VICEPRESIDENCIA
DE LA REPUBLICA DOMINICANA

VICEPRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DOMINICANA
GCPS
GABINETE DE COORDINACIÓN DE POLÍTICAS SOCIALES

MAPEO Y ANÁLISIS DE GÉNERO

DE LOS PROGRAMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL Y DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA REPÚBLICA DOMINICANA

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

OIT
Organización Internacional del Trabajo

PNUD
Al servicio de las personas y las naciones

VICEPRESIDENCIA
DE LA REPÚBLICA DOMINICANA

VICEPRESIDENCIA DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA
GCPS
GABINETE DE COORDINACIÓN
DE POLÍTICAS SOCIALES

PISO DE PROTECCIÓN SOCIAL E IGUALDAD DE GÉNERO

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 CONSTRUCCION DE PROPUESTAS

SANTO DOMINGO

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

Organización Internacional del Trabajo

PNUD
Al servicio de las personas y las naciones

El Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales (GCPS), coordinado por la vicepresidenta de la República, Dra. Margarita Cedeño de Fernández, es la instancia de discusión política de la agenda social del gobierno de la República Dominicana para la articulación de políticas, así como el espacio de coordinación operativa y evaluación estratégica de la política social. El GCPS impulsa la igualdad de género a través de la implementación 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.

El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) trabaja para apoyar el fortalecimiento de las capacidades nacionales alrededor del planeta, a través de la proposición de estrategias para el desarrollo de capacidades nacionales a través de la asistencia técnica y el apoyo a políticas públicas. En el sector género, el PNUD promociona la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres como 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 de las actividades encaminadas a la consecución de sus objetivos estratégicos.

La Entidad de las Naciones Unidas para 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, a través del desarrollo de la investigación aplicada sobre género, facilitando la gestión del conocimiento y la coordinación interinstitucional.

"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"

- Investigadora Principal: Elga Salvador
- Dirección General: Dra. Margarita Cedeño, Vicepresidenta de la República Dominicana.
- Coordinación e Implementación: Gabinete de Coordinación Políticas Sociales (GCPS); Programa de Nacionales Unidas para el Desarrollo (PNUD), República Dominicana.
- Equipo Técnico: Rosa María Suárez, Altagracia Suriel, Sócrates Barinas, Gilda Solano, Rubén Noboa, Carmen Montilla, Alessandra Valconi (Vicepresidencia, GASO, PROSOLI); Raissa Crespo, Bárbara Auricchio, y Guillermina Martin (PNUD RD y Regional); María José Chamorro (OIT Regional); Miosotis Rivas, Clemencia Muñoz Tamayo (ONU Mujeres RD).
- Colaboración: Aseguradora de Estancias Infantiles Salud Segura (AEISS), Asociación de Personas con Discapacidad Física-Motora (ASODIFIMO) y Consejo Consultivo de la Sociedad Civil (CCSC), Centros Tecnológicos Comunitarios (CTC), Consejo Nacional de Discapacidad (CONADIS), Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE), Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia (CONANI), Dirección de Comunidad Digna Contra la Pobreza, Dirección General de Desarrollo Fronterizo (DGDF), Dirección General de Programas Especiales de la Presidencia (DIGEPEP), Fondo de Promoción a las Iniciativas Comunitarias- PROCOMUNIDAD, Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional (INFOTEP), Ministerio de la Mujer (MMujer), Ministerio de Trabajo (MIT), Programa Progresando con Solidaridad (PROSOLI), Seguro Nacional de Salud (SENASA) y el Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN).

Edición: 2da.
Diseño y diagramación: Danielle West
Fotografías: Andrés Ureña, Ruth Acosta, Ángel González y Saturno Vásquez
Copyright © 2016, GABINETE DE COORDINACION DE POLITICAS SOCIALES, PNUD, OIT, ONU MUJERES.
Todos los derechos reservados.
Impreso en Santo Domingo, República Dominicana: Junio de 2016

GCPS
Calle Leopoldo Navarro #61,
Edificio San Rafael.
Santo Domingo.
Tel: 809-534-2105
www.gabinetesocial.gob.do

PNUD - RD
Avenida Anacaona #9,
Mirador Sur.
Santo Domingo, R. D.
Tel: 809-537-0909
Fax: 809-537-3507
www.pnud.do.org

PNUD – Centro Regional
Edificio 128
Ciudad del Saber, Clayton
Ciudad de Panamá,
Panamá
Tel: 507 302-4500
Fax: 507 302-4551

ONU MUJERES
César Nicolás
Pensón #102-A,
La Esperilla
Santo Domingo, R. D.
Tel: 809-685-2111
Fax: 809-537-3507

OIT
Oficina de la OIT para América
Central, Haití, Panamá y
República Dominicana
Correo: sanjose@ilo.org
Teléfono: (506) 2207-8700
www.ilo.org/sanjose@
OIT_AmerCentral

Índice

- Palabras de la Vicepresidenta de la República Dominicana 15
- Palabras del Coordinador Residente del Sistema de las Naciones Unidas en República Dominicana 19
- Lista de abreviaciones 23
- Lineamientos metodológicos 27
- Estructura del documento 33

PRIMERA PARTE: **CONTEXTO** 37

1. Marco conceptual para el piso de protección social e igualdad de género 39
- La seguridad social y el piso de protección social 40
- Piso de protección social y enfoque de género 43

2. Perfil de la República Dominicana con enfoque de género 49
- Introducción 50
- Demografía 51
- Migración 56
- Jefatura de hogar por sexo 58
- Economía e inversión social 59
- Salud 62
- Educación 64
- Igualdad de género 69
- Violencia contra las mujeres 70
- Participación de las mujeres en espacios de poder 71
- Situación de grupos poblacionales de alta vulnerabilidad 72
- Personas con discapacidad 72
- Personas de avanzada edad 72
- Niños, niñas y adolescentes 74
- Conclusiones 76

3. Mercado laboral y género 79
- Estructura del mercado laboral dominicano y género 80
- Tasa de participación femenina 82
- Tasa de ocupación femenina y segregación horizontal en el trabajo 83
- El empleo informal 85
- El desempleo 86
- Inactividad laboral 87
- Brecha de género en el ingreso 87
- Conclusiones 89

Índice

4. Marco normativo para la protección social y la igualdad de género en la República Dominicana 91
- La Constitución de la República Dominicana, protección social y género 92
- Estrategia Nacional de Desarrollo (Ley 1-12), protección social y género 94
- El Plan Nacional Plurianual del Sector Público (PNPSP) 2013-2016 y la protección social 95
- Ley 87-01 sobre Seguridad Social 96
- Otras normativas sobre seguridad social 97
- Código de trabajo, protección social y género 98
- Ley General de Salud 99
- Plan Decenal de Salud (PLANDES) 2006-2015 100
- Ley Orgánica sobre la Igualdad de Derechos de las Personas con Discapacidad 101
- Ley 352-98 sobre Protección de la Persona Envejeciente 101
- Código para la Protección de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes 102
- Plan Nacional de Igualdad y Equidad de Género 2007-2017 (PLANEG II) 103
- Decretos presidenciales 103
- El trabajo doméstico en la legislación dominicana 105
- Balance de los convenios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) ratificados por la República Dominicana 106
- Marco normativo internacional 106

SEGUNDA PARTE: **ANÁLISIS** 111

5. Introducción al Sistema Dominicano de Protección Social 113
- Programas objeto de estudio, caracterización y recursos asignados 120
- El Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales 122
- El índice de calidad de vida (ICV) como sistema de focalización 123
- La pobreza en la República Dominicana según el SIUBEN 128

6. El Sistema Dominicano de Seguridad Social, cobertura y brechas de género (fichas 1, 2 y 3) 131

6.1 Régimen contributivo, régimen subsidiado y régimen contributivo subsidiado (fichas 1 y 2) 132
- El Sistema Dominicano de Seguridad Social y el objetivo de la universalidad 133
- Instituciones que conforman el Sistema Dominicano de Seguridad Social 134
- Principales entidades del Sistema Dominicano de Seguridad Social y sus funciones 136
- Avances en la implementación de la Ley 87-01 y población beneficiaria 137
- Las prestaciones del Sistema Dominicano de Seguridad Social 140
- Seguro Familiar de Salud 141
- Principales beneficios en salud percibidos por las personas afiladas al régimen contributivo en comparación con el régimen subsidiario 145
- El sistema de pensiones 150

Índice

6.2 Programa de Atención Integral a Niños y Niñas de las Estancias Infantiles del SDSS-EI (ficha 3) 169

1. El Programa de las Estancias Infantiles del SDSS y su coherencia con la Iniciativa del Piso de Protección Social 169

i) Coherencia entre los objetivos del Programa de Estancias Infantiles del SDSS y la finalidad de la Iniciativa del Piso de Protección Social 170

ii) Coherencia entre los criterios de focalización y el objetivo de la universalidad 170

iii) Financiación de las Estancias Infantiles del SDSS 172

iv) Instituciones que desarrollan el Programa de Atención 172

v) Participación de la sociedad civil en el diseño del programa 173

v)i Participación de los beneficiarias en el desarrollo y evaluación del programa 173

2. Población beneficiaria 174

i) Condicionalidad 174

ii) Población que participa en el programa y criterios de salida 174

3. Componentes del programa en relación a la Iniciativa del Piso de Protección Social 175

i) Estímulo a la oferta de servicios 175

7. Programas de transferencias monetarias y subsidios (fichas 4, 5, 6, 7 y 8) 179

7.1 Programa Progresando con Solidaridad (PROSOLI) (ficha 4) 180

1) El programa Progresando con Solidaridad y su coherencia con la iniciativa del piso de protección social 181

i) Coherencia entre los objetivos de PROSOLI y la finalidad del piso de protección social 181

ii) Coherencia entre los criterios de focalización y el objetivo de la universalidad 182

iii) Financiación del Programa Progresando con Solidaridad 185

iv) Instituciones que desarrollan el programa Progresando con Solidaridad 186

v) Mecanismos de dirección y coordinación del programa PROSOLI 187

vi) Participación social y comunitaria en la operación y en la veeduría social del programa 191

vii) Participación de las personas beneficiarias en el desarrollo y evaluación del programa 194

2) Población beneficiaria y abordaje de las brechas de género 198

i) Criterios de focalización 198

ii) Condicionalidad 206

iii) Las corresponsabilidades y los compromisos y el rol de las mujeres 209

iv) Población que participa en el programa 212

v) Población que completa el programa 212

3) Componentes del programa en relación al PPS y distribución en función del sexo 212

i) Estímulo a la demanda 212

ii) Formación para el trabajo 218

4) Relación entre el estímulo de la demanda y la oferta de servicios 224

Índice

i) Centros de salud en la zona de influencia del programa 224
ii) Educación 218

7.2 Centros Tecnológicos Comunitarios (CTC) (ficha 5) 229

1) El programa de los CTC y su coherencia con la iniciativa del piso de protección social 230
i) Coherencia entre los objetivos de los CTC y la finalidad del piso de protección social 230
ii) Coherencia entre los criterios de focalización y el objetivo de la universalidad 230
iii) Financiación del programa de los CTC 230
iv) Dirección y coordinación de los CTC 231
v) Participación de la sociedad civil en el diseño del Programa CTC 231
vi) Participación de las personas beneficiarias en el desarrollo y evaluación del programa 231

2) Población beneficiaria y abordaje de las brechas de género 232
i) Condicionalidad 233

3) Componentes del programa en relación al PPS y distribución en función del sexo 233

7.3 Programa de Protección al Envejeciente en Extrema Pobreza (ficha 6) 234
1) El Programa Provee y su relación con la iniciativa del piso de protección social 234
i) Coherencia entre los objetivos del Programa PROVEE y la finalidad del piso de protección social 234
ii) Coherencia entre los criterios de focalización y el objetivo de la universalidad 235
iii) Financiación del Programa PROVEE 237
iv) Instituciones que desarrollan el programa 237
v) Participación de la sociedad civil en el desarrollo y evaluación del programa 237

2) Población beneficiaria 238
i) Criterios de elegibilidad 238
ii) Condicionalidad 239
iii) Mecanismos de participación de la población beneficiaria en el diseño, desarrollo y evaluación del programa 240

3) Componentes del programa en relación al PPS y distribución en función del sexo 240
i) Estímulo a la demanda 240
ii) Estímulo a la oferta 240
ii) Relación entre el estímulo a la oferta y la demanda 241
iv) Coordinación, interrelación o dependencia respecto a otros programas 243

7.4 El programa Mano Amiga del Presidente (ficha 7) 245

7.5 Programa de Incentivo a la Educación Superior, IES (ficha 8) 245
1) Sobre el programa y su coherencia con el piso de protección social 246
i) Coherencia entre los objetivos del programa y la finalidad del piso de protección social 246

Índice

ii) Coherencia entre los criterios de focalización y el objetivo de la universalidad 246
iii) Financiación y presupuesto del programa 246
iv) Instituciones que desarrollan el Programa y mecanismos de coordinación 246
v) Participación de la sociedad civil y de las personas beneficiarias 247

2) Sobre la población beneficiaria y las brechas de género 247
i) Criterios de focalización y elegibilidad 247
ii) Condicionalidad 247
iii) Distribución por sexo de las personas beneficiarias 247

3) Sobre los componentes del programa en relación a la población beneficiaria 247
i) Relación entre el estímulo a la oferta y la demanda 247

8. Programas de promoción social relacionados con el cuidado (fichas 9, 10 y 11) 249

8.1 Programa de Atención Integral a la Primera Infancia del Consejo Nacional para la Infancia y la Adolescencia (ficha 9) 250
1) Sobre el programa y su coherencia con el piso de protección social 250
i) Coherencia entre los objetivos del programa y la finalidad del piso de protección social 250
ii) Coherencia entre los criterios de focalización y el objetivo de la universalidad 250
iii) Financiación y presupuesto del programa 251
iv) Instituciones que desarrollan el programa y mecanismos de coordinación 251
v) Participación de la sociedad civil, de la comunidad y de las familias que se benefician de los CIANI 251

2) Sobre la población beneficiaria y las brechas de género 252
i) Criterios de focalización y elegibilidad 252
ii) Condicionalidad 254
iii) Distribución por sexo de las personas beneficiarias 254

3) Sobre los componentes del programa y la población beneficiaria 254
i) Servicios esenciales ofertados por el programa 254
ii) Dispersión geográfica de la oferta de servicios 255

8.2 Plan Quisqueya Empieza Contigo de la Dirección General de Proyectos Especiales de la Presidencia (ficha 10) 255
1) El plan y su coherencia con la iniciativa del piso de protección social 256
i) Coherencia entre los objetivos del plan y la finalidad del PPS 256
ii) Coherencia entre los criterios de focalización y el objetivo de la universalidad 256
iii) Financiación del Plan Quisqueya Empieza Contigo 259
iv) Instituciones que desarrollan el Plan Quisqueya Empieza Contigo 259
v) Mecanismos de coordinación del Plan Quisqueya Empieza Contigo 261

Índice

vi) Participación de la sociedad civil en el diseño del Plan Quisqueya Empieza Contigo 261
vii) Participación de las personas beneficiarias en el desarrollo y evaluación del programa 262

2) Población beneficiaria y abordaje de las brechas de género 262
i) Condicionalidad 264
ii) Población que participa en el programa 264
iii) Población que completa el programa 264

3) Componentes del programa en relación al PPS y distribución por sexo 265
i) Programas de capacitación profesional 265
ii) Estímulo a la oferta de servicios 265
iii) Estímulo a la oferta de servicios de salud y nutrición 267

4) Potenciales efectos secundarios del Plan Quisqueya Empieza Contigo sobre la oferta de fuerza de trabajo femenina 268

8.3 Proyecto Educativo Espacios de Esperanzas de los Centros Tecnológicos Comunitarios (ficha 11) 269

1) El Proyecto EPES y su coherencia con la iniciativa del piso de protección social 269
i) Coherencia entre los objetivos del proyecto y la finalidad del piso de protección social 269
ii) Coherencia entre los criterios de focalización y el objetivo de la universalidad 269
iii) Financiación de los Centros de Esperanza 270
iv) Instituciones que desarrollan el Proyecto Educativo Espacios de Esperanza, dirección y coordinación 270
v) Participación de la sociedad civil en el diseño del Proyecto de los EPES 270
vi) Participación de los beneficiarias en el desarrollo y evaluación del programa 270

