la maternidad (2000) y el Convenio núm. 189 sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos (2011) – ha conllevado reformas legales y administrativas para modificar el diseño de los programas de protección social: por ejemplo, la expansión de los programas de corresponsabilidad de cuidados a la niñez. Sin embargo, la tarea es extensa y, según lo mostrado en este y otros informes, las extensas brechas de género exigen un esfuerzo mayor en diferentes áreas de la política pública.

En República Dominicana, las acciones desarrolladas por la Iniciativa Piso de Protección Social e Igualdad de Género, conformada por el PNUD, ONU Mujeres y la OIT, bajo la coordinación del Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales (GCPS), han contribuido en la reflexión y análisis desde el ámbito institucional para fortalecer los mecanismos que cierran las brechas de género al diseñar el sistema de protección social. La iniciativa ha posicionado y reforzado en la agenda pública la necesidad y pertinencia de reconocer y transformar los programas de protección social para incorporar la perspectiva de género.

En particular, los resultados de este informe brindan informaciones estratégicas sobre las inversiones potenciales que tendría que llevar a cabo República Dominicana para incorporar nuevos programas de protección social y extender algunos de ellos para garantizar progresivamente la reducción de la desigualdad de género en el país.

Las estimaciones son un primer acercamiento metodológico. Este ejercicio plantea criterios útiles para revisar sucesivos diseños y rediseños de los programas de protección social. Los resultados muestran que los costos de cada medida propuesta no superan más del uno por ciento del PIB, esto es, son medidas asequibles, tomando como referencia el contexto internacional.

Estas estimaciones son un insumo estratégico para abrir el diálogo entre las instituciones y distintos sectores sociales (incluyendo las organizaciones de trabajadores y de empleadores) sobre la asequibilidad de incorporar nuevos programas o modificar los programas ya existentes, según la capacidad para financiarlos. No obstante, si bien es un aspecto relevante, no debería ser el principal ni el único criterio para valorar estas y otras medidas para reducir las desigualdades de género, dado que requiere también un esfuerzo notable como sociedad.

Los cuatro grupos de programas e iniciativas de protección social que se analizan en este documento (transferencias y servicios) y las medidas de política identificadas como estratégicas son en sí mismas una guía para continuar avanzando en la consolidación del piso de protección social. Como se destaca en este documento, los programas costeados y las iniciativas identificadas (pero no costeadas) son el resultado de extensos procesos de diálogo en espacios técnicos con la participación de expertos y expertas nacionales e internacionales.

De cualquier manera, los desafíos identificados en este informe y en estudios previos elaborados en el marco de la iniciativa pueden orientar el quehacer del Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales (GCPs) y de otras instancias de seguridad social del país, y, además, ser modelo en la región de América Latina o en otras regiones.

Entre los desafíos se destacan las siguientes:

- Las reformas en la legislación. En particular, a la Ley núm. 87-01 y otras normativas para alinearlos a los instrumentos jurídicos internacionales, algunos de ellos ya adoptados por República Dominicana.
- La puesta en marcha de programas y regímenes estipulados en la legislación, pero que aún están en proceso de diseño. Por ejemplo, las pensiones no contributivas (pensiones solidarias).
- La mejora de la capacidad institucional en los procesos de registro, entrega de las transferencias o servicios, seguimiento, monitoreo y otros.
- El fortalecimiento de los mecanismos de articulación y coordinación institucional para el diseño y funcionamiento de los programas contributivos y no contributivos.
- La extensión del espacio fiscal para financiar nuevos programas de protección social o ampliar los existentes.

- La armonización de la legislación y el diseño de los programas tomando en cuenta las buenas prácticas internacionales en la configuración de sistema de protección social con perspectiva de género.
- La mejora de la producción de información y estadísticas en el campo de la seguridad social según el sexo, fortalecer la producción de información sobre uso del tiempo y ampliar el acceso democrático a la información disponible. Estos avances tendrían un impacto relevante en la elaboración de futuros ejercicios de costeo similares al planteado en este informe y otras herramientas cuantitativas (por ejemplo, evaluaciones de impacto a programas con sensibilidad a la reducción de la desigualdad de género).

En este contexto y con el propósito de buscar espacios de diálogo interinstitucional para mejorar el diseño del sistema de protección social, la Vicepresidencia de la República, en la figura del Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales (GCPS), convocó en el primer semestre de 2018 a la Mesa técnica intersectorial para un piso de protección social para la igualdad de género, integrada por 22 instituciones (véase el Anexo III). El objetivo era que, además de socializar y validar los contenidos del presente estudio, la mesa lograra avanzar progresivamente en el diseño de las bases de programas pilotos que contribuyan a la reducción de las brechas de género.

Los programas evaluados para considerarse iniciativas piloto son los programas e iniciativas costeados en este informe, aunque de igual manera se abrió el espacio para examinar otras propuestas planteadas por las instituciones.

Como resultado del espacio de diálogo interinstitucional se consideró como prioritarias dos programas o iniciativas; a saber:

1. **Transferencia monetaria dirigida a promover la permanencia escolar y la culminación del proceso educativo para estudiantes** estimulando la autonomía económica de jóvenes, con énfasis en adolescentes embarazadas o madres, adolescentes padres, adolescentes con discapacidad y a los hombres con mayor riesgo de deserción escolar.
2. **Ampliación de la oferta de servicios de cuidado para niños y niñas en la primera infancia y para promover la autonomía económica de las personas cuidadoras.** En particular, la mesa de trabajo señaló la importancia de priorizar en este eje de intervención a hijos e hijas de madres y padres adolescentes, niños y niñas con discapacidad, niños y niñas violentados, hijos e hijas de víctimas de feminicidio o abuso, e hijos e hijas de mujeres jefas de hogar.

Además de estas iniciativas, la mesa interinstitucional consideró oportuno identificar fuentes de espacio fiscal para activar el Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia del régimen subsidiado para garantizar la cobertura de la pensión solidaria a todas las personas con discapacidad, adultos mayores y madres solteras que resulten elegibles, según lo establecido en el Art. 65 de la Ley núm. 87-01 y en el respectivo reglamento.

Las prioridades trazadas por la Mesa de técnica son en gran medida la hoja de ruta para el trabajo de la iniciativa y las instituciones. Si bien estas medidas representan una línea temporal de trabajo, su importancia descansa en haberse elaborado en un espacio de diálogo interinstitucional, que promueve la coordinación y articulación de políticas en etapas de diseño y reformulación. Estas acciones son destacables para República Dominicana, por ser un país en desarrollo, en pleno proceso de maduración de su sistema de protección social y con una histórica escasa comunicación entre las instituciones del sector social<sup>179</sup>.

La elaboración de los estudios técnicos y la creación y facilitación de los espacios de diálogo de la Iniciativa de Piso de Protección Social e Igualdad de Género en República Dominicana la convierten en un caso para ser replicado en otros países de la región, con sus lecciones aprendidas y buenas prácticas aplicadas. Los avances realizados permitirán el diálogo social en la construcción de sistemas de protección social con perspectiva de género y, de esta manera, «generizar» el tratamiento del acceso y la distribución de los recursos para cumplir con la protección social.

---

179 GCPS/PNUD en República Dominicana/PNUD/ONU Mujeres/OIT (2016).

# Bibliografía

Aedo, C. (1996). *Los problemas de salud del adulto mayor y las enfermedades catastróficas*, en Estudios públicos núm. 63, 285-305.