2) Población beneficiaria y abordaje de las brechas de género 271
i) Condicionalidad 271
ii) Población que participa en el programa 271

3) Componentes del programa en relación al piso de protección social y distribución en función del sexo 272
i) Estímulo a la oferta de servicios 272

8.4. La economía de cuidado en la República Dominicana: brechas y rutas hacia la desmercantilización y desfamiliarización 273
- Promoción social y cuidado de niños y niñas en edad prescolar y de educación inicial en la República Dominicana: brechas y perspectivas 274
- ¿Quiénes cuidan en las instituciones públicas? 278
- Brechas en el cuidado: desafíos pendientes 279

Índice

- El cuidado de las personas adultas mayores 280
- Desprotección social y ausencia de servicios de cuidado para las personas con discapacidad 282

9. Programas de estímulo a la oferta de otros servicios esenciales (fichas 12, 13, 14, 15 y 16) 285

9.1 Proyectos de infraestructura comunitaria del Fondo de Promoción a las Iniciativas Comunitarias (ficha 12) 286

1) Sobre el programa y su coherencia con el piso de protección social 286

i) Objetivos y relación con el piso de protección social 286

ii) Financiación y presupuesto del programa 287

iii) Mecanismos de coordinación y participación de la sociedad civil 287

2) Sobre la población beneficiaria y las brechas de género 287

i) Criterios de focalización y condicionalidades 287

ii) Distribución por sexo de las personas beneficiarias y enfoque de género 288

3) Componentes del programa en relación a la población beneficiaria 288

i) Servicios esenciales ofertados 288

ii) Dispersión y duplicidad de la oferta de servicios 288

9.2 Programas de la Dirección General de Desarrollo Fronterizo (fichas 13 y 14) 289

1) Los programas de la DGDF y su coherencia con la iniciativa del PPS 289

i) Coherencia entre los objetivos de los programas y la finalidad del PPS 289

ii) Criterios de focalización y el objetivo de la universalidad 289

iii) Financiación de los programas de protección social de la DGDF 290

iv) Instituciones que desarrollan los programas y su coordinación 290

v) Participación de la sociedad civil y de las personas beneficiarias en el diseño, desarrollo y evaluación de los programas 290

2) Población beneficiaria y abordaje de las brechas de género

i) Población atendida según sexo 291

ii) Condicionalidad 291

3) Componentes en relación al PPS y distribución en función del sexo 291

9.3 Programas de la Dirección General de Comunidad Digna (fichas 15 y 16) 291

1) Sobre el programa y su coherencia con el piso de protección social 292

i) Coherencia entre los objetivos de la DGCD y la finalidad del PPS 292

ii) Criterios de focalización y el objetivo de la universalidad 292

iii) Financiación y presupuesto del programa 292

iv) Instituciones y mecanismos de coordinación 292

Índice

iv) Participación de la sociedad civil, de la comunidad y de las familias que se benefician de los programas 293

2) Sobre la población beneficiaria y las brechas de género 293

i) Población beneficiaria 293

ii) Condicionalidad 293

iii) Distribución por sexo de las personas beneficiarias 293

3) Componentes del programa en relación a la población beneficiaria 293

- Servicios esenciales ofertados por el programa 293

- Cobertura de la oferta de servicios 294

9.4 Análisis de los programas de oferta de servicios esenciales, desarrollo social y desarrollo comunitario 295

- Brechas de género en los programas 296

- Áreas claves de intervención: vivienda, saneamiento y agua potable 297

- Retos por superar, coordinación e institucionalidad 298

10. Programas de promoción social y de incentivo a la empleabilidad y el emprendimiento de sectores vulnerables (fichas 17, 18, 19, 20 y 21) 301

10.1 Servicio de apoyo a la empleabilidad del Ministerio de Trabajo (fichas 17 y 18) 302

- Iniciativas del Servicio Nacional de Empleo 302

- El Programa de Apoyo al Servicio Nacional de Empleo Juventud y Empleo (ficha 17) 303

- Modalidad de entrenamiento al autoempleo (ficha 18) 311

10.2 Programas de formación profesional dirigidos a grupos vulnerables del Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional (fichas 19, 20 y 21) 312

1) Los programas de INFOTEP y su coherencia con la iniciativa del PPS

i) Coherencia entre los objetivos de los programas del INFOTEP para grupos vulnerables y la finalidad del piso de protección social 313

ii) Coordinación interinstitucional y participación en la financiación de los programas del INFOTEP dirigidos a la población vulnerable 313

iii) Participación de las personas beneficiarias en el desarrollo y evaluación del programa 314

2) Población beneficiaria y abordaje de las brechas de género 314

10.3 Plan Nacional de Alfabetización Quisqueya Aprende Contigo (ficha 22) 317

1) El plan y su coherencia con la iniciativa del piso de protección social 318

i) Coherencia entre los objetivos del plan y la finalidad del PPS 318

ii) Coherencia entre los criterios de focalización y el objetivo de la universalidad 318

Índice

iii) Financiación del Plan Quisqueya Aprende Contigo 318
iv) Mecanismos de coordinación del plan 318
v) Participación de la sociedad civil en el diseño del Plan Quisqueya Aprende Contigo 319

2) Población beneficiaria y abordaje de las brechas de género 320
i) Población que participa en el programa 320
ii) Población que completa el programa 320

3) Componentes del programa en relación al PPS y distribución por sexo 320
- Coordinación del Plan con otros programas 321
- Personal voluntario que se dedica a alfabetizar o desempeña la animación 321

10.4 Iniciativas de promoción al empleo, al emprendimiento y promoción social 321
- El vínculo del programa PROSOLI con el fomento de la empleabilidad 322
- Programas de mejoramiento de la empleabilidad ejecutados por el Ministerio de Trabajo en colaboración con el INFOTEP 322
- Otras ofertas formativas para grupos vulnerables del INFOTEP 325
- Acceso al crédito 325
- Programa de alfabetización 326

11. Conclusiones y puntos críticos 329

11.1 Algunas de las principales brechas de género en la República Dominicana: avances y desafíos 330

11.2 Brechas en el sistema de protección social 334
- Brechas generales 334

11.3 Puntos críticos relativos al mecanismo de focalización 336

11.4 Puntos críticos relativos al Sistema Dominicano de Seguridad Social 337
- El sistema de pensiones en el régimen contributivo 339
- El sistema de pensiones en el régimen subsidiado 339
- Las trabajadoras domésticas: colectivo invisibilizado por el Sistema Dominicano de Seguridad Social 340
- Composición del Consejo Nacional de Seguridad Social 340
- Desde la perspectiva del estímulo a la oferta de servicios 340
- Estancias Infantiles de la AEISS 341

11.5 Puntos críticos relativos a los programas de protección social del segundo pilar 341
11.5.1 Puntos críticos relativos al programa Progresando con Solidaridad 342
- Coherencia del programa con la iniciativa del piso de protección social
- Los diferentes componentes del Programa PROSOLI y su relación con la iniciativa de PPS 342

Índice

- Mecanismos de dirección y coordinación y recursos humanos 343
- Mecanismos de participación de la sociedad civil 343
- Participación de las personas beneficiarias en el programa 344
- Acompañamiento socioeducativo 344
- Condicionalidades y compromisos 344
- Componente de formación para el trabajo 344
- Corresponsabilidad familiar, empresarial y social 346
- Relación entre el estímulo de la demanda y de la oferta de servicios 346
- Manejo de la información sobre los hogares beneficiarios 346

11.5.2 Puntos críticos relativos a los programas relacionados con la promoción social y el cuidado de personas no autónomas 347

11.5.2.a Puntos críticos relativos al cuidado intergeneracional de niñas y niños 347

11.5.2.b Puntos críticos relativos a los programas de promoción social y cuidado de personas con discapacidad 348

11.5.2.c Puntos críticos relativos a los programas de promoción social y de cuidado de personas adultas mayores 348

11.5.2.d Programa de Protección a la Vejez en Pobreza Extrema (PROVEE) 349

11.6 Puntos críticos relativos a las iniciativas de promoción del desarrollo social y comunitario y de provisión de servicios básicos 350
- Duplicidad y dispersión de las intervenciones 350
- Falta de marco jurídico 351
- Carencia de enfoque de género y de derechos humanos 351

11.7 Puntos críticos relativos a los programas de fomento a la empleabilidad y al emprendimiento 351
- Programas del Ministerio de Trabajo y del INFOTEP 351
- Componentes de capacitación de PROSOLI 351
- Las limitaciones en el acceso al crédito 352

12. Recomendaciones para avanzar hacia un piso de protección social e igualdad de género 353

12.1 Recomendaciones generales 354

12.2 Recomendaciones relativas al mecanismo de focalización 355

12.3 Recomendaciones relativas al Sistema Dominicano de Seguridad Social 356

12.3.1 Recomendaciones relativas al sistema de pensiones en el régimen contributivo 358

12.3.2 Desde la perspectiva del estímulo a la oferta de servicios 359

Índice

12.3.3 En términos de prioridades 359
12.3.4 Recomendaciones relativas al programa Progresando con Solidaridad 360
- Recomendaciones relativas a los diferentes componentes del programa PROSOLI para avanzar hacia un piso de protección social 360
- Mecanismos de dirección y coordinación y recursos humanos 361
- Mecanismos de participación de la sociedad civil 361
- Participación de las personas beneficiarias en el programa 362
- Acompañamiento socioeducativo 363
- Condicionalidades y corresponsabilidades 363
- Componente de formación para el trabajo 363
- Corresponsabilidad familiar, empresarial y social 364
- Relación entre el estímulo de la demanda y de la oferta de servicios 364
- Manejo de la información sobre los hogares beneficiarios 365

12.3.5 Recomendaciones relativas a los programas de protección social y de cuidado 366
12.3.5.a Cuidado intergeneracional de niñas y niños 366
12.3.5.b Promoción social y cuidado de personas con discapacidad 367
12.3.5.c Promoción social y cuidado de las personas adultas mayores 368
- Programa de Protección a la Vejez en Pobreza Extrema (PROVEE) 369
- En general 370

12.3.6 Recomendaciones relacionadas a las iniciativas de promoción del desarrollo social y comunitario y de provisión de servicios básicos 371

- Carencia de enfoque de género y de derechos humanos 372

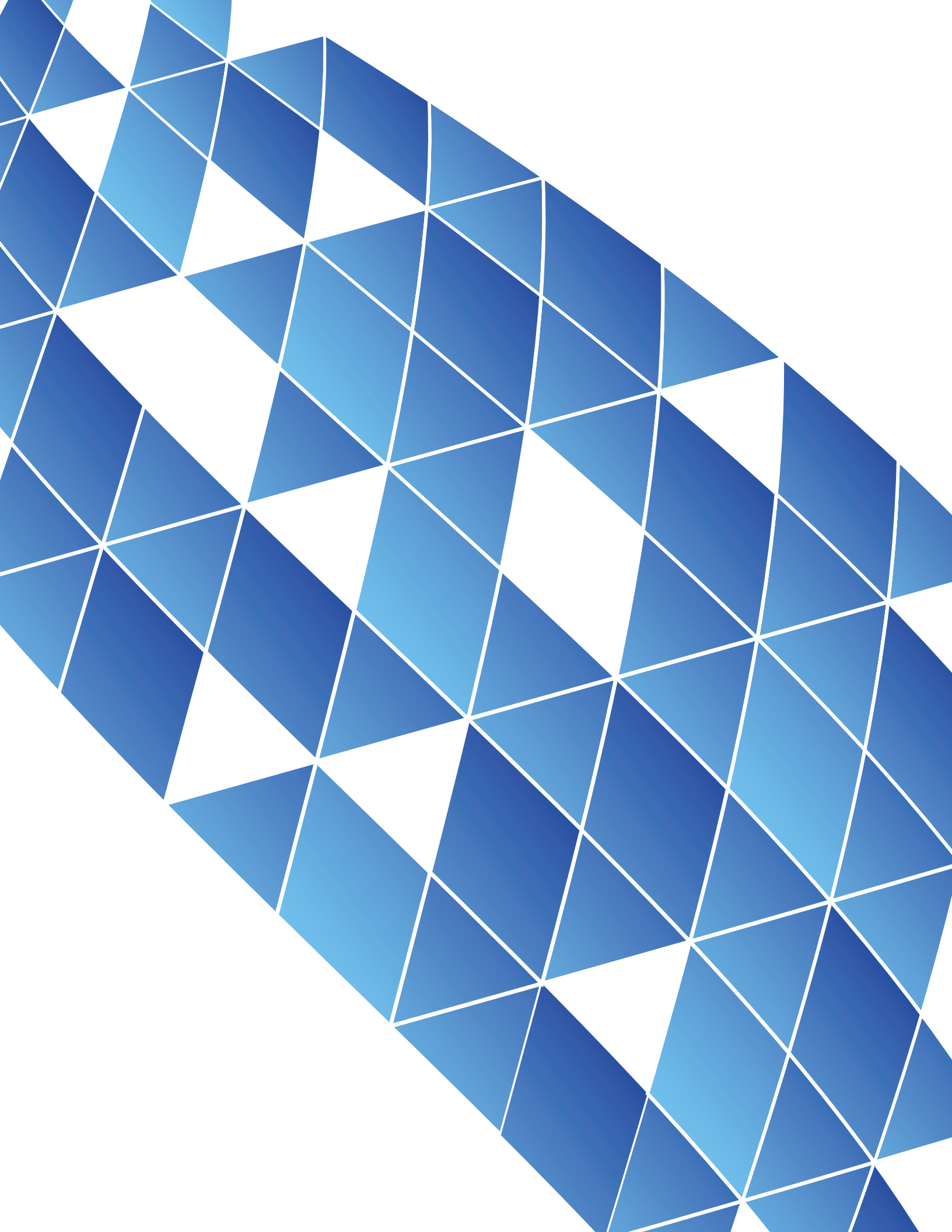
12.3.7 Recomendaciones relativas a los programas de fomento a la empleabilidad y al emprendimiento 372

- Componentes de capacitación de PROSOLI 373

12.4 Recomendaciones relativas al marco legal 374

TERCERA PARTE: **FICHAS DE LOS PROGRAMAS ANALIZADOS** 477

- Bibliografía 459
- Anexos 469



Palabras de la
Vicepresidenta de la República Dominicana

Un reto pendiente

En la Cumbre sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio desarrollada en septiembre de 2010, se adoptó como mensaje central las declaraciones sobre el Piso de Protección Social del Secretario General de las Naciones Unidas (NU), Ban Ki-Moon:

> "Nadie debería vivir por debajo de un nivel de ingresos determinado, y todo el mundo debería gozar de acceso a servicios públicos esenciales como el agua y el saneamiento, la salud y la educación."

En República Dominicana, esta propuesta de protección social con un enfoque de género, llegó a manos de 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 Mujer. 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 un Piso Básico de Protección Social como elemento indispensable para contribuir a la mitigación de las desigualdades.

Palabras de la Vicepresidenta
de la República Dominicana

Un reto pendiente

Este "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", elaborado por la consultora Elga Salvador, llega a nuestras manos como un punto de partida 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.

Esta iniciativa apunta al concepto de Piso de Protección Social desde un enfoque de género que nos inspira en la formulación de políticas sociales, que amplíen las oportunidades de nuestras familias más vulnerables para que puedan tener acceso a los servicios públicos mínimos necesarios para vivir dignamente.

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.

Apunta, además, a descentralizar el bienestar de las personas a través de una redistribución de los recursos de las transferencias monetarias condicionadas, con miras a mejorar la calidad de vida de nuestra gente, a través de una inigualable recolección de datos sobre nuestros programas, basados en instrumentos propuestos por el informe sub-regional PNUD, OIT y ONU Mujer (2012) "Combatiendo la desigualdad desde lo básico. Piso de protección social e igualdad de género". Esta iniciativa pretende lograr la tan anhelada igualdad y equidad a lo largo de todo nuestro proceso de desarrollo que hemos experimentado en los últimos años, haciendo especial énfasis en las poblaciones más vulnerables.

Un reto pendiente

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 de nuestro país.

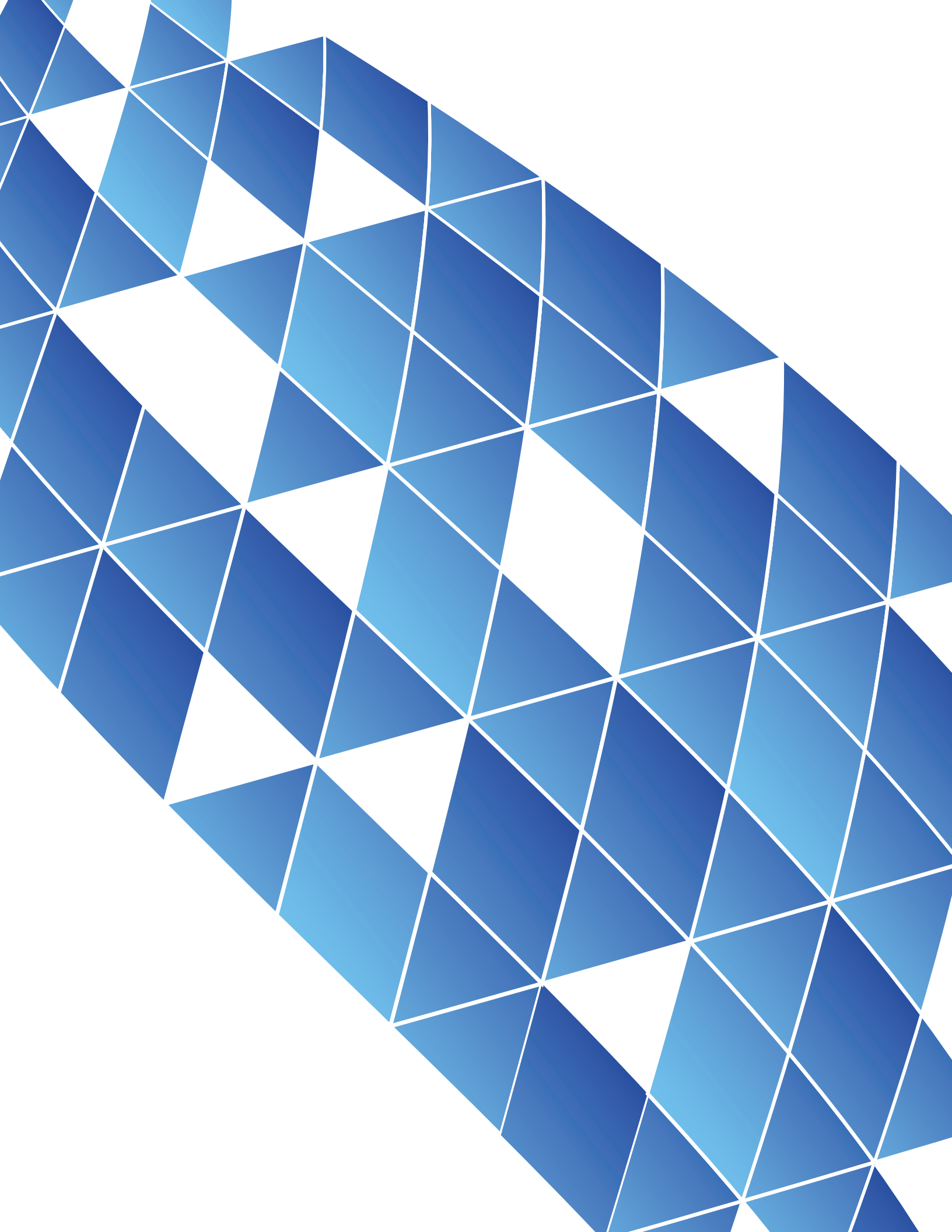
Estamos experimentando un desarrollo humano innovador en el marco de una democracia totalmente participativa. Para nosotros progresar de manera sostenible es una prioridad insoslayable.

La República Dominicana anhela fortalecer el Sistema de Protección Social, y si logramos enfrentar este desafío demostramos 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 e incluyente, nos convertimos en referente social y metodológico para nuestros hermanos países que al igual que nosotros siguen luchando contra la pobreza extrema y la desigualdad social.

Lo que era un reto pendiente para nuestra gestión, se ha convertido en una gran oportunidad para progresar.

Margarita Cedeño de Fernández
@margaritacdf
Vicepresidenta de la República Dominicana



Palabras del Coordinador Residente del Sistema de las Naciones Unidas en República Dominicana

Los sistemas de protección y seguridad social en la región de América Latina y el Caribe, y en particular en República Dominicana, han experimentado cambios de carácter estructural en las últimas tres décadas. A partir de estos cambios se ha llevado a cabo una serie de estudios que exploran el funcionamiento de estos sistemas en términos de cobertura, suficiencia, efectividad y equidad de los servicios ofertados, las transferencias condicionadas y las pensiones, entre otros.

El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Entidad de Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujeres (ONU Mujeres) lanzaron en 2012 el Informe Regional "Combatiendo la desigualdad desde lo básico: Piso de protección social e igualdad de género" en base a datos recogidos en República Dominicana, Panamá, Costa Rica, El Salvador, Nicaragua, Honduras y Guatemala. La iniciativa del Piso de Protección Social del Sistema de Naciones Unidas se dirige a promover en el ámbito nacional estrategias que garanticen un mínimo de acceso a servicios y a la seguridad del ingreso para el conjunto de la población. El estudio plantea que el Piso de Protección Social se trata de una iniciativa indispensable para contribuir en la integración social y la superación de las desigualdades sociales y la pobreza (PNUD, ONU Mujeres, OIT 2012:4), e indica que, en general, la escasa inversión pública en salud, educación y seguridad social conlleva niveles altos de desprotección social de mujeres y hombres, agravando en muchos casos sus condiciones de pobreza.

Las mujeres son las más afectadas, puesto que sufren de relaciones desiguales que las ponen en situaciones de mayor desprotección por el menor acceso a la seguridad social desde el mercado de trabajo; de mayor vulnerabilidad por asumir casi exclusivamente las responsabilidades familiares del hogar y por dedicarse en su mayoría al trabajo de cuidado; y de mayor exclusión social por tener menor acceso a los recursos y al poder. Es por todo ello que las desigualdades de género deben ser abordadas de manera integral y transversal.

En República Dominicana, las brechas entre hombres y mujeres en cuanto a inserción laboral, nivel de ingresos y tipos de empleo, asociadas a otras situaciones como el incremento en la proporción de hogares con jefatura femenina, la violencia, y el cuidado de personas dependientes constituyen un reto para la implementación plena del sistema de protección y seguridad social.

El presente "Mapeo y Análisis de Género de los Programas de Protección Social y del Sistema de Seguridad Social de República Dominicana", elaborado por la Vicepresidencia de la República, el Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales con el apoyo de OIT, ONU Mujeres y PNUD, es un documento importante para el Estado Dominicano, ya que es pionero en la recopilación y diagnóstico de los programas del país sobre seguridad y protección social para la adaptación de las políticas públicas con enfoque en igualdad de género y derechos humanos.

Mediante el presente estudio se analiza el mercado laboral dominicano, la jefatura femenina del hogar, los ingresos de las mujeres en relación a los costos de los servicios básicos, la condición social entre mujeres envejecientes y la asignación obligatoria de las tareas de cuidado a las mujeres, entre otros temas.

La igualdad y la no discriminación en todos los ámbitos de la vida constituyen un derecho humano y una de las principales metas de desarrollo sostenible. Para asegurar el cumplimiento de derechos, lograr el desarrollo humano y cristalizar en políticas efectivas la Agenda 2030, todo país requiere identificar donde están sus brechas, desigualdades y las inequidades que afectan a la población. En República Dominicana una de las principales limitaciones al desarrollo humano sostenible es la desigualdad de género que disminuye en 44% su pérdida.

Con este informe, apoyamos el proceso de la transversalización de género en el Sistema de Seguridad y Protección Social y de los Programas Sectoriales del País, con especial atención a las poblaciones vulnerables (niñez, mujeres embarazadas, personas adultas mayores y personas adultas con necesidades especiales). Asimismo, el Informe es el resultado de la primera fase de la alianza estratégica alcanzada por la Vicepresidencia, el GASO, OIT, ONU Mujeres y PNUD para avanzar con el costeo de propuestas específicas y el acompañamiento a la implementación de las mejoras.

Esta iniciativa es la primera en implementarse entre los países incluidos en el estudio referido anteriormente sobre el piso de protección social y género y servirá como modelo para los demás países, al tiempo que aportará a la validación a nivel mundial de la implementación del piso de protección social establecido por las Naciones Unidas.

En este marco, OIT, ONU Mujeres y el PNUD expresamos nuestro firme compromiso de continuar aunando esfuerzos para apoyar iniciativas como ésta, que contribuyan de manera significativa a la integración social y la superación de las desigualdades sociales y la pobreza.

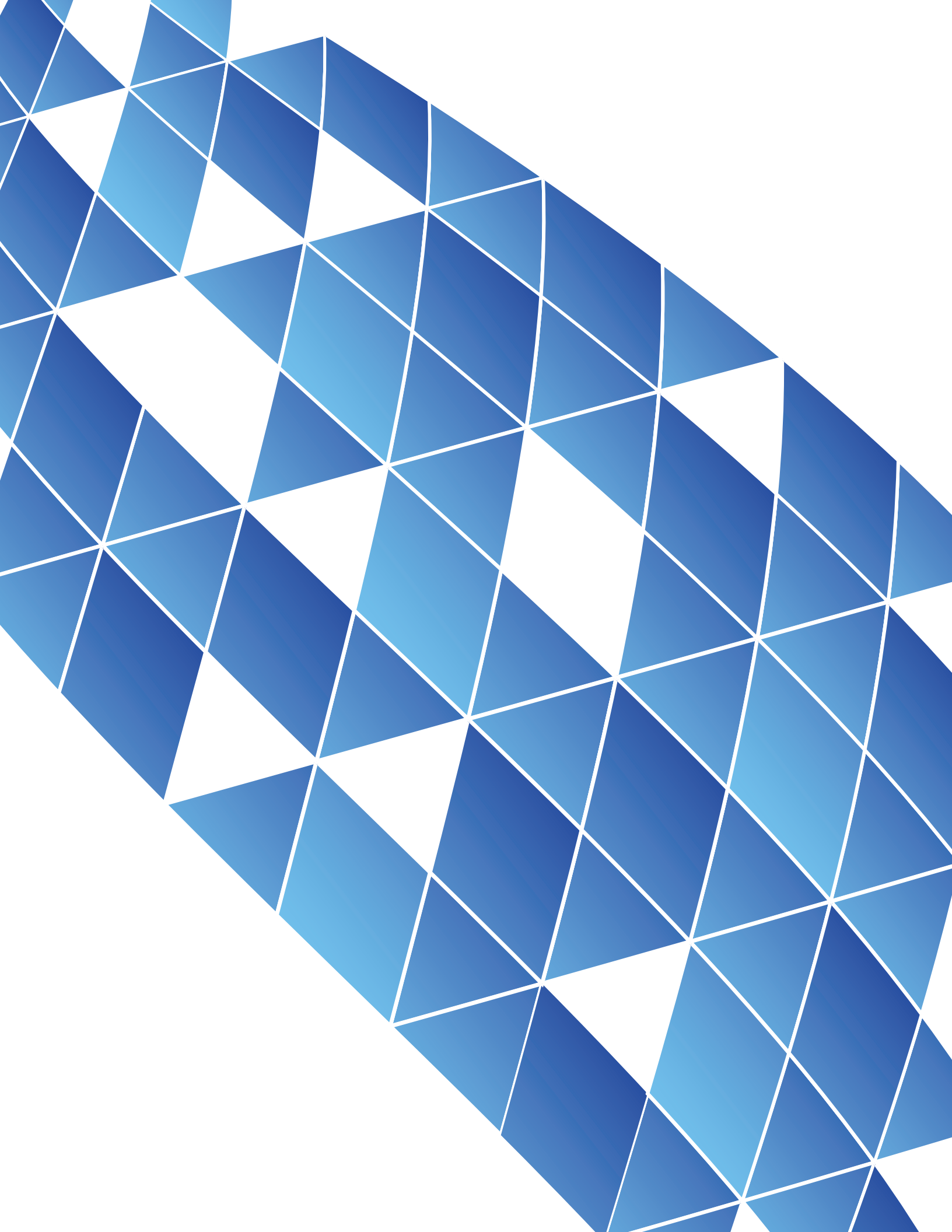
Lorenzo Jiménez de Luis

Coordinador Residente del Sistema
de las Naciones Unidas en República Dominicana

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

Organización Internacional del Trabajo

PNUD
Al servicio de las personas y las naciones



Abreviaciones

- ADESS Administradora de Subsidios Sociales
- ADOPEM Asociación Dominicana para el Desarrollo de la Mujer
- AEISS Aseguradora de Estancias Infantiles Salud Segura
- AFP Administradora de Fondos de Pensiones
- AGCI Agencia de Cooperación Internacional de Chile
- AMET Autoridad Metropolitana de Transporte
- AMUSSOL Asociación Mutual de Servicios Solidarios
- ARS Administradora de Riesgos de Salud
- BCRD Banco Central de la República Dominicana
- BEEP Bono Educativo Estudiando Progreso
- BGC Programa Bono Gas para Choferes
- BGH Bono Gas Hogar
- BID Banco Interamericano para el Desarrollo
- BLH Bono Luz Hogar
- CAID Centros de Atención Integral para la Discapacidad
- CAP Comités de Apoyo a Solidaridad
- CASC Confederación Autónoma Sindical Clasista
- CCII Comité de Coordinación Interinstitucional del PROSOLI
- CCPPS Centros de Capacitación y Producción Progresando con Solidaridad
- CCPS Centros de Capacitación Progresando con Solidaridad
- CEDAW Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer [Committee on the Elimination of Discrimination against Women]
- CEG Centro de Estudios de Género
- CELEP Centro de Referencia Latinoamericano para la Educación Preescolar
- CEP Comer Es Primero
- CEPAL Comisión Económica para América Latina y el Caribe
- CESDEM Centro de Estudios Sociales y Demográficos
- CIANI Centro Infantil de Atención Integral
- CNSS Consejo Nacional de la Seguridad Social
- CONADIS Consejo Nacional de Discapacidad
- CONANI Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia
- CONAPE Consejo Nacional de la Persona Envejeciente
- CONAU Consejo Nacional de Asuntos Urbanos

Abreviaciones

- CONDEI	Consejo Nacional de Estancias Infantiles
- COPMAE	Comité de Padres, Madres, Tutores y Amigos de la Estancia
- COS	Centros Operativos del Sistema
- CPADB	Comisión Presidencial de Apoyo al Desarrollo Barrial
- CPS	Comisión Técnica Permanente en Salud
- CTC	Centro Tecnológico Comunitario
- CTIS	Comité Técnico Intersectorial del PROSOLI
- CTRIS	Comités Técnicos Regionales Intersectoriales
- DGCD	Dirección General de Comunidad Digna
- DGDF	Dirección General de Desarrollo Fronterizo
- DGE	Dirección General de Empleo
- DIDA	Dirección de Información y Defensa de los Asegurados
- DIGEPEP	Dirección General de Proyectos Especiales de la Presidencia
- DPM	Despacho de la Primera Dama
- EI	Estancias Infantiles
- EIL	Entrenamiento para la inserción laboral
- END	Estrategia Nacional de Desarrollo
- ENDESA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
- ENFT	Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo
- ENHOGAR	Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples
- EPES	Espacio de Esperanza
- FMI	Fondo Monetario Internacional
- GCDC	Dirección General de Desarrollo de la Comunidad
- GCPS	Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales
- GIZ	Agencia de Cooperación Alemana [Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit]
- GLP	Gas licuado de petróleo
- ICV	Índice de calidad de vida
- IDEC	Iniciativa Dominicana por una Educación de Calidad
- IDH	Índice de desarrollo humano
- IDSS	Instituto Dominicano de Seguros Sociales
- IES	Incentivo a la Educación Superior
- ILAE	Incentivo a la Asistencia Escolar
- INABIE	Instituto Nacional de Bienestar Estudiantil
- INAIPI	Instituto Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia
- INAPA	Instituto Nacional de Agua Potable y Alcantarillados
- INAVI	Instituto de Auxilios y Vivienda