Antezana Rimassa, P. (2014). *La Legislación Dominicana a la luz del convenio sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos (Núm. 189), 2011. Aportes para el análisis y la propuesta de reformas*. OIT. Obtenido el 16 de mayo de 2016 en: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-san\\_jose/documents/p](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-san_jose/documents/p)

Banco Mundial. (13 de diciembre de 2017). *Chart: 100 Million People Pushed into Poverty by Health Costs in 2010*. Obtenido de The Data Blog: <http://blogs.worldbank.org/opendata/chart-100-million-people-pushed-poverty-health-costs-2010>

Bardají Blasco, G. (2017). *Análisis de ejecución y desempeño del INAPI. Primer informe*. 17 de abril de 2017 (versión preliminar). Santo Domingo: GCPS.

BCRD. (2014). Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo 2014.

BCRD. (2016). *Informe de la economía dominicana. Enero-diciembre 2015*. Santo Domingo.

BID/OCDE/Banco Mundial. (2015). *Panorama de las Pensiones en América Latina y el Caribe*, en <[http://www.sciencespo.fr/opalc/sites/sciencespo.fr/opalc/files/Panorama\\_de\\_las\\_Pensiones\\_America\\_Latina\\_y\\_el\\_Caribe\\_0.pdf](http://www.sciencespo.fr/opalc/sites/sciencespo.fr/opalc/files/Panorama_de_las_Pensiones_America_Latina_y_el_Caribe_0.pdf)>

Bonilla, A. (2015). *Costeo y priorización de escenarios para un piso de protección social y género en República Dominicana. Proyecto N.º 00088239: «Piso de Protección Social e Igualdad de Género»*. Santo Domingo, San José, Ginebra: GCPS, OIT, ONU Mujeres, OIT.

Busso, M., Cristia, J., Ripani, L., Hincapié, D. y Messina, J. (2017). *Aprender mejor: políticas públicas para el desarrollo de habilidades*. Banco Interamericano de Desarrollo.

CEDAW. (2010). *Recomendación general N.º 27 sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos*.



CEDAW. (1991). *Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas*. Obtenido de Recomendación General núm. 17. Medición y cuantificación de las actividades domésticas no remuneradas de las mujeres y su reconocimiento en el PNB: [http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1\\_Global/INT\\_CEDAW\\_GEC\\_5833\\_S.pdf](http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1_Global/INT_CEDAW_GEC_5833_S.pdf)

CEPAL. (2007). *Consenso de Quito*. Quito: Décima Conferencia Regional sobre la Mujer.

CEPAL. (2015). *Clasificación del uso de tiempo para América Latina (CAUTAL)*. Santiago: CEPAL.

CESDEM. (2014). *Encuesta Demográfica y de Salud. República Dominicana 2013*. ENDESA 2013. Santo Domingo.

CNSS. (2017). *Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS)*. Boletín Estadístico Septiembre 2017.

CNSS. (2018). *El 75 % de la población está afiliada al Seguro Familiar de Salud*. Obtenido de Consejo Nacional de Seguridad Social: <http://www.cnss.gob.do/index.php/noticias/item/700-el-75-de-la-poblacion-esta-afiliada-al-seguro-familiar-de-salud>

CNSS. (1 de febrero de 2018). *Resoluciones de la sesión ordinaria N.º 436*, jueves 1 de febrero del año 2018.

Comité de Derechos Económicos, Sociales Culturales. (2007). *Recomendación General N.º 19, El derecho a la seguridad social*.

CONDEI. (2009). *Normativas generales: Consejo Nacional de Estancias Infantiles*. Santo Domingo: Obtenido el 16 de junio de 2016 en: <http://www.minerd.gob.do/idec/Docs4/normativas%20del%20consejo%20nacional%20de%20estancias%20infantile.pdf>.

Congreso Nacional de la República Dominicana. (2010). *Constitución Nacional*. Santo Domingo.

Despacho de la Primera Dama. (2017a). *Servicios del Centro de Atención Integral para la Discapacidad (CAID)*. Santo Domingo: obtenido el 15 de noviembre de 2017 en: <http://primeradama.gob.do/servicio-a-la-comunidad/que-es-el-caid/caid-servicios/>.

Despacho de la Primera Dama. (2017b). *¿Qué es CAID?* Obtenido el 15 de noviembre 2017 en: <http://primeradama.gob.do/servicio-a-la-comunidad/que-es-el-caid/>.

DIGEPEP. (2017). *Informe avances primera infancia septiembre 2017. Borrador (documento no público)*. Santo Domingo.



EFE. (30 de noviembre de 2017). «Salud: venta de anticonceptivos en farmacias del pueblo reducirá mortalidad materna», en *Acento*, págs. <https://acento.com.do/2017/actualidad/8513674-salud-venta-anticonceptivos-farmacias-del-pueblo-reducira-mortalidad-materna/>.

Foro Económico Mundial. (2017). *The Global Gender Gap Report*. Ginebra.

GCPS/PNUD en República Dominicana/PNUD/ONU Mujeres/OIT. (2016). *Piso de Protección Social e Igualdad de Género. Mapeo y Análisis de Género. Informe final y lineamientos para la construcción de propuestas*. Santo Domingo.

Gherardi, N. y Rodríguez Enríquez, C. (2008). *Los impuestos como herramienta para la equidad de género: el caso del impuesto a las ganancias sobre personas físicas en Argentina. Documento de Trabajo N.º 67*. Buenos Aires: Centro Interdisciplinario Para el Estudio de Políticas Públicas CIEPP.

INAIPI. (2017). *Memoria Institucional 2017*. Santo Domingo.

Lapaix Ávila, D. (2017). *Avances y Retos de la Educación en la República Dominicana*. Santo Domingo: MINERD.

Lavigne, M. y Vargas, L. (2015). *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: República Dominicana*. (I.-I. y. CEPAL, Ed.) One Pager (296).

MEPyD. (2014). *Sistema de Indicadores Sociales de República Dominicana (Vol. I)*. Santo Domingo.

MEPyD. (2014). *Sistema de Indicadores Sociales de República Dominicana. SISDOM 2014*. Santo Domingo: UAAES <http://economia.gob.do/mepyd/despacho/unidad-asesora-de-analisis-economico-y-social/sisdom/>

MEPyD. (2017). *Panorama macroeconómico 2017 - 2021*. Santo Domingo.

MINERD. (2017). *Datos estadísticos*. Noviembre: Departamento de Estadísticas Educativas.

MINERD/Unión Europea/AECID/DIGECOOM. (23 de mayo de 2018). *Resultados preliminares de la evaluación del programa PAPSE II*. Presentación de equipo consultor. Santo Domingo.

Ministerio de la Mujer. (2007). *PLANEG II Plan Nacional de Igualdad y Equidad de Género 2007-2017*. Santo Domingo.

Minoldo, M. S., Zavattiero, C., Peláez, E. y Feliz, J. (2015). *La equidad como asignatura pendiente de la previsión social contributiva. Reflexiones desde Argentina, Paraguay y República Dominicana*. *Revista Latinoamericana de Población*. Año 9. Número 16. Julio-diciembre 2015, 75-108.

Miric, M. y Pérez Then, E. (2016). *Discapacidad en niños, niñas y adolescentes en la República Dominicana*. Santo Domingo. ONE, O&Med, UNICEF.

Morillo Pérez, A. (2014). *El Mapa de la pobreza en la República Dominicana 2014*. Informe general. Santo Domingo: Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo Unidad Asesora de Análisis Económico y Social.

Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Adoptada proclamada por la Asamblea General en su Resolución 217 A (iii), de 10 de diciembre de 1948.

Naciones Unidas. (2006). *Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad*.

OIT. (2015). *World employment and social outlook. Trends 2015*. Geneva.

OIT. (2017). *Informe Mundial sobre la Protección Social 2017-2019. La protección social universal para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Geneva.

OIT. (2017). *Tendencias del empleo femenino 2017*. Ginebra.

OIT/PNUD/ONU Mujeres. (2012). *Combatiendo la desigualdad desde lo básico. Piso de protección social e igualdad de género. Resumen ejecutivo*. San José, Costa Rica: OIT, PNUD, ONU Mujeres.