Abreviaciones

- INDRHI Instituto Nacional de Recursos Hidráulicos
- INFOTEP Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional
- INTEC Instituto Tecnológico de Santo Domingo
- INVI Instituto Nacional de la Vivienda
- ITS Infecciones de transmisión sexual
- JCE Junta Central Electoral
- LAC América Latina y el Caribe
- MAP Ministerio de Administración Pública
- MAPRE Programa Mano Amiga del Presidente
- MARENA Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales
- MEPYD Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo
- MESCYT Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología
- MINERD Ministerio de Educación de la República Dominicana
- MIP Ministerio de Interior y Policía
- MMUJER Ministerio de la Mujer
- MOPC Ministerio de Obras Púbicas y Comunicaciones
- MPS Ministerio de Salud Pública
- MT Ministerio de Trabajo
- ODH Oficina de Desarrollo Humano
- OISOE Oficina de Ingenieros Supervisores de Obras del Estado
- OIT Organización Internacional del Trabajo
- ONE Oficina Nacional de Estadística
- ONU Organización de las Naciones Unidas
- OTE Oficina Territorial de Empleo
- OTTT Oficina Técnica de Transporte Terrestre
- PADI Programa de Ayuda Digna Inmediata
- PAE Programa de Alimentación Escolar
- PASNE Programa de Apoyo para el Servicio Nacional de Empleo
- PBFC Programa de Atención Integral a la Primera Infancia de Base Familiar y Comunitaria
- PBS Plan Básico de Salud
- PDSS Plan de Servicios de Salud
- PEA Población económicamente activa
- PET Población en edad de trabajar
- PIAMG Programa Incentivo Alistado Marina de Guerra
- PIB Producto interno bruto
- PIDESC Pacto Internacional de los Derechos Económicos Sociales y Culturales

Abreviaciones

- PIPP	Programa de Incentivo a la Policía Preventiva
- PLANDES	Plan Decenal de Salud
- PLANEG	Plan Nacional de Equidad de Género
- PNPSP	Plan Nacional Plurianual del Sector Público
- PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
- POETA	Programa de Oportunidades para el Empleo a través de la Tecnología en las Américas
- PPS	Piso de protección social
- PROCOMUNIDAD	Fondo de Promoción a las Iniciativas Comunitarias
- PROMIPYME	Consejo Nacional de Promoción y Apoyo a la Micro, Pequeña y Mediana Empresa
- PROSOLI	Programa Progresando con Solidaridad
- PROVEE	Programa de Protección al Envejeciente en Extrema Pobreza
- PSS	Proveedoras de Servicios de Salud
- QAC	Plan Quisqueya Aprende Contigo
- QEC	Plan Quisqueya Empieza Contigo
- SDSS	Sistema Dominicano de Seguridad Social
- SENAE	Servicio Nacional de Empleo
- SENASA	Seguro Nacional de Salud
- SFS	Seguro Familiar de Salud
- SIPEN	Superintendencia de Pensiones
- SISALRIL	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales
- SIUBEN	Sistema Único de Beneficiarios
- SVDS	Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia
- TC	Transferencia condicionada
- TGF	Tasa global de fecundidad
- TGP	Tasa global de participación
- TSS	Tesorería de la Seguridad Social
- UASD	Universidad Autónoma de Santo Domingo
- UNAP	Unidad de Atención Primaria en Salud
- UNFPA	Fondo de Población de Naciones Unidas
- UNIBE	Universidad Iberoamericana
- UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
- UTE	Universidad de la Tercera Edad
- VIF	Violencia intrafamiliar
- VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

LINEAMIENTOS METODOLÓGICOS

Metodológicos

El objetivo del presente estudio es realizar un mapeo y un análisis de los programas de protección y seguridad social en la República Dominicana desde una perspectiva de género y sobre la base de un enfoque de derechos humanos y del ciclo de vida.

Atendiendo a este objetivo, se siguieron los pasos siguientes:

a) Revisión documental y sistematización de la información relativa al marco normativo y legal.

b) Recolección de informaciones y datos estadísticos actualizados para la redacción del perfil país, con énfasis especial en el mercado laboral y el género.

c) Identificación de los actores a contactar para recolectar información pertinente.

d) Análisis de los diferentes programas seleccionados. Para la recolección de datos relativos a los diferentes programas se utilizaron los instrumentos propuestos en el informe subregional *Combatiendo la desigualdad desde lo básico. Piso de protección social e igualdad de género* (PNUD, OIT y ONU Mujeres 2012). El análisis realizado pasó por las siguientes etapas:

   a. Entrevistas a actores claves de cada programa identificado, recolección de datos estadísticos desagregados por sexo y estudio de fuentes secundarias (ver anexo I, "Lista de personas entrevistadas por institución").

   b. Estudio de los programas según las líneas guías del documento de referencia arriba citado (PNUD, OIT y ONU Mujeres 2012), considerando fuentes primarias y secundarias.

e) Análisis de las brechas horizontales y verticales.

f) La metodología incluyó un taller de socialización con representantes de organizaciones de la sociedad civil dominicana que trabajan para el logro de la igualdad de género y con representantes de otros grupos vulnerables priorizados por la Iniciativa del Piso de Protección Social con Igualdad de Género. En este taller, que contó con la participación de la dirección técnica del Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales, ONU Mujeres y la OIT, se presentaron los principales hallazgos provisionales del estudio y algunas propuestas de recomendaciones dirigidas a avanzar hacia un piso de protección social con igualdad de género. Las recomendaciones fueron revisadas, validadas o integradas por los diferentes actores presentes.

g) Con relación al principal programa de protección social que se implementa en el país —Progresando con Solidaridad— se realizaron entrevistas a las personas beneficiarias de los diferentes componentes. El trabajo de campo para la recolección de datos en esta etapa de la investigación se desarrolló en tres fases distintas, a saber:

- Fase 1. Entre los días 8 y 10 de julio del 2014 se sostuvieron tres reuniones de núcleos de familias (en las comunidades de Villa Francisca, Ensanche Luperón y Kilómetro 8 de la autopista Sánchez, ubicadas en el Distrito Nacional de Santo Domingo) durante las cuales se realizaron:

  - entrevistas cerradas a las personas beneficiarias del programa,

  - observación participante del mecanismo de seguimiento a los reportes comunitarios,

  - entrevistas abiertas a las personas que se desempeñan como enlaces familiares.

- Fase 2. El día 10 de julio del 2014 se llevaron a cabo visitas a los hogares de beneficiarias del programa que tienen instaladas microempresas (en los municipios de Salcedo y Tenares, provincia Hermanas Mirabal) y se hicieron entrevistas cerradas.

- Fase 3. Entre los días 22 y 24 de julio del 2014 se visitaron los Centros de Capacitación y Producción Progresando con Solidaridad (CCPPS) de las comunidades Ensanche Luperón, Villa Mella y Sabana Perdida de Santo Domingo y se aplicó una encuesta a mujeres participantes en los cursos de formación profesional.

La información cuantitativa y cualitativa recabada durante el trabajo de campo tuvo por objeto constatar preguntas de investigación referidas a las experiencias de las personas beneficiarias de los programas en las actividades, capacitaciones y responsabilidades previstas por estos, la composición y organización de la vida familiar, la distribución de roles dentro del hogar, la forma de obtención de ingresos y las expectativas y visión hacia el futuro.

Asimismo, mediante observación participante y entrevistas abiertas a diferentes actores responsables de la ejecución de los programas en los barrios (supervisores de Enlaces Comunitarios y de Centros de Capacitación Progresando con Solidaridad), se recabó valiosa información respecto al contexto social, problemáticas cotidianas y fortalezas y debilidades del programa desde la experiencia de estos agentes.

A continuación se resumen los actores, muestras y técnicas utilizadas, así como algunos comentarios relativos al trabajo de campo:

Metodológicos

PERSONAS ENCUESTADAS	MUESTRA	TÉCNICA UTILIZADA	COMENTARIOS	PRINCIPALES VARIABLES INDAGADAS
Beneficiarias del programa	Total 24 F 22 M 2	Entrevistas cerradas (anexo II).	La muestra fue seleccionada al azar entre los participantes de encuentros de núcleos de familias, respetando la proporción de hombres y mujeres.	Perfil del hogar y forma de participación en el programa. Transferencias monetarias y subsidios percibidos por hogar. Cobertura por el Seguro Familiar de Salud (SFS). Uso del tiempo y distribución de roles en las tareas domésticas, el cuidado y seguimiento a las corresponsabilidades del programa de los diferentes integrantes del hogar. Actividades sociales previstas por el programa y su impacto en la organización familiar.
Núcleos de familias	3 núcleos. Distribución de la población participante: Total 110 F 94 M 17	Observación participante	Los núcleos de familia estaban reunidos para diseñar planes de acciones en respuesta a los reportes comunitarios. En las reuniones participaron además de los beneficiarios, los enlaces familiares, los prestadores de servicios (salud, educación y red de abastecimiento) y los representantes de los Comités de Apoyo al Programa. Algunos de los temas abordados entre los tres encuentros fueron: A) SALUD: - Problemas relativos a higiene y atención de los servicios de salud. B) EDUCACIÓN: - Inconvenientes para que se firmen las tarjetas de asistencia. - Falta de textos escolares al inicio del ciclo escolar. - Problemas de conducta y hurtos entre estudiantes. C) RED de ABASTECIMIENTO: - Exposición de lista de productos y precios.	Participación por sexos, dinámicas interrelacionales y tipo de intervenciones realizadas por los participantes. Funcionamiento del mecanismo de reportes comunitarios. Quejas de los beneficiarios respecto al funcionamiento del programa y los servicios recibidos de parte de los servicios de salud, educación y red de abastecimiento. Metodología de diseño participativo de planes de acciones.
Enlaces familiares	Total 8 F 8 M 0	Entrevistas abiertas	Por medio de las entrevistas se indagó acerca de los debates del encuentro de cada núcleo de familia y se aclararon dudas puntuales sobre los casos tratados, sobre el contexto barrial y sobre sus experiencias	Experiencias de los enlaces familiares sobre su trabajo en la comunidad.

CONTINUACIÓN

PERSONAS ENCUESTADAS	MUESTRA	TÉCNICA UTILIZADA	COMENTARIOS	PRINCIPALES VARIABLES INDAGADAS
			de trabajo en el mismo, así como también sobre la formación que reciben en perspectiva de género. Se recogieron, por último, datos sobre las instalaciones y se tomaron fotografías de estas y de los participantes del encuentro, con su consentimiento.	Problemáticas socioeconómicas más frecuentes entre las personas beneficiarias. Características, distancias y calidad de los servicios públicos con los que cuenta la comunidad. Formación que reciben en perspectiva de género.
Supervisores de enlace	Total 3 F 2 M 1	Entrevistas abiertas	Por medio de las entrevistas se indagó acerca del funcionamiento de los encuentros, las características de los diferentes centros, la formación que las personas reciben con perspectiva de género y sus experiencias de trabajo en el programa.	Experiencias de los supervisores sobre su trabajo en el programa. Problemáticas socioeconómicas más frecuentes entre las personas beneficiarias. Preparación sobre la temática de género.
Mujeres participantes del programa de emprendimiento	Total 6 F 6 M 0	Entrevistas cerradas y observación participante	Se realizaron seis visitas, junto con la responsable de Género de PROSOLI, a las casas de las mujeres microemprendedoras para identificar, en el propio campo, las actividades realizadas e identificar necesidades de apoyo para sostener o ampliar su actividad con microcréditos. Se aprovechó de la encargada de género de PROSOLI para indagar sobre el funcionamiento del componente de emprendimiento y planes de ampliación previstos.	Perfil del hogar y participación en el programa. Características de la actividad de emprendimiento y ganancias. Uso del tiempo y reorganización del hogar a partir de la actividad emprendida. Distribución de las tareas domésticas y de cuidado por sexos. Representaciones respecto al empoderamiento económico y personal a partir del emprendimiento.
Mujeres que atienden cursos en los CCPP	Total 70 F 70 M 0	Cuestionario	Se aplicó a las estudiantes de los CCPPS (se eligieron solo mujeres) un cuestionario autoadministrado para indagar, mediante preguntas cerradas, abiertas y múltiples, sobre sus experiencias de capacitación en los centros, composición familiar, trayectoria de formación en dichos centros y expectativas respecto al futuro.	Perfil de la estudiante y composición de su hogar. Distribución de las tareas domésticas y de cuidado durante su experiencia de capacitación. Uso del tiempo para formación considerando el resto de las actividades realizadas. Expectativas y logros alcanzados desde el inicio de la capacitación.

Metodológicos

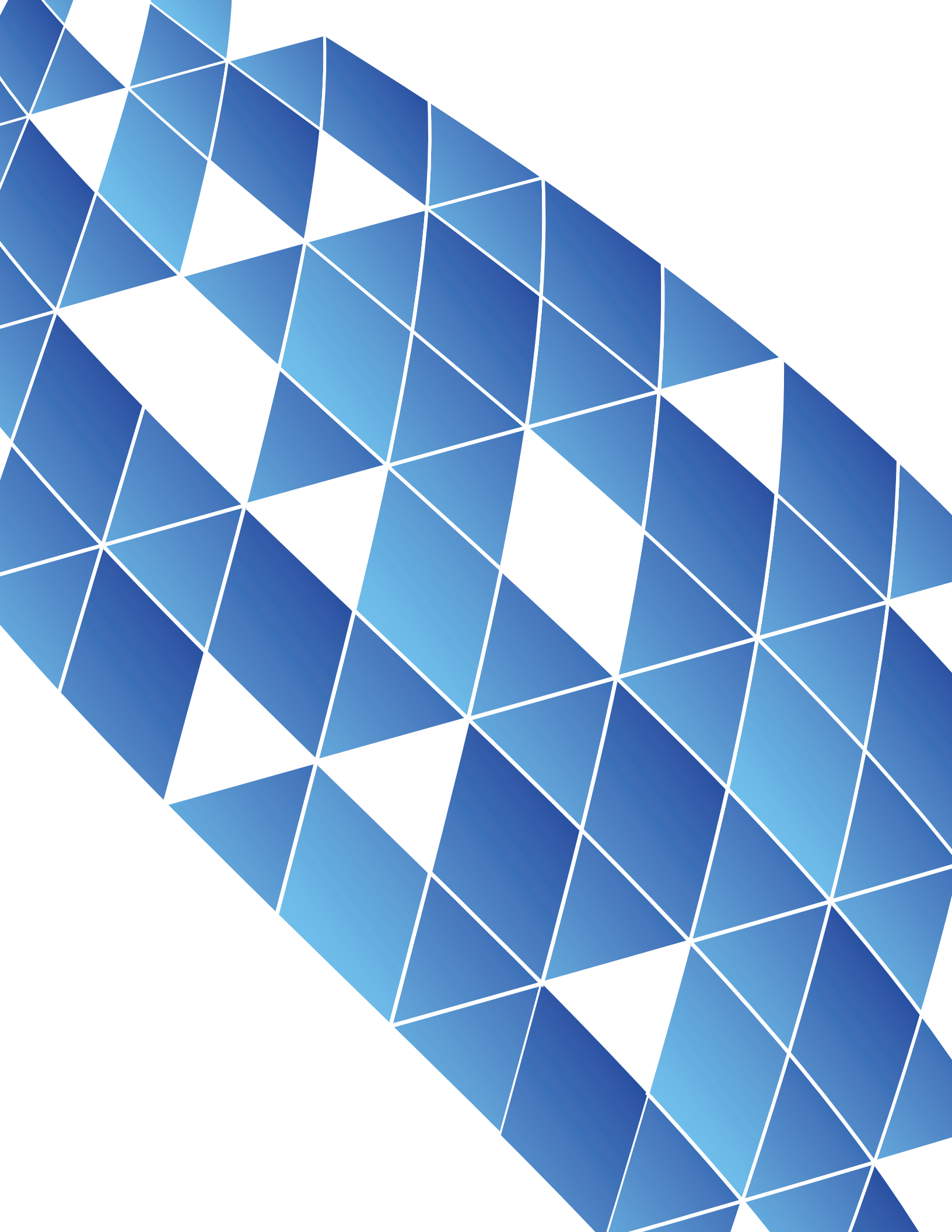
CONTINUACIÓN

PERSONAS ENCUESTADAS	MUESTRA	TÉCNICA UTILIZADA	COMENTARIOS	PRINCIPALES VARIABLES INDAGADAS
Supervisores de los CCPS	4 (3 mujeres y 1 hombre)	Entrevistas abiertas	Mediante las entrevistas (durante las visitas previas a los CCPS) se indagó sobre las características de los CCPS y el contexto barrial en general. También se investigó sobre el sexo y cantidad de participantes, tipo de cursos ofrecidos y funcionamiento general del programa desde las experiencias de los sujetos como supervisores. Se dieron indicaciones sobre los cuestionarios autoadministrados, la muestra y compilación correcta de los mismos. Se recogieron datos sobre las instalaciones mediante observación participante durante el espacio del dictado de clases, y se tomaron fotografías con el consentimiento de los participantes.	Ofertas de capacitación de los CCPS, duración, tandas horarias y composición de los cursos. Características, distancias y calidad de los servicios públicos con los que cuenta la comunidad. Experiencia de trabajo en capacitación comunitaria. Fortalezas y debilidades del programa para la comunidad donde trabaja.

El presente informe de mapeo y análisis se redactó en base a todos los insumos e informaciones recolectadas y fue presentado en dos encuentros con representantes de instituciones públicas que se ocupan de protección social:

- Un encuentro de alto nivel llevado a cabo el lunes 25 de agosto a las 5:00 p.m. que tuvo el objetivo de visibilizar y dar a conocer el Proyecto Piso de Protección Social y Género y los resultados de la primera fase de la consultoría **Mapeo de los Programas de Protección Social e Igualdad de Género**, de manera de iniciar así un proceso de reflexión que identificase las vías de incorporación de una perspectiva de derechos e igualdad de género en la agenda de las políticas públicas prioritarias. El encuentro contó con varios representantes de instituciones públicas y la mesa de honor estuvo presidida por la vicepresidenta de la República Dominicana, Doctora Margarita Cedeño de Fernández, quien estuvo acompañada de Lorenzo Jiménez de Luis, Coordinador Residente del Sistema de las Naciones Unidas en la República Dominicana; Carmen de la Cruz, Responsable Regional de Género del PNUD; Clemencia Muñoz, Directora del Centro de Capacitación y Representante Nacional de ONU Mujeres en República Dominicana y Rosa María Suárez, Directora Técnica del Gabinete de Políticas Sociales. El evento contó también con la presencia de otros directivos de instituciones públicas vinculadas con el tema de la seguridad social y la protección social.
- Un taller técnico, realizado el día 26 de octubre, que tuvo el objetivo general de contribuir a mejorar e incrementar la igualdad efectiva de derechos a un primer piso de protección social y, especialmente, incorporar la perspectiva de género en el desarrollo de los programas sociales del Sistema de Protección Social, integrando al análisis los distintos programas de asistencia y seguridad social del país. Los objetivos específicos del taller fueron profundizar la reflexión y el debate sobre propuestas alternativas —como la que propone la Iniciativa del Piso de Protección Social en este campo— y estimular el desarrollo de estrategias para su ejecución.

ESTRUCTURA DEL DOCUMENTO



Estructura del **documento**

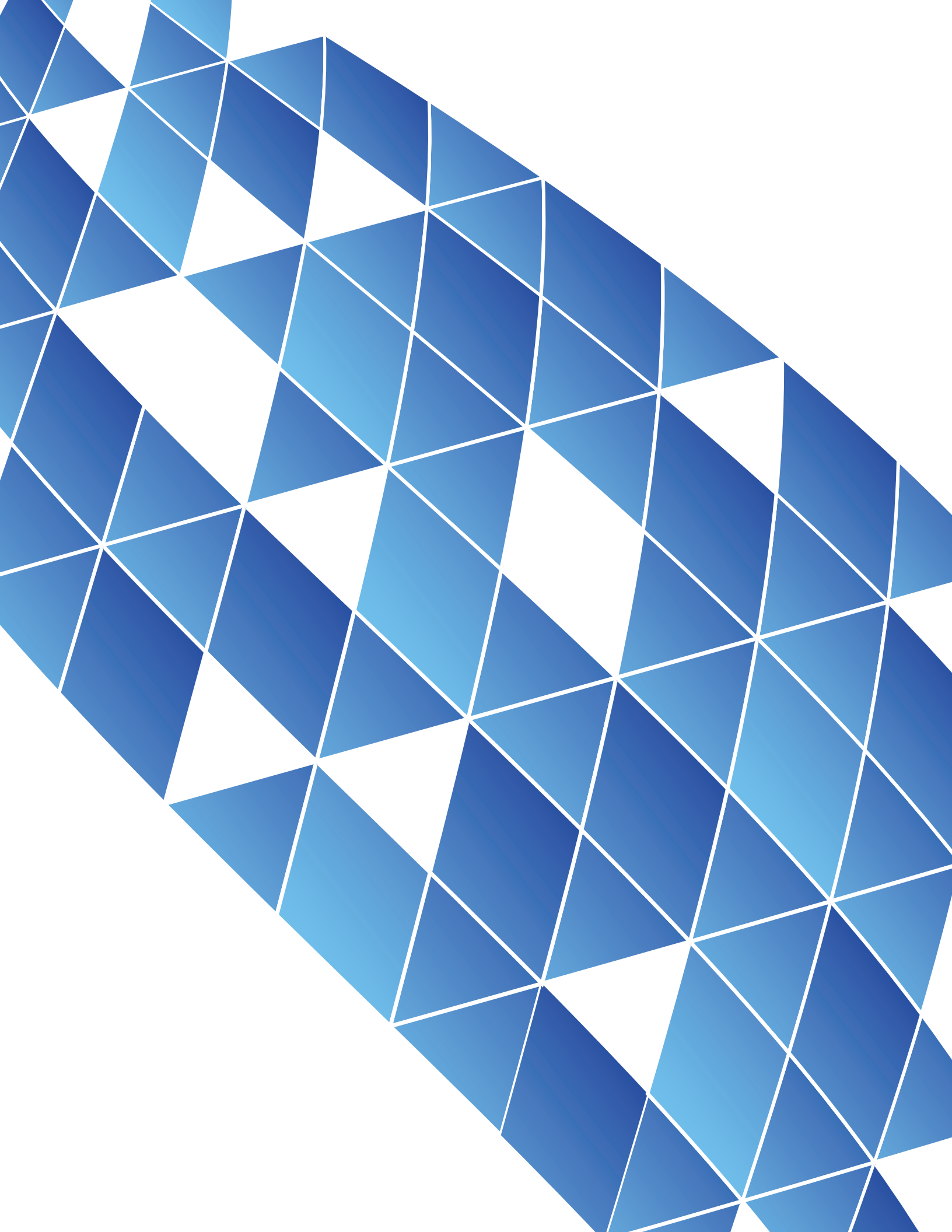
El documento está estructurado en tres partes principales. En la primera parte (contexto) se presenta el marco conceptual relativo al piso de protección social e igualdad de género (capítulo 1), al cual sigue una presentación del perfil del país con enfoque de género y del ciclo de vida (capítulo 2) y un capítulo específico (capítulo 3) sobre mercado laboral y género. Esta parte se concluye con la presentación del marco normativo dominicano relativo al tema de la protección social y la igualdad de género (capítulo 4) en el que se hace referencia, además, a los compromisos internacionales asumidos por el país en dicho ámbito.

En la segunda parte se introduce el sistema de protección social que opera en el país (capítulo 5) y se presenta el informe del mapeo y análisis con enfoque de género realizado sobre el Sistema Dominicano de Seguridad Social (capítulo 6) y los diferentes programas de protección social identificados separados en grandes grupos:

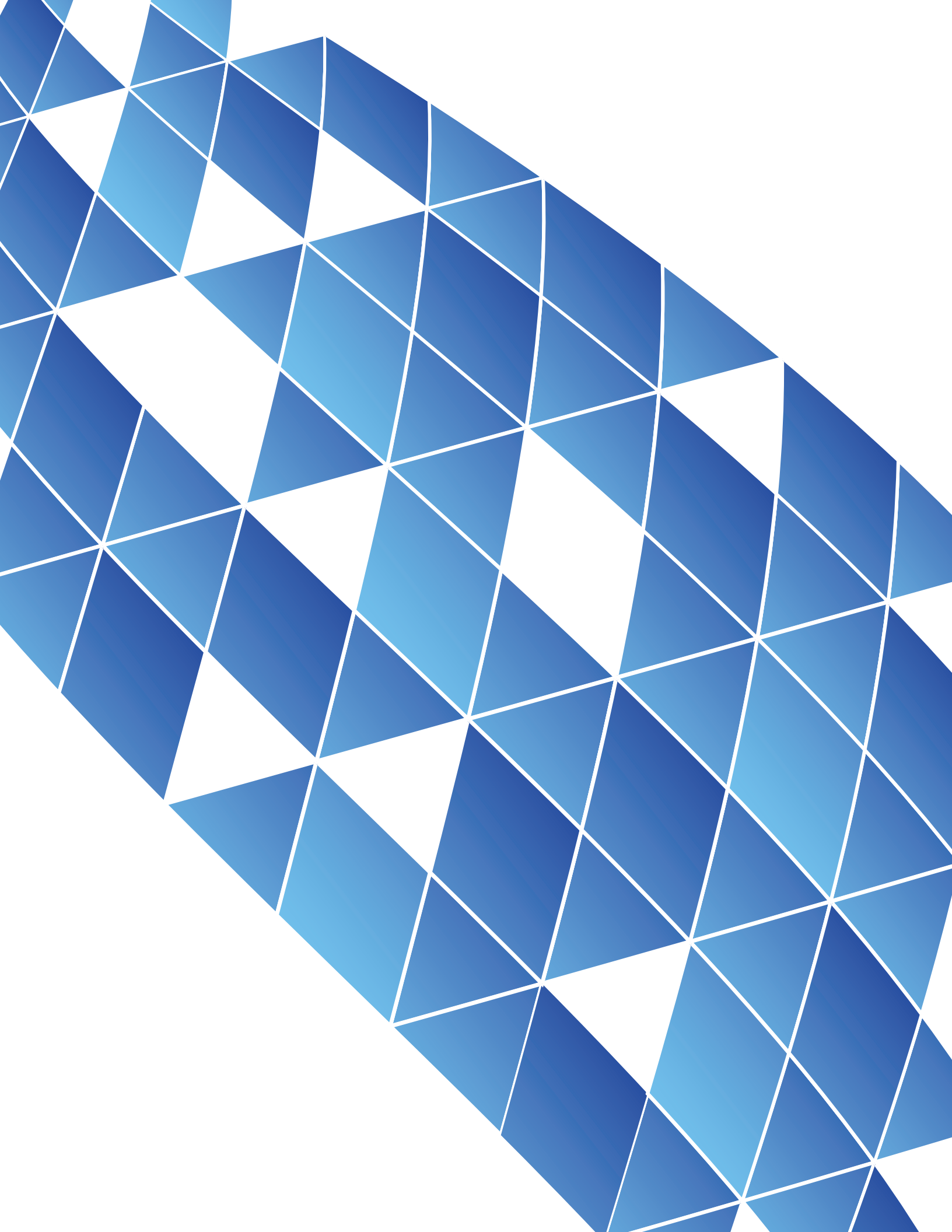
- Principales transferencias monetarias y subsidios que incluyen al Programa Progresando con Solidaridad (PROSOLI) y todos sus componentes; los Centros Tecnológicos Comunitarios; el programa de transferencias monetarias para personas adultas mayores y el programa de incentivo para estudios superiores (capítulo 7).
- Programas relacionados con el cuidado (capítulo 8). Aquí se presenta el perfil y el análisis de los diferentes componentes de cuidado público para la infancia (Centros de Atención Integral a la Niñez del CONANI, los Espacios de Esperanza de los Centros Tecnológicos Comunitarios y la previsión de apertura de centros de atención integral para la niñez por parte del Plan Quisqueya Empieza Contigo). Al final de esta sección se propone un análisis que considera las brechas de cobertura con relación al cuidado de la infancia, así como de los otros grupos que necesitan de apoyo para realizar sus funciones básicas (personas adultas mayores no autónomas y personas con discapacidades severas).
- En el capítulo 9 se presentan y analizan de manera breve los programas de estímulo a la oferta de otros servicios esenciales (principalmente de agua, saneamiento y vivienda) que están implementando instituciones adscritas al Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales.
- Finalmente, considerando la importancia de los programas sectoriales de promoción social y de estímulo a la inserción laboral de las personas de grupos vulnerables para que asciendan al segundo peldaño de la escalera de la protección social, en el capítulo 10 se hace una breve presentación sobre los principales programas que siguen tales propósitos implementados por diferentes actores institucionales (el Ministerio de Trabajo e INFOTEP, primordialmente).

En el capítulo 11 se recogen puntos críticos identificados a lo largo del estudio y se hacen propuestas de recomendaciones.

La tercera parte del documento recoge los instrumentos de recolección de datos (fichas) contemplados en la metodología de referencia del estudio *Combatiendo la desigualdad desde lo básico. Piso de protección social e igualdad de género realizado en el 2012 por el PNUD, la OIT y ONU Mujeres.*



PRIMERA PARTE
CONTEXTO



CAPÍTULO 1

Marco conceptual para el piso de protección social e igualdad de género

1. MARCO CONCEPTUAL

PARA EL PISO DE **PROTECCIÓN SOCIAL** E **IGUALDAD DE GÉNERO**

La seguridad social y el piso de protección social

La seguridad social consiste en el conjunto de instrumentos destinados a la prevención y manejo de los riesgos que conlleva la vida de las personas en una sociedad a lo largo de sus vidas[1] (OIT, ONU Mujeres y PNUD 2012a).

La seguridad social garantiza un ingreso mínimo, la cobertura de las necesidades sociales básicas y el acceso a los servicios esenciales para el bienestar de la persona con el fin de contribuir a la prevención y reducción de la pobreza y a la promoción de la ciudadanía y cohesión social.

La seguridad social ha sido reconocida como un derecho humano por diferentes instrumentos internacionales, inicialmente por la Declaración Universal de Derechos Humanos (de 1948) y luego, en 1966, por el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), así como también por la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (de 1979).

Los sistemas de seguridad social, sobre todo los más avanzados y consolidados, han demostrado ser eficaces en la reducción de la pobreza y de las desigualdades sociales. Asociados a políticas públicas adecuadas en el ámbito laboral y de promoción del capital humano, ellos tienen también la potencialidad de aumentar la productividad nacional, promover el desarrollo económico y actuar como estabilizadores económicos.

[1] Durante el ciclo de vida de una persona se pueden identificar riesgos sociales de diferentes tipos; algunos son comunes a todas las edades, como el déficit habitacional y de saneamiento o los problemas de salud y discapacidad, otros están relacionados al tramo de edad en el cual se encuentra la persona. De acuerdo a su edad, las personas pueden enfrentarse a diversas contingencias en los diferentes ámbitos de sus vidas, por ejemplo:
- en la niñez y adolescencia los riesgos en salud pueden estar relacionados con la desnutrición; en el ámbito educativo con la deserción, sobre-edad, la repitencia escolar y el analfabetismo; en el de generación de ingresos, con la problemática del trabajo infantil.
- Durante la edad adulta, los riesgos en el ámbito educativo pueden vincularse a una educación incompleta; mientras que en el ámbito de generación de ingresos, con la inactividad, la precariedad laboral o el desempleo.
- En la vejez, en adición a los problemas comunes a todas las edades, en lo relativo a la generación de ingresos, puede darse la inactividad.



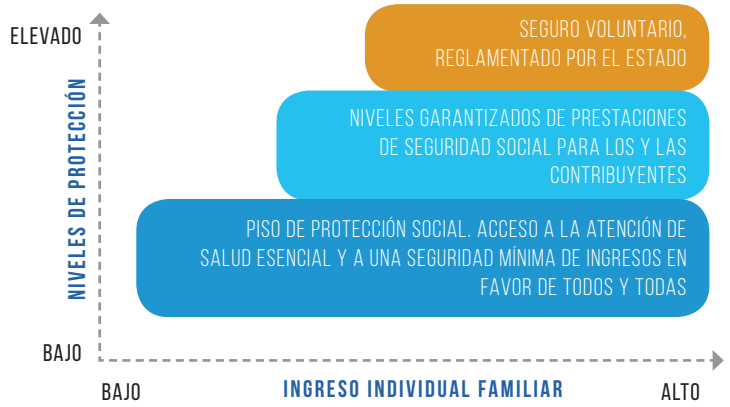
A pesar del reconocimiento de la importancia de la seguridad social, su rol y ventajas, en la mayoría de los países hay altos porcentajes de la población que carecen de protección social. A nivel mundial la Organización Internacional del Trabajo (OIT) estima que entre el 75% y el 80% de la población vive todavía en una situación de «inseguridad social» (OIT 2011c).