OIT/PNUD. (2009). *Trabajo y familia: hacia nuevas formas de conciliación con corresponsabilidad social*. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

OMLAD. (9 de noviembre de 2017). *Ninis 2016*. Obtenido de Estadísticas laborales 2000-2016: <http://www.omlad.gob.do/Estad%C3%ADsticasLaborales.aspx>

OMS. (2009). *Resumen analítico. Las mujeres y la salud. Los datos de hoy la agenda de mañana*. Ginebra.

ONE. (2018). *Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR-2016)*. Santo Domingo.

ONE. (Año 6 N.º 64). *Abandono y/o deserción escolar en República Dominicana*. Boletín Mensual Enero 2014. Panorama Estadístico.

ONE/UNFPA. (2017). *Tendencias, patrones y determinantes de la fecundidad adolescente en la República Dominicana*. Resumen. Santo Domingo.

OPS. (2009). *La salud de las mujeres y los hombres en las Américas*, Perfil 2009. Washington.

Oviedo, R. (2014). *Mapeo de los servicios para la prevención y atención de la discapacidad*. Santo Domingo: UNICEF/MINERD.

PNUD. (2014). *Informe Mundial de Desarrollo Humano*. Nueva York: PNUD.

PNUD. (2016). *Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe: Progreso Multidimensional: bienestar más allá del ingreso*. Nueva York: PNUD.

PNUD. (2017). *Desarrollo Humano en República Dominicana. El embarazo en adolescentes: un desafío multidimensional para generar oportunidades en el ciclo de vida*. Santo Domingo.

PNUD/OIT/ONU Mujeres. (2012). *Combatiendo la desigualdad desde lo básico. Piso de protección social e igualdad de género. Resumen ejecutivo*. San José, Costa Rica: OIT, PNUD, ONUMUJERES.

PNUD/OIT/ONU Mujeres. (2012a). *Combatiendo la desigualdad desde lo básico. Piso de protección social e igualdad de género*. San José, Costa Rica: OIT, PNUD, ONUMujeres. Disponible en: [https://www.ilo.org/sanjose/publicaciones/WCMS\\_190697/lang--es/index.htm](https://www.ilo.org/sanjose/publicaciones/WCMS_190697/lang--es/index.htm)

Rodríguez Enríquez, C. (2005). *Panel políticas de protección social, economía del cuidado y equidad de género. Economía del cuidado y política económica: una aproximación y sus interrelaciones*. Mar del Plata: Argentina: CEPAL.

Secretaría de Estado de Educación. (2008). *Plan Decenal de Educación 2008-2018. Construyendo la respuesta nacional para lograr la Educación Dominicana de Calidad que queremos*. Santo Domingo.

Secretaria de Estado de Trabajo. (2001). *Ley N.º 87-01 que crea El Sistema Dominicano de Seguridad Social*. Santo Domingo.

SISALRIL. (15 de octubre de 2017). *Subsidio por maternidad y lactancia*. Obtenido de [www.sisalril.gov.do](http://www.sisalril.gov.do)

SISALRIL. (27 de marzo de 2018). *Informaciones y estadísticas*. Obtenido de [http://www.sisalril.gov.do/pdf/estadisticas/afiliacion\\_1.pdf](http://www.sisalril.gov.do/pdf/estadisticas/afiliacion_1.pdf)

SIUBEN. (2012). *Calidad de Vida, Estudio socioeconómico de hogares en República Dominicana*. Vicepresidencia de la República Dominicana, Sistema Único de Beneficiarios.

SIUBEN. (30 de marzo de 2018). *Sistema Único de Beneficiarios*. Obtenido de Inclusión de Miembros: <https://siuben.gob.do/servicios/inclusion-de-miembros/>

Suero, P., & Matos, R. (2016). *Envejecimiento demográfico: desafío al sistema de seguridad social en República Dominicana*. Informe final. Santo Domingo: Oficina Nacional de Estadística.

UCW. (2014). *Entendiendo el Trabajo Infantil y el empleo juvenil en la República Dominicana*. Roma: UCW Project.

UNICEF. (30 de marzo de 2018). *Registro de Nacimiento*. Obtenido de: [https://www.unicef.org/republicadominicana/protection\\_32705.html](https://www.unicef.org/republicadominicana/protection_32705.html)

Vargas Faulbaum, L. H. (2015). En S. Cecchini, F. Filgueira, R. Martínez y C. Rossel (Edits.): *Instrumentos de protección social. Caminos latinoamericanos hacia la universalización* (págs. 301-326). Santiago: CEPAL.

Vicepresidencia de la República Dominicana. Octubre de 2017. Prosoli en cifras. *Boletín estadístico. Volumen N.º 28*. Santo Domingo. PROSOLI.

Vicepresidencia de la República Dominicana y CONADIS. (2016). *Agenda nacional para la inclusión plena de personas con discapacidad*. Santo Domingo.

# Anexos

## ANEXO I. TABLAS Y GRÁFICOS CON TENDENCIAS Y PROYECCIONES DEMOGRÁFICAS Y LABORALES

**Tabla I.** República Dominicana (2005-2030). Extracto del Marco Macroeconómico

	2005	2010	2015	2020	2025	2030
<b>Tipo de cambio (RD\$ por US\$)</b>						
Venta	30	37	46	57	70	85
Compra	30	37	46	56	68	83
<b>Tasa de interés real</b>						
Activa	21	14	23	23	23	23
Pasiva	9	0	6	6	6	6
<b>Ingresos medios mensuales en RD\$</b>						
Nacional	8569	12 026	14 646	19 149	25 039	32 744
Economía formal	9598	13 668	16 779	22 184	29 331	38 781
Agropecuario	6547	7929	11 424	15 104	19 970	26 404
Industria	8383	13 201	15 119	19 990	26 430	34 945
Servicios	10 408	14 178	17 636	23 318	30 830	40 763
Economía informal	7712	10 712	12 884	16 652	21 524	27 820
Agropecuario	5028	6 802	12 483	16 134	20 854	26 955
Industria	9673	13 333	16 192	20 928	27 051	34 964
Servicios	8160	11 507	13 298	17 188	22 217	28 716
<b>Salarios mínimos y línea de pobreza y precios</b>						
Sector privado RD\$	4900	6481	10 029	15 159	15 542	15 934
Sector privado US\$	162	176	219	268	226	190
Sector público RD\$	2499	5019	6023	8673	10 407	10 407
Sector público US\$	83	136	131	153	151	124
Línea de pobreza RD\$ x mes x persona	1819	2210	2753	3395	4131	5026
Línea de pobreza US\$ x mes x persona	60	60	60	60	60	60
Inflación (precios al consumidor) % anual	4.2 %	6.3 %	4.0 %	4.0 %	4.0 %	4.0 %
<b>Ingreso nacional y precios en millones de RD\$</b>						
PIB a precios constantes	1 215 644	1 741 847	2 175 510	2 160 754	2 180 245	2 240 078
Deflactor del PIB (2007)	0.89	1.14	1.39	1.5	1.7	1.9
Variación deflactor del PIB en %	8.5 %	3.2 %	2.2 %	2.2 %	2.2 %	2.2 %
PIB a precios corrientes	1 083 445	1 978 852	3 042 563	4 724 467	7 336 112	11 391 454
PIB per cápita a precios constantes en RD\$	135 551	183 766	217 982	206 800	200 422	199 060
PIB per cápita a precios corrientes en RD\$	120 810	208 770	304 859	452 167	674 382	1 012 278