En el año 2003 la OIT lanzó la Campaña Mundial sobre Seguridad Social y Cobertura para Todos, que contempla una estrategia bidimensional de ampliación de la seguridad social:

- La dimensión horizontal, es decir, el piso de protección social (PPS), que consiste en la urgente implementación de un conjunto básico de garantías (en términos de derechos sociales, infraestructuras y servicios básicos, con énfasis especial en el acceso a atención médica esencial e ingresos suficientes) para todas las personas.
- La dimensión vertical, que consiste en garantizar, progresivamente, mayores niveles de seguridad social para las personas, de modo que protejan su nivel de vida frente a contingencias como el desempleo, la enfermedad, la invalidez, la pérdida del sostén de la familia y la vejez.

El paradigma de «la escalera» en la política de seguridad social, que se grafica a continuación, contempla un sistema en el cual la cobertura de la seguridad social se extiende de forma ascendiente como los peldaños de una escalera (OIT 2012a): el primer peldaño —correspondiente al piso de protección social— abarca garantías básicas para todas las personas (ampliación a un mayor número de personas); el segundo peldaño, derechos garantizados en favor de personas que cotizan y pagan impuestos; y, el tercer peldaño, seguros privados y voluntarios (reglamentados por el Estado).

GRÁFICO 1.1 ESTRATEGIA DE EXTENSIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL SEGÚN NIVELES DE PROTECCIÓN



Fuente: OIT (2011c).

La dimensión vertical responde a la idea de que a medida que la economía de un país crece y se consolida, aumentan los beneficios que se garantizan a las personas en términos de seguridad de los ingresos y acceso a la atención de salud. Estas mayores garantías podrían lograrse a través de la aplicación gradual de normas más rigurosas, como las contempladas en el Convenio 102 y otros convenios de tercera generación.

El concepto de piso de protección social se basa en el principio fundamental de la justicia social, así como en el derecho de todas las personas a la seguridad social y a un nivel de vida adecuado que garantice la salud y el bienestar individual y familiar.

Existen diversas definiciones del concepto de piso de protección social (PPS) y de sus componentes. En el presente estudio se adopta la expresada en la Recomendación N.° 202 relativa a pisos nacionales de protección social (OIT 2012), adoptada en Ginebra por la Conferencia General de la OIT en su 101a reunión, celebrada el 30 de mayo del 2012. Según tal recomendación, el piso de protección social debería:

> *"[…] 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".*

Las garantías básicas de seguridad social del PPS, prioritarias en particular para las personas que no pueden o no deben trabajar (niños, mujeres embarazadas, personas adultas mayores y personas con discapacidad) son las siguientes (OIT 2012):

a) Acceso a un conjunto de bienes y servicios definido a nivel nacional que constituyen la atención de salud esencial, incluida la atención de la maternidad, que cumpla los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

b) Seguridad básica del ingreso para los niños y niñas, por lo menos equivalente a un nivel mínimo definido en el plano nacional, que asegure el acceso a la alimentación, la educación, los cuidados y cualesquiera otros bienes y servicios necesarios.

c) Seguridad básica del ingreso, por lo menos equivalente a un nivel mínimo definido en el plano nacional, para las personas en edad activa que no puedan obtener ingresos suficientes, en particular en caso de enfermedad, desempleo, maternidad e invalidez, y

d) Seguridad básica del ingreso para las personas de edad, por lo menos equivalente a un nivel mínimo definido en el plano nacional.

Las estrategias dirigidas a lograr el acceso a estas garantías básicas deben necesariamente tomar en cuenta tanto la demanda de servicios como la oferta, además de crear sinergia con políticas sectoriales que faciliten el acceso a atención en salud, nutrición, educación y empleo formal. Para ello, como señala la Recomendación N.° 202 (OIT 2012), tales estrategias deben:

a) combinar medidas preventivas, promocionales y activas, prestaciones y servicios sociales;

b) promover la actividad económica productiva y el empleo formal, considerando la adopción de políticas que incluyen la contratación pública, la concesión de créditos públicos, la inspección del trabajo, políticas del mercado de trabajo e incentivos fiscales, y que fomentan la educación, la formación profesional, las competencias productivas y la empleabilidad, y

c) asegurar la coordinación con otras políticas que fomentan el empleo formal, la generación de ingresos, la educación, la alfabetización, la formación profesional, las competencias y la empleabilidad, que reducen la precariedad, y que promueven el trabajo estable, la iniciativa empresarial y las empresas sostenibles en un marco de trabajo decente.

El PPS constituye en sí mismo una herramienta de lucha contra la pobreza y debería ser el primer peldaño a partir del cual se siga construyendo con miras a lograr la garantía universal de un sistema de seguridad social integral.

Para alcanzar un PPS cada Estado, en base a su situación y potencialidades, debe diseñar una combinación eficaz y eficiente de políticas de seguridad y asistencia social universal que contemplen diversas formas de transferencias sociales (monetarias o en especie) como, por ejemplo, pensiones para personas adultas mayores y con discapacidades, prestaciones por hijos a cargo y de apoyo a los ingresos, y garantías y servicios relativos al empleo (JJE 2009 cit. en OIT, ONU Mujeres y PNUD 2012; OIT y OMS 2009, cit. en OIT, ONU Mujeres y PNUD 2012).

Piso de protección social y enfoque de género

Ya que uno de los objetivos principales de la Iniciativa del Piso de Protección Social es contribuir a la integración de la sociedad y aminorar las desigualdades sociales y la pobreza, priorizando a los grupos más vulnerables, necesariamente debe ocuparse de las desigualdades de género que perjudican la situación de diversos grupos de mujeres.



La Iniciativa del Piso de Protección Social con igualdad de género resalta la importancia de realizar un profundo análisis de género a la hora de implementar un piso de protección social con el fin de evaluar de manera adecuada la mayor desprotección social que sufren las mujeres respecto a los hombres, debido a los desequilibrios de poder que caracterizan las relaciones de género, y contemplar posibles soluciones al respecto.

La mayor desprotección femenina se debe a la tradicional división sexual del trabajo que a lo largo de la historia ha asignado a los hombres roles productivos y a las mujeres roles reproductivos. Esta situación se expresa en diferentes normas jurídicas, prácticas sociales y culturales que, independientemente de las actitudes de las mujeres respecto a la inserción laboral y a la inversión en su propio capital humano, limitan sus posibilidades de acceso al mercado del trabajo, a los activos productivos, a los empleos mejor remunerados y, en consecuencia, al sistema de protección social.

Existe una excesiva presencia femenina en trabajos precarios y de baja remuneración (en el sector informal y en el trabajo doméstico) que no se rigen por contratos formales y no garantizan el disfrute de los derechos de los cuales gozan las personas con trabajos asalariados formales.

Además de ser excluidas de los principales canales de acceso al ingreso monetario (trabajo remunerado y régimen contributivo de la seguridad social), a lo largo de su ciclo de vida las mujeres asumen la obligación casi exclusiva de desempeñar el trabajo reproductivo dentro del hogar (trabajo doméstico no remunerado, cuidado de familiares dependientes, etc.); mientras que fuera de sus casas se dedican sobre todo a trabajos con características de flexibilidad, autonomía y proximidad al hogar que les permitan cumplir con las obligaciones familiares (OIT 2009c citado en OIT 2011b). Estos trabajos, en mayor grado informales o por cuenta propia, ofrecen remuneraciones

escasas, menores niveles de seguridad, mayores riesgos y no brindan los niveles de protección social que por lo general garantiza el mercado de trabajo formal (Secretaría del Commonwealth 2009, citado en OIT 2011b).

La asunción casi exclusiva de las responsabilidades familiares, que deriva de la socialización de género, implica que las mujeres experimenten a menudo la necesidad de salir del mercado de trabajo por el periodo de embarazo y maternidad, y para cuidar los hijos y las demás personas dependientes (personas con discapacidad, enfermas o adultos mayores). Estas trayectorias laborales discontinuas e interrumpidas corresponden a una menor densidad de cotización e impactan de modo negativo en los beneficios sociales dirigidos a las mujeres. Igualmente, la brecha entre los salarios masculinos y femeninos para un mismo trabajo en igualdad de condiciones, que es desfavorable para las mujeres, incide en la acumulación de beneficios sociales.

A todo esto se suma el limitado acceso a los activos productivos y a puestos de poder, hecho que incide en mantener a las mujeres en una situación de mayor desprotección y mayor pobreza.

Estas limitaciones implican que a nivel mundial existe una menor tasa de participación de las mujeres en la población económicamente activa (PEA) y mayores niveles de desempleo y subempleo femeninos.

Por otro lado, hay que resaltar que los sistemas de seguridad social, por tradición, están basados en un modelo de familia biparental y patriarcal en el cual el hombre tiene el rol de jefe de familia y proveedor (*male breadwinner model*) por lo que sale al ámbito público y se inserta en el mercado de trabajo formal, obteniendo una remuneración y un seguro social, del cual es beneficiario directo. Dentro de este modelo, el rol tradicional de la mujer es la gestión del hogar y el cuidado de las personas dependientes, labores por las que no recibe remuneración (al no estar incorporada en el mercado de trabajo formal) y no le dan acceso a la protección de la seguridad social, sino como asegurada indirecta (dependiente), lo que le otorga beneficios limitados, excluyéndola, por ejemplo, de la pensión. Estos modelos se pueden considerar anacrónicos porque no toman en cuenta los cambios sociales que han caracterizados las últimas décadas y que han visto un incremento en la entrada de las mujeres al mundo laboral y en el número de las familias de doble ingreso (*dual earner model*), así como el aumento de las familias nucleares monoparentales, encabezadas principalmente por mujeres[2]. El fenómeno no es ajeno a la República Dominicana donde entre 2005 y 2011 se ha alzado el porcentaje de los hogares de jefatura femenina de un 32% a un 38% (ENHOGAR 2005 y 2011), los cuales representan casi el 60% en el caso de hogares en pobreza moderada y extrema (SIUBEN 2012).

El énfasis en el enfoque de derechos de la Iniciativa del Piso de Protección de Social implica la necesidad de revisar los sistemas de protección social con enfoque de género para poder garantizar el acceso de las mujeres a las prestaciones y a la protección social en igualdad de condiciones con los hombres, además de aprovechar su capacidad productiva y apoyarlas con iniciativas que les permitan participar en el mercado de trabajo (como, por ejemplo, iniciativas de formación, fomento del emprendimiento y de la empleabilidad).

[2] Además, se aprecia un aumento cuantitativo de los hogares unipersonales.

Como se explica en el documento ***Combatiendo la desigualdad desde lo básico*** (OIT 2012a):

> *"Bajo economías de mercado las condiciones de vida de la población dependen de tres lógicas principales de asignación de recursos. Primero, de la asignación que hacen los mercados, en particular laborales, de los ingresos, sea de manera directa o indirecta. Segundo, dependen de aquel ingreso social que se asigna colectivamente en forma de transferencias y servicios, en alguna medida independiente de los ingresos monetarios de las personas. Tercero, dependen del trabajo doméstico y de cuidados no remunerado, principalmente femenino".*

El peso relativo que tengan el Estado, el mercado laboral y la familia va a dar lugar a diferentes modelos de bienestar, siendo el rol del Estado, y de sus políticas sociales, fundamental para regular los comportamientos de los agentes del mercado, de las familias y comunidades (Filgueira y Espejo 2011, 99 citado en OIT 2012a).

La Iniciativa del Piso de Protección Social e Igualdad de Género se propone revisar los sistemas de protección social, analizando los papeles asignados a cada sexo y el acceso diferencial a los recursos, así como la forma en que estos sistemas cuestionan o contribuyen a perpetuar las desigualdades de género; esto en aras de introducir cambios que permitan plantear la seguridad social como un derecho humano universal (no asociado exclusivamente a aportes desde el mercado de trabajo formal, a programas asistenciales o al aporte de las mujeres de la familia) (OIT, ONU Mujeres y PNUD 2012b).

Entre los principales cambios propuestos por la mencionada iniciativa se contempla promover la provisión de servicios de cuidado desde las políticas públicas para lograr la superación de la asignación casi obligatoria y exclusiva de las tareas de cuidado a las mujeres. Reconociendo el derecho al cuidado de todas las personas, se promueve el derecho de las mujeres a elegir si desea dedicarse al trabajo de cuidado o no y, en caso afirmativo, a ejercer un **trabajo decente**[3].

La Iniciativa del Piso de Protección Social e Igualdad de Género apunta a «desmercantilizar»[4] y «desfamiliarizar»[5] el bienestar a través de la redistribución de los recursos entre distintos grupos

[3] El trabajo decente es aquel que se desarrolla en condiciones de justicia, seguridad, equidad y libertad, proporcionando oportunidades de empleo y un ingreso digno. Los ejes sobre los que se sustenta el trabajo decente son cuatro: empleo; normas, principios y derechos fundamentales; seguridad social y diálogo social; la igualdad de género se presenta como un eje transversal. La seguridad social es un eje estratégico del Programa de Trabajo Decente de la OIT (Espinoza 2003; OIT, ONU Mujeres y PNUD 2012a).

[4] Por desmercantilización se entiende 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 1990 cit. en OIT 2012a, 22). La desmercantilización del bienestar puede también ser alcanzada a través de la oferta de una serie de servicios públicos y con iniciativas que promuevan la redistribución de los recursos, por ejemplo: las transferencias monetarias desde las personas sanas a las personas enfermas (sistemas de enfermedad); las transferencias de personas en edad de trabajar a personas adultas mayores (sistemas de pensiones); y las transferencia desde los hombres que trabajan a las mujeres que no pueden trabajar por su rol reproductivo (licencias de maternidad).

[5] 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 1993, cit. en OIT 2012a, 22) y puede también lograrse a través de una serie de servicios de cuidado de personas dependientes, políticas de conciliación y de promoción de la corresponsabilidad social y familiar

de personas, a través de transferencias e incentivos y de la regulación del mercado laboral, de los precios, derechos y obligaciones de las personas que integran la familia, la comunidad y la sociedad (OIT 2012a). El concepto de desfamiliarización se refiere específicamente a los sistemas de protección social que incentivan la independencia económica de la mujer, contribuyendo a liberarla de las responsabilidades familiares que restringen su participación al mercado laboral y que apuntan a avanzar hacia la igualdad de género (Espring-Andersen 2000).

El piso de protección social (PPS) involucra componentes contributivos (que ofrecen aseguramiento presente y futuro a las personas que están insertadas en el mercado laboral), asistenciales (transferencias y subsidios a la población que demuestra un estado de necesidad) y universales. A continuación se analizará el sistema de protección social dominicano, tomando en cuenta los tres componentes y utilizando un enfoque de género y derechos humanos, basado en el ciclo de vida.

TABLA 1.1 RIESGOS Y VULNERABILIDADES DE LAS PERSONAS ESPECÍFICAS DE CADA ETAPA DEL CICLO DE VIDA

CATEGORÍA DE RIESGOS	PRIMERA INFANCIA	INFANCIA MEDIA	ADOLESCENCIA	EDADES CENTRALES	VEJEZ
Salud	Mortalidad infantil	Enfermedades agudas	Embarazo precoz	Enfermedades agudas / crónicas	Depresión / pérdida de autonomía
	Desnutrición		VIH	-	Enfermedades crónicas
	Retraso en el desarrollo	-	Enfermedades de transmisión sexual		-
	Discapacidad				
Educación	Sin desarrollo temprano	Sobre - edad / repitencia		Educación básica incompleta	-
	Retraso de desarrollo infantil	Sin acceso a escuela	Analfabetismo		
	-	Ingreso tardío a escuela	Deserción escolar	-	-
	-	Pobre desarrollo del capital humano		-	-
Ingresos	-	Trabajo infantil	Ni estudia ni trabaja	Inactividad voluntaria	
	-	-	-	Precariedad laboral / desempleo	Bajos ingresos
	-	-	-	Bajos ingresos	Sin pensión / sin activos

TABLA 1.1 RIESGOS Y VULNERABILIDADES DE LAS PERSONAS ESPECÍFICAS DE CADA ETAPA DEL CICLO DE VIDA (CONTINUACIÓN)

CATEGORÍA DE RIESGOS	PRIMERA INFANCIA	INFANCIA MEDIA	ADOLESCENCIA	EDADES CENTRALES	VEJEZ
Protección	Venta	Viviendo en la calle	Tráfico	Violencia doméstica	-
	Adopción ilegal	-	Explotación sexual	-	-
	Abandono / falta de cuidado		Privados de libertad	-	Abandono / falta de cuidado
	Sin registro de nacimiento	-	En conflicto con la ley	-	-
	-	-	Narcodependencia	-	-
	-	-	Pandillas / violencia	-	-
	Violencia y abuso				
Otros	-	Recreación u esparcimiento	-	-	-
Transversales a todos los ciclos de vida	Déficit habitacional; déficit de saneamiento; problemas de acceso a servicios				

Fuente: elaboración propia en base a ODH (2010) y Betranou y Vezza (2010), OIT (2010), Delamónica (2012) citados en González-Alemán (2014) e integraciones de la autora.

CAPÍTULO 2

Perfil de la República Dominicana con enfoque de género

2. PERFIL

DE LA REPÚBLICA DOMINICANA CON ENFOQUE DE GÉNERO

Introducción

En 2010 la República Dominicana figuraba entre los nueve países latinoamericanos que según la CEPAL (2010) tenían las mayores brechas de bienestar entre su población[6]. Se trata de países con mercados laborales precarios, donde las familias cargan con el mayor peso para proveerse servicios básicos, con una alta dependencia demográfica infantil, altos niveles de pobreza y un Estado con insuficientes recursos y capacidades para proveer servicios de calidad de educación, salud y seguridad y asistencia social a toda la población.

Si bien estos parámetros son comunes a los países mencionados, existen entre ellos diferencias profundas que necesitan ser resaltadas y consideradas a la hora de diseñar estrategias de expansión horizontal y vertical de los sistemas de protección social. En el caso de la República Dominicana, la situación existente representa una seria amenaza especialmente para las mujeres (CEG-INTEC 2011) en términos de garantías de sus derechos, acceso a servicios básicos y adecuado nivel de protección social.

En las últimas décadas, en la medida en que han sido reconocidos y tutelados sus derechos, las mujeres dominicanas han ganado mayor participación en los sectores económicos, sociales y políticos. Sin embargo, no se ha logrado superar las relaciones desiguales en los ámbitos de las parejas, la familia y el trabajo, donde la división de roles en función de género sigue limitando las oportunidades de avance de las mujeres (MMUJER 2012).

Gran parte del progreso del país está vinculado al desarrollo y la viabilidad de un marco de garantías sociales, así como la definición de un piso básico de protección, y ambas cosas requieren de una atención especial a las barreras que afectan a las mujeres en particular, quienes encabezan el 65% de los hogares pobres de la República Dominicana (CEG-INTEC 2011).

La Estrategia Nacional de Desarrollo 2030 (END) señala diez restricciones al desarrollo nacional que deben ser afrontadas para aumentar la calidad de vida de la población. Vale resaltar tres de estas restricciones por su trascendencia social y su

[6] Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú y República Dominicana.



impacto directo en el bienestar de las categorías más desprotegidas: baja calidad de la educación, deficiencia en la provisión de servicios de salud y crecimiento sin suficiente empleo decente.

Tomando en consideración lo anterior, el presente perfil resume las principales informaciones sobre la situación general y las tendencias en la República Dominicana respecto a temas relacionados con protección social. Específicamente, presenta el panorama demográfico, económico y de servicios sociales, con un énfasis particular en los aspectos que afectan de manera diferenciada a mujeres y hombres.

Demografía

Con una superficie de 48,311 kilómetros cuadrados (ONE 2013a), la República Dominicana ocupa algo más de los dos tercios orientales de la isla Española, en el centro del Archipiélago de las Antillas. Por superficie, así como por población, es la segunda isla más grande de la región del Caribe.

Las cifras del *Censo Nacional de Población y Vivienda 2010* (ONE 2012) arrojan una población de 9,445,281 personas en diciembre del 2010, de las cuales 4,739,138 son hombres (50.17%), superando por primera vez al número de mujeres, estimadas en 4,706,243 (49.83%). La diferencia existente de unas 32,795 personas de sexo masculino, para un índice de masculinidad de 101 hombres por cada 100 mujeres, es producto probablemente de fenómenos migratorios[7]. Solo en el grupo de

[7] Por ejemplo, la *Primera Encuesta Nacional de Inmigrantes ENI-2012* revela que la inmigración laboral internacional es de predominio masculino (UE, UNFPA y ONE 2012).

edad de 65 años el número de mujeres sobrepasa al de los hombres, por la mayor longevidad biológica de las mujeres.

En el 2010 el 74.4% de la población habitaba en zona urbana, un incremento de diez puntos porcentuales respecto al 63.6% que se había registrado como población urbana en el censo del 2002. En este mismo período la población rural ha registrado una caída, al pasar de 36.4% en el 2002 a 25% en el 2010.

Las grandes tendencias mostradas por el censo son un crecimiento poblacional y fecundidad en descenso, una cierta estabilización de la mortalidad, un aumento de la población en edad productiva, con disminución de la tasa de dependencia, y un aumento de la población adulta mayor.

En la siguiente tabla, que presenta la distribución de la población por zona de residencia, se muestran diferencias importantes según sexo, con un predominio femenino en las zonas urbanas y un predominio masculino en las zonas rurales. Solo en el grupo de edad de 0-14 años los varones son mayoritarios en las zonas urbanas, en razón de que nacen más varones que mujeres. En las zonas rurales, el déficit de mujeres se manifiesta en todos los grupos de edad y es mucho mayor que el déficit de hombres observados en las zonas urbanas.

TABLA 2.1 POBLACIÓN POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA

EDAD EN GRANDES GRUPOS	SEXO	ZONA DE RESIDENCIA		
		URBANA	RURAL	TOTAL
0 - 14	Hombres	1,037,647	388,049	1,425,696
	Mujeres	1,018,578	364,653	1,383,231
	Total	2,056,225	752,702	2,808,927
15 - 64	Hombres	2,222,425	808,414	3,030,839
	Mujeres	2,320,729	697,652	3,018,381
	Total	4,543,154	1,506,066	6,049,220
65 y más	Hombres	189,050	93,453	282,503
	Mujeres	225,146	79,485	304,631
	Total	414,196	172,938	587,134
Total	Hombres	3,449,122	1,289,916	4,739,038
	Mujeres	3,564,453	1,141,790	4,706,243
	Total	7,013,575	2,431,706	9,445,281

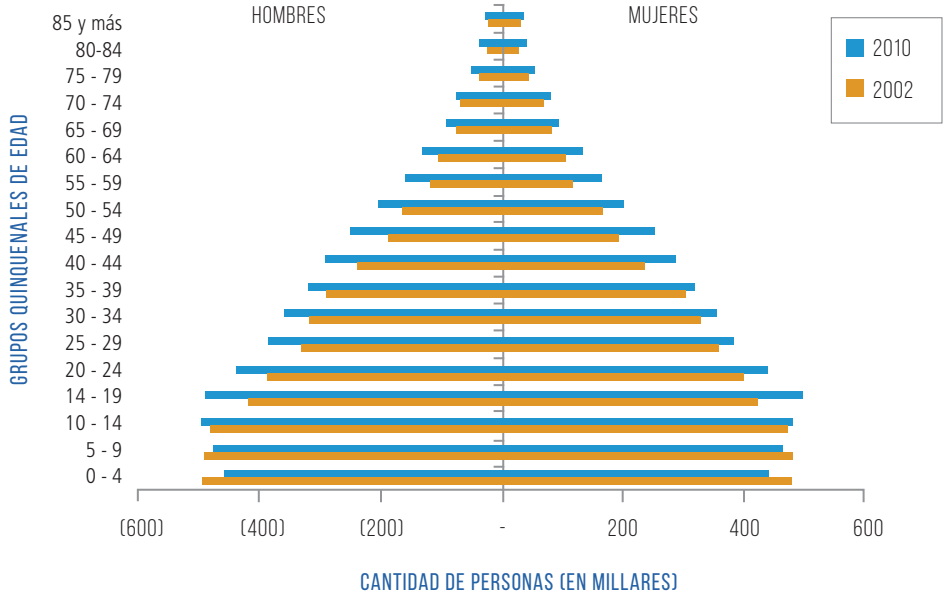
Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda 2010 (ONE 2012).

Al igual que en los demás países de América Latina y Caribe, la demografía de la República Dominicana ha sido impactada fuertemente en las últimas décadas por la disminución de la tasa

de mortalidad en conjunto con la disminución de la tasa de fecundidad. El país experimentó una caída de la tasa global de fecundidad (TGF) de 7.6 a 2.5 en los quinquenios 1950-1955 y 2005-2010. Paralelamente, se ha constatado un aumento considerable de la esperanza de vida al nacer en el mismo periodo, de cerca de 25 años a nivel nacional[8].

La población del país se encuentra entonces en pleno proceso de transición demográfica[9], en consecuencia, la población infantil y joven cada vez tiene un peso relativo menor, mientras la población en las edades avanzadas empieza hacerse cada vez más importante. En tal sentido, la mayor tasa de crecimiento poblacional por edad se verifica entre las personas de 35 años y más,

GRÁFICO 2.1 PIRÁMIDE POBLACIONAL DE LA REPÚBLICA DOMINICANA, AÑOS 2002 Y 2010



Fuente: Censos 2002 y 2010.

que en el año 2010 ha llegado a representar alrededor del 34.9% (ONE 2012).

Cabe resaltar que en la relación de defunciones mujer/hombre se registra una considerable reducción a favor de las mujeres; en el 2010 las muertes de mujeres se redujeron a 58 por cada 100 hombres, mientras que en el 2004 la relación era de 73 mujeres por cada 100 hombres (MMUJER 2012).

[8] La esperanza de vida es «el número promedio de años que vivirían los integrantes de una cohorte hipotética de personas que permaneciese sujeta a la mortalidad imperante en la población en estudio desde su nacimiento hasta su extinción» y la TGF «se interpreta como el número de hijos que, en promedio, tendría cada mujer de una cohorte sintética de mujeres no expuestas al riesgo de muerte desde el inicio hasta el fin del periodo fértil y que, a partir del momento en que se inicia la reproducción, están expuestas a las tasas de fecundidad por edad de la población en estudio» (Chackiel et al. 1997, 79 y 112).

[9] La transición demográfica es el cambio de una etapa de tasas de mortalidad y fecundidad altas a otra etapa de valores más bajos.

En conjunto, los cambios medidos por estos indicadores causan una modificación paulatina de la estructura por edades y género del país (gráfico 2.1, ONE 2013) que se encamina hacia un proceso de envejecimiento moderado, es decir, en el futuro una proporción cada vez mayor de la población nacional se encontrará en edades intermedias o avanzadas.

Estos fenómenos demográficos necesitan ser tomados en cuenta en la definición, organización y planificación de los servicios de protección social. Por ejemplo, estos fenómenos configuran la oportunidad del llamado «bono demográfico»[10] que tiene lugar en esta fase del proceso analizado, debido a la más favorable razón entre la cantidad de personas activas y las personas dependientes. Esto no solo afecta a la economía del país, sino también a los sistemas de protección social.

Los datos de los Censos 2002 y 2010 y de la Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo ENFT 2008 y 2013 (Banco Central 2014) coinciden en revelar una tendencia hacia una rápida disminución de la tasa de dependencia general en la última década[11]. Al calcular de manera separada la tasa de dependencia de la población infantil (0-14 años) y de la población envejecida[12] (más de 65 años) se evidencia, de manera coherente a las tendencia ya identificadas, que el mayor aporte a la disminución de la tasa de dependencia general se deriva de la disminución relativa de la población infantil en comparación con la población en edad de trabajar. Por otro lado, se observa un aumento de la tasa de dependencia de la población envejecida, como efecto del aumento de este grupo poblacional.

Aunque el denominador que se utiliza internacionalmente para el cálculo de la tasa de dependencia es la población en edad de trabajar (14-65 años), es importante destacar que —como se verá en el análisis del mercado laboral— en la República Dominicana solo una parte limitada de esa población es económicamente activa en comparación con los demás países de la región.

TABLA 2.2 TASA DE DEPENDENCIA DE LA POBLACIÓN DOMINICANA 2002-2003

TIPO TASA	CENSO 2002	ENFT 2008	CENSO 2010	ENFT 2013
Tasa dependencia general	64.07%	58.39%	55.03%	55.97%
Tasa dependencia población infantil (0-14)	55.66%	47.97%	46.10%	43.79%
Tasa dependencia población envejecida (65 y más)	8.41%	10.43%	8.93%	12.18%

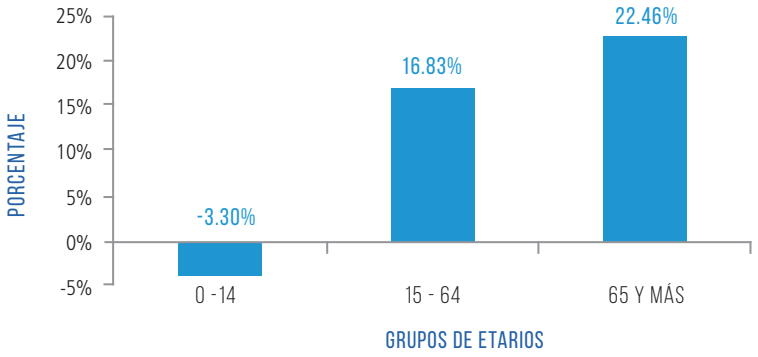
Fuente: elaboración sobre la base de ENFT 2008 y 2013 y Censo 2002 y 2010.

[10] Se refiere al período en que las tasas de dependencia descienden y alcanzan mínimos históricos, proporcionando una oportunidad para el incremento de las tasas de ahorro y el crecimiento de las economías como ha sucedido en países del sudeste asiático (CEPAL 2008).

[11] La tasa de dependencia es el índice demográfico que expresa, en forma de tasa y en porcentaje, la relación existente entre la población dependiente y la población productiva de la que aquella depende. En las estadísticas internacionales se suele simplificar la definición de ambas poblaciones en términos de edad. En este cálculo se obvia el hecho de que una parte importante de la población en edad laboral no es población activa (es decir, no está incorporada al mercado de trabajo por una u otra razón). Suelen utilizarse los segmentos de edad limitados por los 15 y los 65 años.

[12] La Ley 352-98, artículo 1, define como envejeciente a «toda persona mayor de 65 años».

GRÁFICO 2.2 CRECIMIENTO PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN DIVIDIDA EN GRANDES GRUPOS ETARIOS, REPÚBLICA DOMINICANA, AÑOS 2002 Y 2010



Fuente: Censos 2002 y 2010.

Aunque en la República Dominicana el bono demográfico ya se está produciendo desde hace varios años, es importante destacar que los beneficios asociados a este período no se dan de manera automática[13] ya que «para que este bono se convierta en beneficios reales para la sociedad, se requiere que las transformaciones de la población sean acompañadas por fuertes inversiones en capital humano, en especial en la juventud. Fundamentalmente, se necesitan políticas educativas y de empleo adecuadas e integrales, para aprovechar los beneficios del bono sobre la cobertura educativa y potenciar sus efectos sobre la reducción de la pobreza y el desarrollo sostenible» (CEPAL 2008, 9).

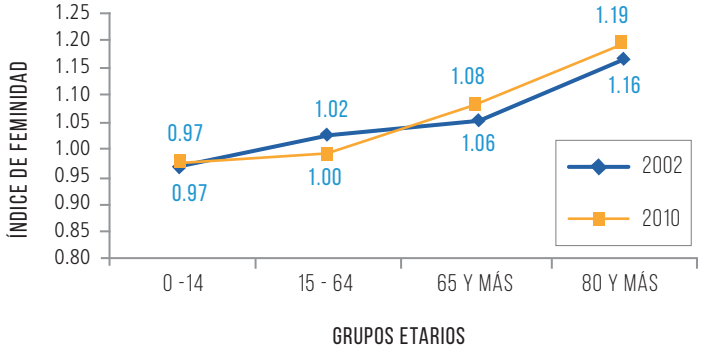
Según datos recogidos en los Censos del 2002 y 2010, los adultos mayores fueron los que tuvieron el aumento más alto (22.5%) con respecto a otros grupos de edad, tal como se observa en el gráfico 2.2 (ONE 2013). La ONE proyecta que para el año 2020 las personas de 65 años y más constituirán el 7.35% de la población total, porcentaje que, según los datos del Censo 2010, era 6.22%. Esto implicaría un incremento significativo en solo una década. «Si la disminución de la tasa de dependencia está considerada como una oportunidad, el rápido avance que tiene el envejecimiento en el país puede implicar una mayor fragilidad de los servicios que deben ser garantizados por el Estado, debido a que la población en edad de retiro dependerá cada vez más de una menor proporción de personas activas en labores económicas. Como se ha mencionado, la mayoría de este grupo etario está constituido por mujeres, de manera además creciente» (ONE 2013, 2).