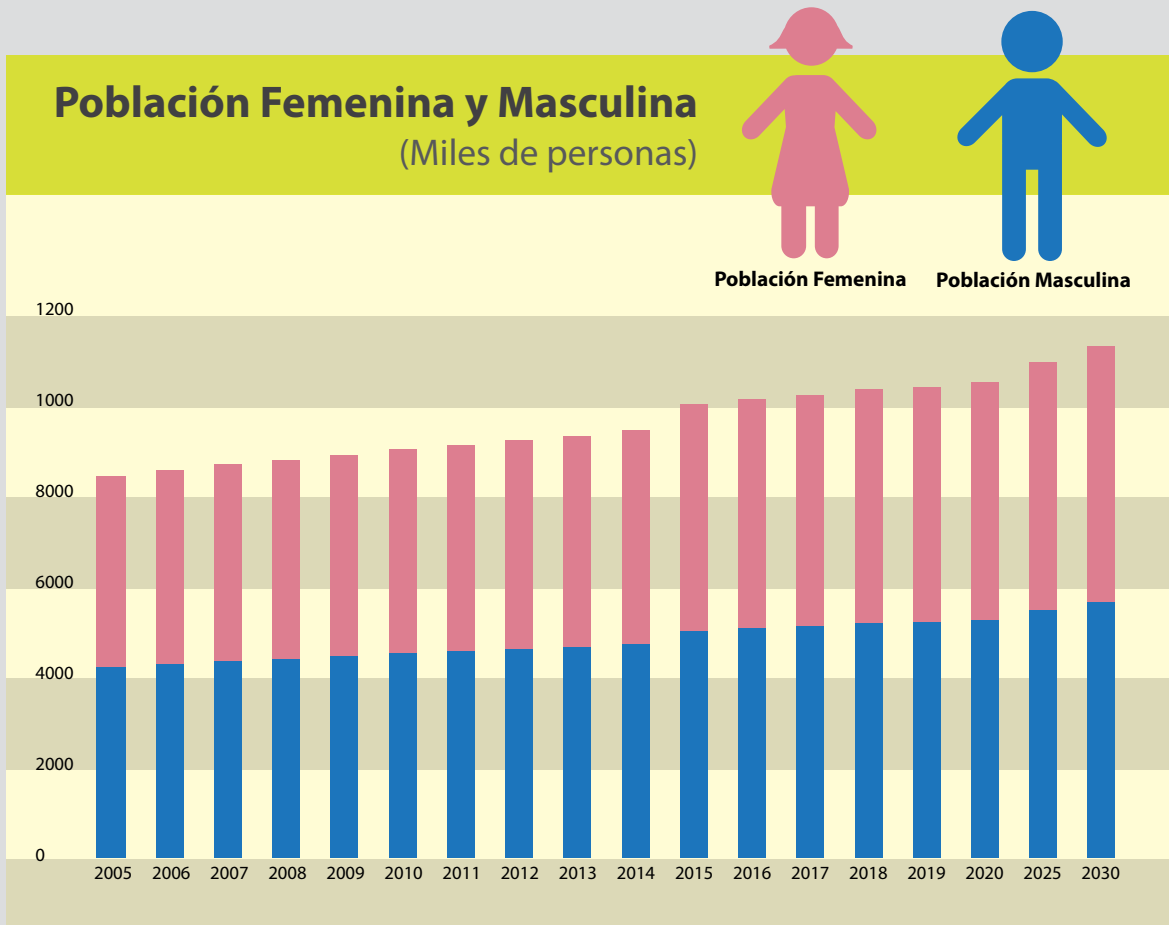
Fuente: Bonilla, A. (2015).

**Tabla 11.** República Dominicana (1950-2100). Estimaciones y proyecciones nacionales de población total y por sexo

Año	Total	Sexo	
		Hombre	Mujer
2000	8 397 802	4 215 984	4 181 818
2001	8 512 996	4 272 872	4 240 124
2002	8 627 509	4 329 381	4 298 128
2003	8 745 084	4 387 444	4 357 640
2004	8 857 648	4 442 944	4 414 704
2005	8 968 144	4 497 384	4 470 760
2006	9 071 458	4 547 998	4 523 460
2007	9 174 058	4 598 212	4 575 846
2008	9 279 602	4 649 902	4 629 700
2009	9 380 152	4 699 042	4 681 110
2010	9 478 612	4 747 103	4 731 509
2011	9 580 139	4 796 628	4 783 511
2012	9 680 963	4 845 755	4 835 208
2013	9 784 680	4 896 319	4 888 361
2014	9 883 486	4 944 386	4 939 100
2015	9 980 243	4 991 398	4 988 845
2016	10 075 045	5 037 329	5 037 716
2017	10 169 172	5 082 876	5 086 296
2018	10 266 149	5 129 824	5 136 325
2019	10 358 320	5 174 343	5 183 977
2020	10 448 499	5 217 831	5 230 668
2021	10 535 535	5 259 642	5 275 893
2022	10 621 938	5 301 077	5 320 861
2023	10 711 155	5 343 879	5 367 276
2024	10 795 677	5 384 319	5 411 358
2025	10 878 267	5 423 759	5 454 508
2026	10 954 360	5 459 841	5 494 519
2027	11 029 816	5 495 541	5 534 275
2028	11 108 039	5 532 563	5 575 476
2029	11 181 613	5 567 261	5 614 352
2030	11 253 284	5 600 973	5 652 311

Fuente: Oficina Nacional de Estadística. (2014). Disponible en: <https://www.one.gob.do/Estadisticas/8/proyecciones-de-poblacion>.

**Gráfico I1.** República Dominicana (2000-2030). Evolución de la población total según sexo





**Tabla 12.** República Dominicana (2005-2030). Tendencias de la población en edad de trabajar

Tramos de edad	Datos históricos			Proyecciones		
	2005	2010	2015	2020	2025	2030
<b>Total</b>	<b>7169</b>	<b>7981</b>	<b>8730</b>	<b>8529</b>	<b>9006</b>	<b>9440</b>
<b>10-19</b>	2019	2111	2055	1906	1878	1861
<b>20-39</b>	2704	2929	3130	3282	3381	3409
<b>40-59</b>	1621	1898	2286	2206	2387	2575
<b>60 y más</b>	825	1043	1259	1135	1359	1596
<b>Mujeres</b>	<b>3593</b>	<b>4030</b>	<b>4403</b>	<b>4290</b>	<b>4537</b>	<b>4765</b>
<b>10-19</b>	991	1027	975	941	927	917
<b>20-39</b>	1360	1497	1582	1646	1692	1703
<b>40-59</b>	822	983	1189	1118	1210	1304
<b>60 y más</b>	421	523	657	586	708	841
<b>Hombres</b>	<b>3576</b>	<b>3951</b>	<b>4327</b>	<b>4239</b>	<b>4468</b>	<b>4675</b>
<b>10-19</b>	1028	1084	1080	965	952	944
<b>20-39</b>	1344	1433	1548	1636	1689	1706
<b>40-59</b>	799	915	1097	1088	1176	1271
<b>60 y más</b>	404	519	602	550	651	755
<b>Índice de Feminidad</b>	<b>100</b>	<b>102</b>	<b>102</b>	<b>101</b>	<b>102</b>	<b>102</b>
<b>10-19</b>	96	95	90	98	97	97
<b>20-39</b>	101	104	102	101	100	100
<b>40-59</b>	103	107	108	103	103	103
<b>60 y más</b>	104	101	109	107	109	111

Fuente: Bonilla, A. (2015), elaborado a partir de datos históricos del BCRD.

**Tabla 13.** República Dominicana (2005-2030). Tendencias de la Población Económicamente Activa ampliada por grupo de edad y sexo

Tramos de edad	Datos históricos			Proyecciones		
	2005	2010	2015	2020	2025	2030
<b>Total</b>	<b>3992</b>	<b>4389</b>	<b>5087</b>	<b>5871</b>	<b>6772</b>	<b>7789</b>
<b>10-19</b>	436	384	348	312	279	250
<b>20-39</b>	2146	2260	2551	2839	3130	3381
<b>40-59</b>	1147	1410	1756	2148	2591	3119
<b>60 y más</b>	263	335	432	572	772	1039
<b>Mujeres</b>	<b>1533</b>	<b>1720</b>	<b>2088</b>	<b>2523</b>	<b>3046</b>	<b>3670</b>
<b>10-19</b>	154	131	121	110	100	92
<b>20-39</b>	903	948	1114	1292	1484	1669
<b>40-59</b>	418	571	741	941	1174	1456
<b>60 y más</b>	58	70	112	179	287	453
<b>Hombres</b>	<b>2459</b>	<b>2669</b>	<b>2999</b>	<b>3348</b>	<b>3725</b>	<b>4119</b>
<b>10-19</b>	283	253	227	201	178	158
<b>20-39</b>	1243	1313	1437	1547	1646	1712
<b>40-59</b>	728	839	1015	1207	1417	1663
<b>60 y más</b>	205	265	320	393	485	585
<b>Índice de Feminidad</b>	<b>62</b>	<b>64</b>	<b>70</b>	<b>75</b>	<b>82</b>	<b>89</b>
<b>10-19</b>	54	52	53	55	56	58
<b>20-39</b>	73	72	78	84	90	97
<b>40-59</b>	57	68	73	78	83	88
<b>60 y más</b>	28	26	35	46	59	77

Fuente: Bonilla, A. (2015), elaborado a partir de datos históricos del BCRD.

**Tabla 14.** República Dominicana (2005-2030). Tendencias de la Población Económicamente Activa ampliada por sector (en miles de personas)

	Datos históricos			Proyecciones		
	2005	2010	2015	2020	2025	2030
<b>PEA ampliada total</b>	<b>3992</b>	<b>4379</b>	<b>5087</b>	<b>5871</b>	<b>6771</b>	<b>7789</b>
<b>Agropecuario</b>	489	556	640	736	843	957
<b>Industria</b>	856	763	826	820	811	795
<b>Servicios</b>	2648	3059	3621	4314	5118	6037
<b>PEA ampliada femenina</b>	<b>1549</b>	<b>1701</b>	<b>2088</b>	<b>2523</b>	<b>3046</b>	<b>3670</b>
<b>(en % de la PEA total)</b>	38.8	38.8	41.0	43.0	45.0	47.1
<b>Agropecuario</b>	32	36	47	59	74	91
<b>Industria</b>	224	165	190	180	171	160
<b>Servicios</b>	1294	1500	1851	2283	2802	3419
<b>PEA ampliada masculina</b>	<b>2443</b>	<b>2678</b>	<b>2999</b>	<b>3348</b>	<b>3725</b>	<b>4119</b>
<b>(en % de la PEA total)</b>	61.2	61.2	59.0	57.0	55.0	52.9
<b>Agropecuario</b>	457	520	593	677	769	866
<b>Industria</b>	632	598	636	640	640	635
<b>Servicios</b>	1354	1559	1770	2031	2316	2618
<b>Índice de Feminidad</b>	<b>63</b>	<b>64</b>	<b>70</b>	<b>75</b>	<b>82</b>	<b>89</b>
<b>Agropecuario</b>	7	7	8	9	10	11
<b>Industria</b>	35	28	30	28	27	25
<b>Servicios</b>	96	96	105	112	121	131

Fuente: Bonilla, A. (2015), elaborado a partir de datos históricos del BCRD.

**Tabla 15.** República Dominicana (2005-2030). Tendencias de la población ocupada por sector (en miles de personas)

	Datos históricos			Proyecciones		
	2005	2010	2015	2020	2025	2030
<b>Población ocupada total</b>	<b>3276</b>	<b>3754</b>	<b>4373</b>	<b>4864</b>	<b>5387</b>	<b>5935</b>
<b>Agropecuario</b>	478	547	630	701	777	857
<b>Industria</b>	732	679	757	842	933	1028
<b>Servicios</b>	2066	2527	2987	3321	3678	4049
<b>Población ocupada femenina</b>	<b>1103</b>	<b>1338</b>	<b>1610</b>	<b>1788</b>	<b>1975</b>	<b>2171</b>
<b>Agropecuario</b>	31	36	45	50	55	61
<b>Industria</b>	167	129	154	171	189	207
<b>Servicios</b>	905	1173	1411	1567	1732	1903
<b>Población ocupada masculina</b>	<b>2173</b>	<b>2416</b>	<b>2763</b>	<b>3076</b>	<b>3412</b>	<b>3764</b>
<b>Agropecuario</b>	447	511	585	651	722	796
<b>Industria</b>	565	550	603	671	744	821
<b>Servicios</b>	1161	1354	1576	1754	1946	2146
<b>Índice de Femenidad</b>	<b>51</b>	<b>55</b>	<b>58</b>	<b>58</b>	<b>58</b>	<b>58</b>
<b>Agropecuario</b>	7	7	8	8	8	8
<b>Industria</b>	30	23	26	25	25	25
<b>Servicios</b>	78	87	90	89	89	89

Fuente: Bonilla, A. (2015), elaborado a partir de datos históricos del BCRD.

**Tabla 16.** República Dominicana (2005-2030). Tendencias de la población desocupada ampliada (en miles de personas)

Tramos de edad	Datos históricos			Proyecciones		
	2005	2010	2015	2020	2025	2030
<b>Total</b>	<b>697</b>	<b>620</b>	<b>694</b>	<b>729</b>	<b>765</b>	<b>796</b>
<b>10-19</b>	139	117	117	118	122	130
<b>20-39</b>	459	375	452	479	504	519
<b>40-59</b>	97	113	110	117	124	132
<b>60 y más</b>	2	15	15	15	15	15
<b>Mujeres</b>	<b>437</b>	<b>358</b>	<b>458</b>	<b>507</b>	<b>556</b>	<b>602</b>
<b>10-19</b>	74	57	60	70	82	97
<b>20-39</b>	300	226	318	346	372	393
<b>40-59</b>	63	72	74	84	93	104
<b>60 y más</b>	-	4	7	8	8	9
<b>Hombres</b>	<b>261</b>	<b>262</b>	<b>236</b>	<b>222</b>	<b>208</b>	<b>193</b>
<b>10-19</b>	65	60	57	48	39	33
<b>20-39</b>	160	149	134	134	131	126
<b>40-59</b>	34	42	36	34	31	28
<b>60 y más</b>	2	11	8	7	7	6
<b>Índice de Feminidad</b>	<b>167</b>	<b>137</b>	<b>194</b>	<b>228</b>	<b>267</b>	<b>312</b>
<b>10-19</b>	114	95	105	146	210	294
<b>20-39</b>	188	152	237	258	284	312
<b>40-59</b>	185	171	206	247	300	371
<b>60 y más</b>	200	64	100	114	129	150

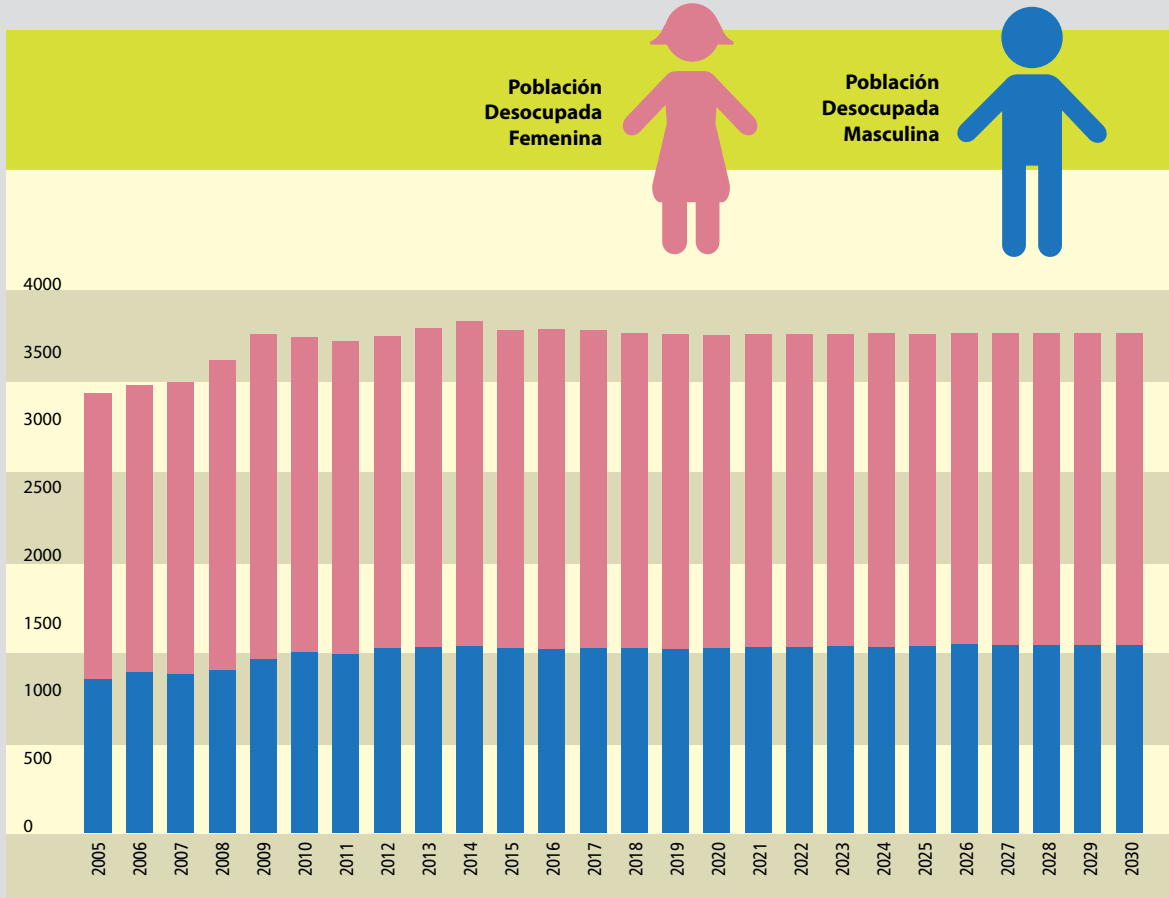
Fuente: Bonilla, A. (2015), elaborado a partir de datos históricos del BCRD.

**Tabla 17.** República Dominicana (2005-2030). Tendencias de la población inactiva (en miles de personas)

Tramos de edad	Datos históricos			Proyecciones		
	2005	2010	2015	2020	2025	2030
<b>Total</b>	<b>3177</b>	<b>3592</b>	<b>3644</b>	<b>3622</b>	<b>3620</b>	<b>3626</b>
<b>10-19</b>	1583	1727	1707	1603	1504	1419
<b>20-39</b>	557	669	579	582	578	564
<b>40-59</b>	475	488	530	479	425	376
<b>60 y más</b>	562	708	828	958	1113	1267
<b>Mujeres</b>	<b>2060</b>	<b>2310</b>	<b>2316</b>	<b>2285</b>	<b>2270</b>	<b>2260</b>
<b>10-19</b>	837	896	854	787	724	670
<b>20-39</b>	457	549	468	463	453	434
<b>40-59</b>	404	412	448	400	351	306
<b>60 y más</b>	363	453	546	635	742	850
<b>Hombres</b>	<b>1116</b>	<b>1282</b>	<b>1328</b>	<b>1336</b>	<b>1350</b>	<b>1366</b>
<b>10-19</b>	746	831	853	816	780	749
<b>20-39</b>	100	120	111	119	126	130
<b>40-59</b>	71	76	82	78	74	70
<b>60 y más</b>	199	255	282	323	371	417
<b>Índice de Feminidad</b>						
<b>10-19</b>	112	108	100	96	93	89
<b>20-39</b>	457	458	422	389	360	334
<b>40-59</b>	569	542	546	513	474	437
<b>60 y más</b>	182	178	194	197	200	204

Fuente: Bonilla, A. (2015), elaborado a partir de datos históricos del BCRD.

**Gráfico I2.** República Dominicana (2005-2030). Tendencias de la población inactiva por sexo (en miles de personas)





**Tabla I8.** República Dominicana (2009-2013). Ingreso medio mensual por área de residencia y sexo (en RD\$)

	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Nacional</b>	<b>12 307</b>	<b>12 557</b>	<b>13 741</b>	<b>14 168</b>	<b>11 547</b>
Nacional femenino	9960	11 401	11 945	13 010	8889
Nacional masculino	12 959	12 920	14 743	14 821	12 397
Índice de feminidad	77	88	81	88	72
<b>Rural</b>	<b>8320</b>	<b>8880</b>	<b>9910</b>	<b>9868</b>	<b>9005</b>
Rural femenino	7169	6905	8702	8790	6567
Rural masculino	8541	9286	10 345	10 269	9560
Índice de feminidad	84	74	84	86	69
<b>Urbano</b>	<b>14 959</b>	<b>14 954</b>	<b>15 504</b>	<b>16 127</b>	<b>13 318</b>
Urbano femenino	11 132	13 166	12 930	14 307	9952
Urbano masculino	16 270	15 662	17 225	17 347	14 641
Índice de feminidad	68	84	75	82	68

## ANEXO II. TABLAS DE CÁLCULOS DE LOS COSTEOS

**Tabla II.** Proyección de los montos correspondientes respectivamente al 100 %, 75 % y 50 % de la línea de pobreza

Escenario	RD\$ en 2015	RD\$ en 2020	RD\$ en 2025	RD\$ en 2030
Más ambicioso (100 % de la línea de pobreza)	2903	3395	4131	5026
Intermedio (75 % de la línea de pobreza)	2177	2546	3098	3770
Mínimo (50 % de la línea de pobreza)	1452	1698	2066	2513

**Tabla II 1.** Costeo de la transferencia monetaria para escolaridad

	Proyecciones			
	2020	2025	2030	
<b>Jóvenes de 13-24 años de edad (en miles de personas)</b>				
Población total		2244	2223	2193
Población femenina		1114	1102	1086
Población masculina		1130	1121	1107
Índice de feminidad		98.6	98.3	98.1
<b>Población identificada como beneficiaria (en miles de personas)</b>				
Población total		393	401	401
Población femenina		211	225	236
Población masculina		182	176	166
Índice de feminidad		115.9	127.8	142.2
<b>Monto total propuesto para la asignación mensual</b>		<b>3395</b>	<b>4131</b>	<b>5026</b>
Gastos administrativos				10.00 %
<b>Monto promedio por beneficiario</b>	<b>100 %</b>	<b>3395</b>	<b>4131</b>	<b>5026</b>
<b>Montos totales en millones de RD\$</b>				
Población total	<b>Escenario 1</b>	17 612	21 866	26 604
Población femenina		9456	12 269	15 657
Población masculina		8156	9597	11 013
<b>Montos totales en % del PIB</b>				
Población total		0.82	1.00	1.19
Población femenina		0.44	0.56	0.70
Población masculina		0.38	0.44	0.49

<b>Monto promedio por beneficiario</b>	<b>75 %</b>	<b>2546</b>	<b>3098</b>	<b>3770</b>
<b>Montos totales en millones de RD\$</b>	<b>Escenario 2</b>			
Población total		13 209	16 400	19 953
Población femenina		7092	9202	11 743
Población masculina		6117	7198	8260
<b>Montos totales en % del PIB</b>				
Población total		0.61	0.75	0.89
Población femenina		0.33	0.42	0.52
Población masculina		0.28	0.33	0.37
<b>Monto promedio por beneficiario</b>	<b>50 %</b>	<b>1698</b>	<b>2066</b>	<b>2513</b>
<b>Montos totales en millones de RD\$</b>	<b>Escenario 3</b>			
Población total		8806	10 933	13 302
Población femenina		4728	6135	7828
Población masculina		4078	4799	5506
<b>Montos totales en % del PIB</b>				
Población total		0.41	0.50	0.59
Población femenina		0.22	0.28	0.35
Población masculina		0.19	0.22	0.25

**Tabla II 2.** Costeo de la transferencia monetaria para las personas con discapacidad

	Proyecciones		
	2020	2025	2030
<b>Personas con discapacidad (en miles de personas)</b>			
Población total	983	1048	1109
Población femenina	471	506	539
Población masculina	512	542	570
Índice de feminidad	92.0	93.4	94.6
<b>Población identificada como beneficiaria (en miles de personas)</b>			
<b>Personas con discapacidad pertenecientes a los primeros 3 deciles de ingreso</b>			
Población total	355	377	399
Población femenina	170	182	194
Población masculina	185	195	205
Índice de feminidad	91.9	93.3	94.6
<b>Monto total propuesto para la asignación mensual</b>	<b>3395</b>	<b>4131</b>	<b>5026</b>
Gastos administrativos			10.00 %

<b>Monto promedio por beneficiario</b>	<b>100 %</b>	<b>3395</b>	<b>4131</b>	<b>5026</b>
<b>Montos totales en millones de RD\$</b>				
Población total	<b>Escenario 1</b>	15 909	20 558	26 471
Población femenina		7618	9924	12 871
Población masculina		8291	10 633	13 600
<b>Montos totales en % del PIB</b>				
Población total		0.74	0.94	1.18
Población femenina		0.35	0.46	0.57
Población masculina		0.38	0.49	0.61
<b>Monto promedio por beneficiario</b>	<b>75 %</b>	<b>2546</b>	<b>3098</b>	<b>3770</b>
<b>Montos totales en millones de RD\$</b>				
Población total	<b>Escenario 2</b>	11 932	15 418	19 853
Población femenina		5714	7443	9653
Población masculina		6218	7975	10 200
<b>Montos totales en % del PIB</b>				
Población total		0.55	0.71	0.89
Población femenina		0.26	0.34	0.43
Población masculina		0.29	0.37	0.46
<b>Monto promedio por beneficiario</b>	<b>50 %</b>	<b>1698</b>	<b>2066</b>	<b>2513</b>
<b>Montos totales en millones de RD\$</b>				
Población total	<b>Escenario 3</b>	7954	10 279	13 235
Población femenina		3809	4962	6435
Población masculina		4145	5317	6800
<b>Montos totales en % del PIB</b>				
Población total		0.37	0.47	0.59
Población femenina		0.18	0.23	0.29
Población masculina		0.19	0.24	0.30

**Tabla II 3.** Costeo de la asignación para afiliación al SENASA de las personas adultas mayores

	Proyecciones		
	2020	2025	2030
<b>Adultos mayores de 60 años de edad (en miles de personas)</b>			
Población total	1136	1359	1596

Población femenina		586	708	841	
Población masculina		550	651	755	
Índice de feminidad		106.5	108.8	111.4	
<b>Población identificada como beneficiaria (en miles de personas)</b>					
Población total		403	480	559	
Población femenina		208	250	295	
Población masculina		195	230	264	
Índice de feminidad		106.7	108.7	111.7	
<b>Monto per cápita anual para afiliación al SENASA</b>		<b>2700</b>	<b>3529</b>	<b>4612</b>	
<b>Población meta cubierta</b>	<b>100 %</b>				
<b>Montos totales en millones de RD\$</b>					
Población total	<b>Escenario 1</b>	1088	1694	2578	
Población femenina		562	882	1360	
Población masculina		527	812	1217	
<b>Montos totales en % del PIB</b>					
Población total		0.05	0.08	0.12	
Población femenina		0.03	0.04	0.06	
Población masculina		0.02	0.04	0.05	
<b>Población meta cubierta</b>		<b>75 %</b>			
<b>Montos totales en millones de RD\$</b>					
Población total	<b>Escenario 2</b>	816	1270	1933	
Población femenina		421	662	1020	
Población masculina		395	609	913	
<b>Montos totales en % del PIB</b>					
Población total		0.04	0.06	0.09	
Población femenina		0.02	0.03	0.05	
Población masculina		0.02	0.03	0.04	
<b>Población meta cubierta</b>		<b>50 %</b>			
<b>Montos totales en millones de RD\$</b>					
Población total	<b>Escenario 3</b>	544	847	1289	
Población femenina		281	441	680	
Población masculina		263	406	609	
<b>Montos totales en % del PIB</b>					
Población total		0.03	0.04	0.06	
Población femenina		0.01	0.02	0.03	
Población masculina		0.01	0.02	0.03	

**Tabla II 4.** Costeo de pensión solidaria del régimen subsidiado para las personas adultas mayores

		Proyecciones			
		2020	2025	2030	
<b>Adultos mayores de 60 años de edad (en miles de personas)</b>					
Población total		1136	1359	1596	
Población femenina		586	708	841	
Población masculina		550	651	755	
Índice de feminidad		106.5	108.8	111.4	
<b>Población identificada como beneficiaria (en miles de personas)</b>					
Población total		403	480	559	
Población femenina		208	250	295	
Población masculina		195	230	264	
Índice de feminidad		106.7	108.7	111.7	
<b>Monto per cápita de las 13 mensualidades de pensión subsidiada</b>		<b>3900</b>	<b>4745</b>	<b>5773</b>	
<b>Población meta cubierta</b>	<b>100 %</b>				
<b>Montos totales en millones de RD\$</b>					
Población total	<b>Escenario 1</b>	20 432	29 609	41 952	
Población femenina		10 546	15 421	22 139	
Población masculina		9887	14 188	19 813	
<b>Montos totales en % del PIB</b>					
Población total		0.95	1.36	1.87	
Población femenina		0.49	0.71	0.99	
Población masculina		0.46	0.65	0.88	
<b>Población meta cubierta</b>	<b>75 %</b>				
<b>Montos totales en millones de RD\$</b>					
Población total	<b>Escenario 2</b>	15 324	22 207	31 464	
Población femenina		7909	11 566	16 605	
Población masculina		7415	10 641	14 860	
<b>Montos totales en % del PIB</b>					
Población total		0.71	1.02	1.40	
Población femenina		0.37	0.53	0.74	
Población masculina		0.34	0.49	0.66	

<b>Población meta cubierta</b>	<b>50 %</b>			
<b>Montos totales en millones de RD\$</b>	<b>Escenario 3</b>			
Población total		10 216	14 805	20 976
Población femenina		5273	7711	11 070
Población masculina		4943	7094	9906
<b>Montos totales en % del PIB</b>				
Población total		0.47	0.68	0.94
Población femenina		0.24	0.35	0.49
Población masculina		0.23	0.33	0.44

**Tabla II 5.** Costeo de la transferencia monetaria solidaria para las personas adultas mayores

		<b>Proyecciones</b>		
		<b>2020</b>	<b>2025</b>	<b>2030</b>
<b>Adultos mayores de 60 años de edad (en miles de personas)</b>				
Población total		1136	1359	1596
Población femenina		586	708	841
Población masculina		550	651	755
Índice de feminidad		106.5	108.8	111.4
<b>Población identificada como beneficiaria (en miles de personas)</b>				
Población total		403	480	559
Población femenina		208	250	295
Población masculina		195	230	264
Índice de feminidad		106.7	108.7	111.7
<b>Monto total propuesto para la asignación mensual</b>		<b>3395</b>	<b>4131</b>	<b>5026</b>
Gastos administrativos	100 %			
<b>Monto promedio por beneficiario</b>	<b>100 %</b>	<b>3395</b>	<b>4131</b>	<b>5026</b>
<b>Montos totales en millones de RD\$</b>	<b>Escenario 1</b>			
Población total		18 060	26 174	37 086
Población femenina		9321	13 632	19 571
Población masculina		8739	12 542	17 515
<b>Montos totales en % del PIB</b>				
Población total		0.84	1.20	1.66
Población femenina		0.43	0.63	0.87
Población masculina		0.40	0.58	0.78



<b>Monto promedio por beneficiario</b>	<b>75 %</b>	<b>2546</b>	<b>3098</b>	<b>3770</b>
<b>Montos totales en millones de RD\$</b>	<b>Escenario 2</b>			
Población total		13 545	19 631	27 814
Población femenina		6991	10 224	14 678
Población masculina		6554	9406	13 136
<b>Montos totales en % del PIB</b>				
Población total		0.63	0.90	1.24
Población femenina		0.32	0.47	0.66
Población masculina		0.30	0.43	0.59
<b>Monto promedio por beneficiario</b>		<b>50 %</b>	<b>1698</b>	<b>2066</b>
<b>Montos totales en millones de RD\$</b>	<b>Escenario 3</b>			
Población total		9030	13 087	18 543
Población femenina		4661	6816	9786
Población masculina		4369	6271	8757
<b>Montos totales en % del PIB</b>				
Población total		0.42	0.60	0.83
Población femenina		0.22	0.31	0.44
Población masculina		0.20	0.29	0.39

**Tabla II 6.** Costeo de los servicios de cuidado infantil

	<b>Proyecciones</b>		
	<b>2020</b>	<b>2025</b>	<b>2030</b>
<b>Población de 0 a 4 años y 11 meses de edad (en miles de personas)</b>			
Población total	954	926	893
Población femenina	467	453	437
Población masculina	487	473	456
Índice de feminidad	95.9	95.8	95.8
<b>Población identificada como beneficiaria (en miles de personas)</b>			
Población total	118	114	110
Población femenina	58	56	54
Población masculina	60	58	56
Índice de feminidad	96.7	96.6	96.4
<b>Gastos operativos de servicio mensuales por cada niño/a</b>	<b>9280</b>	<b>11291</b>	<b>13737</b>
<b>Población meta cubierta</b>	<b>100 %</b>		

<b>Montos totales en millones de RD\$</b>				
Población total		14 455	16 991	19 946
Población femenina		7105	8346	9792
Población masculina		7350	8644	10 155
<b>Montos totales en % del PIB</b>	<b>Escenario 1</b>			
Población total		0.67	0.78	0.89
Población femenina		0.33	0.38	0.44
Población masculina		0.34	0.40	0.45
<b>Población meta cubierta</b>	<b>75 %</b>			
<b>Montos totales en millones de RD\$</b>				
Población total		10 841	12 743	14 960
Población femenina		5329	6260	7344
Población masculina		5512	6483	7616
<b>Montos totales en % del PIB</b>	<b>Escenario 2</b>			
Población total		0.50	0.58	0.67
Población femenina		0.25	0.29	0.33
Población masculina		0.26	0.30	0.34
<b>Población meta cubierta</b>	<b>50 %</b>			
<b>Montos totales en millones de RD\$</b>				
Población total		7227	8495	9973
Población femenina		3552	4173	4896
Población masculina		3675	4322	5077
<b>Montos totales en % del PIB</b>	<b>Escenario 3</b>			
Población total		0.33	0.39	0.45
Población femenina		0.16	0.19	0.22
Población masculina		0.17	0.20	0.23

**Tabla II 7.** Costos indirectos asociados con los servicios de cuidado infantil

Costos indirectos				
		2020	2025	2030
<b>Estimación de depreciación anual de los costos indirectos</b>		<b>1782.35</b>	<b>2168.55</b>	<b>2638.34</b>
<b>Población beneficiaria (en miles de personas)</b>				
Población total	<b>Escenario 1: cobertura del 100 % de la población meta</b>	118	114	110
Población femenina		58	56	54
Población masculina		60	58	56
<b>Montos totales en millones de RD\$</b>				
Población total		210.32	247.21	290.22
Población femenina		103.38	121.44	142.47
Población masculina		106.94	125.78	147.75
<b>Montos totales en % del PIB</b>				
Población total		0.010	0.011	0.013
Población femenina		0.005	0.006	0.006
Población masculina	0.005	0.006	0.007	
<b>Población beneficiaria (en miles de personas)</b>				
Población total	<b>Escenario 2: cobertura del 75 % de la población meta</b>	88.50	85.50	82.50
Población femenina		43.50	42.00	40.50
Población masculina		45.00	43.50	42.00
<b>Montos totales en millones de RD\$</b>				
Población total		157.74	185.41	217.66
Población femenina		77.53	91.08	106.85
Población masculina		80.21	94.33	110.81
<b>Montos totales en % del PIB</b>				
Población total		<b>0.007</b>	<b>0.009</b>	<b>0.010</b>
Población femenina		0.004	0.004	0.005
Población masculina	0.004	0.004	0.005	
<b>Población beneficiaria (en miles de personas)</b>				

Población total		59	57	55
Población femenina		29	28	27
Población masculina		30	29	28
<b>Montos totales en millones de RD\$</b>				
Población total	<b>Escenario 3: (cobertura 50 % población)</b>	105.16	123.61	145.11
Población femenina		51.69	60.72	71.24
Población masculina		53.47	62.89	73.87
<b>Montos totales en % del PIB</b>				
Población total		0.005	0.006	0.006
Población femenina		0.002	0.003	0.003
Población masculina		0.002	0.003	0.003

## ANEXO III. LISTA DE PARTICIPANTES EN EL TALLER DE LA MESA TÉCNICA INTERSECTORIAL PARA UN PISO DE PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA IGUALDAD DE GÉNERO (21 DE MARZO DE 2018)

N.º	NOMBRE	INSTITUCIÓN
1.	Luis Vásquez	ADESS
2.	Karolyn Montilla	Banca Solidaria
3.	Yuderlka Fortuna	CIMUDIS
4.	Juana Gonzáles	CNSS
5.	Noemí Gómez	CONADIS
6.	Yissel Alcántara	CONAPE
7.	Larissa Pumarol	DIGEPEP
8.	Rosa María Suárez	GPCS
9.	María Yanelis Inoa	INABIE
10.	Johanny Peralta	INAPI
11.	Gloria Peralta	INFOTEP
12.	María Altagracia Mendoza	MEPYD
13.	Germania Arzeno	Ministerio de la Mujer
14.	Arlette Valdez	Ministerio de Trabajo
15.	Tomiris Valerio	Ministerio Salud Pública
16.	Oscar Flores	Observatorio VP
17.	Carlota Macdougall	ONE
18.	Consuelo Cruz	ONU Mujeres
19.	Raissa Crespo	PNUD
20.	Laura Marcelino	PROSOLI
21.	Penélope Caraballo	SENASA
22.	Leticia Martínez	SISALRIL



VICEPRESIDENCIA  
DE LA REPÚBLICA DOMINICANA



GABINETE DE COORDINACIÓN  
DE POLÍTICAS SOCIALES



Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad  
de Género y el Empoderamiento de las Mujeres



Organización  
Internacional  
del Trabajo



Al servicio  
de las personas  
y las naciones