Según el índice de dependencia económica —que indica el peso que representa para la economía nacional el asegurar y mantener los derechos fundamentales de salud y condiciones de vida

[13] En el 2008 la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) en su informe *Panorama Social de América Latina* estimaba que la ventana de oportunidad se iniciaría en el año 2010 y se cerraría alrededor del año 2048.

digna para quienes requieren retirarse de la vida laboral debido a la edad[14]— en el 2010 había casi 9 personas adultas mayores (65 años y más) por cada 100 edad de trabajar (personas de 15 a 64 años). Según la ENFT, en el 2013 esta relación ya había alcanzado el número de 12 por cada 100 (Banco Central 2014).

GRÁFICO 2.3 ÍNDICE DE FEMINIDAD POR GRANDES GRUPOS ETARIOS, REPÚBLICA DOMINICANA, AÑOS 2002 Y 2010



Fuente: ONE (2013).

Cabe destacar que, como muestran los datos de la ONE, el envejecimiento poblacional es un fenómeno principalmente femenino, a consecuencia de una mayor esperanza de vida de las mujeres. Esta situación en el país se ha acentuado en el periodo 2002-2010: hay una proporción mayor de mujeres en los grupos de 65 y 80 años y más, como se observa en el gráfico 2.3. Esto sugiere que, a medida que la población avance en sus fases de envejecimiento, se observará una tendencia a que cada vez haya más mujeres que hombres en este grupo, lo que pone de manifiesto la importancia de la aplicación de políticas diferenciadas por género para responder a realidades particulares.

Migración

De acuerdo a los resultados de la *Primera Encuesta Nacional de Inmigrantes ENI-2012* (ONE, UNFPA y UE 2012) el total de inmigrantes en la República Dominicana es de 524,632 personas, cifra que representa el 5.4% del total de la población del país. La población nacida en Haití representa el 87.3% del total de inmigrantes y se estima en 458,233 personas.

[14] En otras palabras, muestra el peso que recae sobre las personas que se supone cotizan en el sistema de seguridad social (SDSS) por cada envejeciente que, en potencia, depende económicamente del sistema. Sin embargo, la precisión de este indicador puede verse seriamente afectada por la realidad dominicana debido a que el nivel de informalidad en el país es muy elevado y no está captado en él.

Esta población inmigrante es mayoritariamente de sexo masculino (65.4%), en plena edad productiva (53.9% entre 20 y 34 años[15]) y con un predominio de nivel educativo bajo (un 28.3% de analfabetos y un 47.8% con nivel primario), así como con documentación de identificación personal limitada (el 51.9% dispone de cédula de identidad personal y el 37.8% dispone de pasaporte). Las mujeres representan solo el 35.6% de las personas inmigrantes. Unos dos tercios de estos inmigrantes han logrado insertarse en la fuerza laboral del país en ramas y ocupaciones diversas. Asimismo, se reporta que el 46.0 % asiste a algún centro educativo público (67.1%) o privado (32.5%).

Sus ocupaciones son diversas y corresponden a trabajadores de ambos sexos no calificados (42.1%), calificados (26.9%), servicios de ventas y labores administrativas (18.2%), labores agropecuarias (12.8%) y labores gerenciales y de nivel profesional y técnico (1.5%). Su actividad laboral se concentra en el 88.5% de los casos en cuatro ramas de actividad económica, a saber, el sector agropecuario (35.7%), la construcción (25.9%), el comercio (16.5%) y otros servicios (10.4%).

No obstante, esta inserción laboral haitiana es más bien irregular, a juzgar por la importancia del trabajo asalariado ocasional y a destajo (47.6 %). Además, el 91.8% de esta población trabajadora no tiene seguro de salud y una alta proporción (62.2 %) no tiene pasaporte. A la par, se reporta que solo un 12% dispone de un contrato de trabajo escrito.

La distribución geográfica de estos inmigrantes muestra que ya no están confinados únicamente en bateyes cañeros, sino distribuidos en la geografía nacional en función de la ubicación de sus empleadores.

Por otra parte, este estudio también dispone de información sobre la población nativa en el país descendiente de inmigrantes haitianos o de parejas mixtas dominico-haitianas, cifrada en 209,912 personas. El estudio también suministra evidencias que permiten comparar las condiciones de vida y trabajo de las personas trabajadoras inmigrantes, trabajadores nativos de origen inmigrante y nativos nacionales, constatándose la existencia de brechas importantes que les desfavorecen si se comparan con los parámetros prevalecientes en la población general del país. Estas evidencias sugieren que los inmigrantes haitianos y sus descendientes nacidos en el país constituyen grupos poblaciones que se encuentran entre las más vulnerables.

Un informe elaborado por la Oficina de Desarrollo Humano (ODH) para el Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD), indica que «la situación social de este grupo es en general peor que la del 20% más pobre de la población dominicana» (ODH 2010, 133-134).

Por último, es importante señalar que en el país hay más mujeres emigrantes que hombres emigrantes. Según la Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR) del 2007 (ONE 2009), el 52.7% de las personas emigrantes fueron mujeres. Igualmente, hay más hogares con jefatura femenina que tienen algún miembro emigrante, lo que explica el hecho de que las remesas son más frecuentes en este tipo de hogares.

[15] En el país este rango de edad representa el 26.6%.



Jefatura de hogar por sexo

De acuerdo a los datos ofrecidos por las ENHOGAR para los años 2005 y 2011 (ONE 2005 y 2011), los hogares dirigidos por mujeres representaban un 32% en el 2005 y un 38% en el 2011, experimentando un crecimiento de 6 puntos porcentuales durante ese periodo. En zona urbana los hogares encabezados por mujeres son más frecuentes (73%) que los encabezados por hombres (61.6%) (ONE 2011).

Sobresale el hecho que los hogares con jefatura masculina están conducidos por hombres que en su mayoría (77%) están casados o en unión (ONE 2011). En el caso de los hogares con jefatura femenina, se reporta con mucha más frecuencia viudez, divorcio, separación o soltería (67%), lo que indica que en este caso la jefatura de hogar está asociada a la disolución de una unión o a su ausencia (MMUJER 2012 y ONE 2011). Los hogares monoparentales de jefatura femenina registran una tasa de pobreza de 20.1%, mientras que los demás presentan una de 12.9%.

En cuanto a la vivienda y servicios básicos, las mayores diferencias entre hogares con jefatura masculina y femenina se encuentran en la mayor proporción de posesión de bienes durables como nevera y estufa en el caso de las mujeres, mientras que si el jefe es un hombre hay mayor presencia de vehículos de transporte como automóviles y motores. Como indicador de nivel socioeconómico, esto sugiere una situación más precaria para los hogares encabezados por mujeres (MMUJER 2012).

Aún más significativo es que, según datos de la encuesta ENHOGAR 2011, en la semana anterior a la cual se realizó la entrevista solo el 43.1% de las mujeres jefas de hogares declararon haber tenido un empleo o trabajo remunerado, contra el 80.8% de los hombres jefes de hogares (ONE 2011).

Economía e inversión social

En las últimas décadas, el PIB de la República Dominicana ha experimentado un elevado crecimiento, superior al promedio de la región de América Latina y el Caribe[16], reflejado en incrementos sustanciales en el ingreso per cápita que han permitido que el país se coloque en la franja alta de los países de ingreso medio, según la clasificación del Banco Mundial. Su principal actividad generadora de divisas es el turismo y su segunda fuente son las remesas de los dominicanos y dominicanas residentes en el exterior.

Entre el 2001 y 2011 la economía creció anualmente 5.3% en promedio y sobrepasó la tasa de crecimiento de la región que es de 3.4% (Banco Mundial 2014). Como resultado, el ingreso per cápita se incrementó del 2000 al 2010 en 45%, pasando de US$ 2,793 a US$ 4,049. En ese mismo periodo el ingreso per cápita de América Latina y el Caribe presentó un crecimiento anual promedio de 2.2%, comparado con el 3.8% de República Dominicana.

No obstante, persisten grandes diferencias socioeconómicas entre la población del país, con una elevada concentración del ingreso en los grupos altos, lo que se traduce en indicadores socioeconómicos relativamente pobres, elevadas tasas de desempleo, amplio sector informal, elevados porcentajes de población en situación de pobreza, entre otros indicadores agregados.

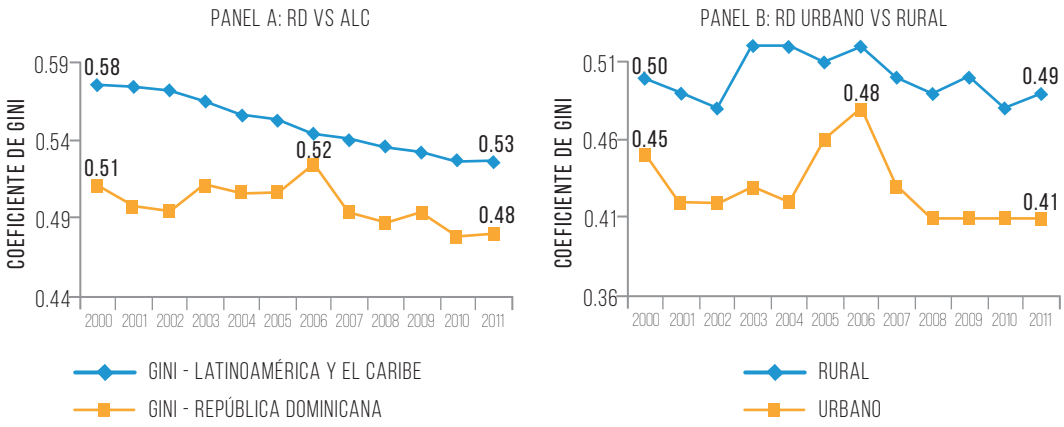
Un informe del Fondo Monetario Internacional (FMI 2012, citado en UNICEF 2013) asigna a la República Dominicana la novena posición entre los países de la región según el PIB total, por encima de Uruguay, Costa Rica y Panamá. Sin embargo, la gran desigualdad que caracteriza a la sociedad dominicana se evidencia en el índice de desarrollo humano (IDH) (PNUD 2013): el país ha mejorado cuatro posiciones en los últimos cinco años y se ubica en la posición 96 de un total de 187 países en el IDH, pero cuando se incorpora la desigualdad en el índice, el país cae 15 posiciones. Los rezagos más importantes se encuentran en los indicadores de salud y educación. Según el IDH, el país ocupa el lugar 23 de 33 naciones de América Latina y el Caribe (PNUD 2013), la región más desigual del mundo según la CEPAL.

A lo largo de la década pasada, el promedio anual nacional del Coeficiente Gini (que mide la inequidad en la distribución del ingreso) disminuyó moderadamente, impulsado sobre todo por una mejora en la distribución del ingreso en las áreas rurales, pasando de 0.51 a 0.48 entre los años 2000 y 2011 (Banco Mundial 2014, UNICEF 2013).

Si bien el gasto público social se ha incrementado en términos absolutos, el gasto público social en términos del porcentaje del PIB se ha reducido y promedia un 8%, muy por debajo del promedio regional que se sitúa en un 15.5% del PIB (CEPAL 2012). Con respecto a la política social, se destaca la ausencia de programas de protección social que sean sostenibles y que conduzcan no solo a un alivio de la pobreza de las familias, sino también al empoderamiento de las mismas y a su contribución al desarrollo económico y social del país.

[16] Mientras el promedio regional ha rondado el 3.5%, en el país el crecimiento económico ha sido de un 5%, como resultado de la estabilidad democrática y de la relativa capacidad de transformación de la economía (Banco Mundial 2014).

GRÁFICO 2.4 COEFICIENTE DE GINI EN REPÚBLICA DOMINICANA



Nota: El coeficiente de Gini para la República Dominicana y ALC se basa en el ingreso per cápita.

Fuente: Estimaciones propias del equipo de trabajo basadas en ENFT 2000-2011 y en SEDLAC, la Base de Datos Socio-económicos para ALC (SEDLAC, por su siglas en inglés).

Fuente: Banco Mundial.

TABLA 2.3 COEFICIENTE DE GINI (2000-2011)

ÁREA	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Total	0,510	0,497	0,494	0,511	0,506	0,506	0,524	0,493	0,487	0,493	0,478	0,480
Rural	0,448	0,417	0,418	0,431	0,415	0,455	0,484	0,434	0,408	0,413	0,412	0,411
Urbana	0,498	0,489	0,483	0,516	0,515	0,507	0,520	0,500	0,489	0,500	0,482	0,486

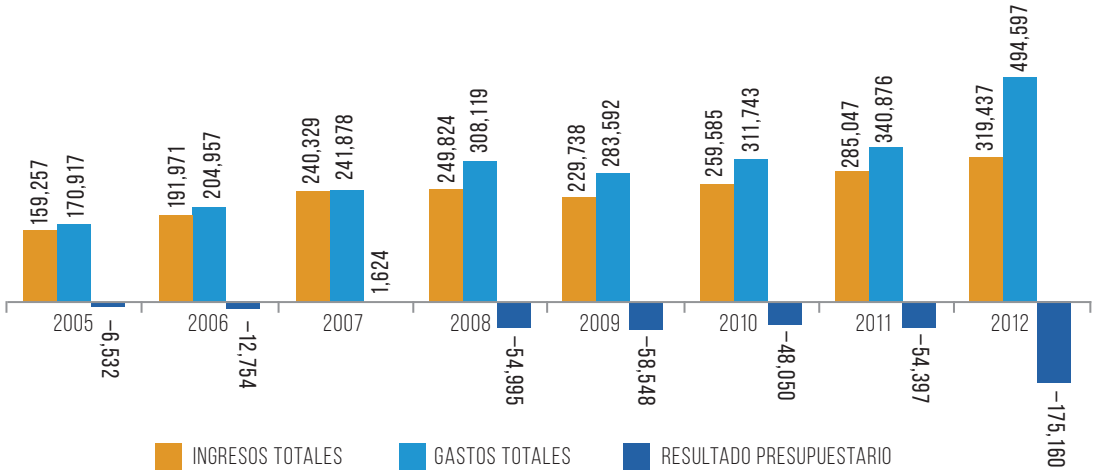
Fuente: Banco Mundial (2014, 9).

Por los efectos derivados de la crisis bancaria en 2003-2004 y la crisis financiera internacional en 2009, «la República Dominicana ha experimentado situaciones de fuerte estrés que han impactado negativamente en la estabilidad de su economía, en su inserción competitiva en la economía mundial y en su capacidad de mantener los niveles de crecimiento económico y generación de los empleos necesarios para vivir con dignidad» (UNICEF 2013, 15). A partir del año 2010, el crecimiento económico ha sido menor a lo previsto y ha estado por debajo del 4%, lo que ha disminuido la capacidad del Estado dominicano para asumir nuevos compromisos sociales. Aun así, UNICEF (2013) señala que, gracias al aumento de la inversión social y, en particular, a programas

de protección social, se ha logrado disminuir los altos niveles de pobreza provocados por la crisis bancaria de 2003[17].

La crisis financiera internacional ha repercutido con una disminución relativa del gasto social (Fundación Plenitud 2009). Una de las principales razones ha sido la disminución de las recaudaciones fiscales y la alta carga para las finanzas públicas generada por subsidios, en primer lugar al precio de la electricidad (UNICEF 2013). En la actualidad la posibilidad de intervención del Gobierno en asuntos sociales ha sido obstaculizada por la política de déficit fiscal de los últimos años y el consecuente crecimiento de la deuda pública generado por la gestión presidencial anterior. En los últimos años, casi un 40% del Presupuesto de la Nación se destina al pago de deuda pública, por lo que queda un margen estrecho de dinero para la implementación de políticas públicas, programas efectivos de protección social y provisión de servicios básicos.

GRÁFICO 2.5 **EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA 2005-2012 (EN MILLONES DE RD$)**



Fuente: Selman (2013, 4).

En noviembre de 2012, se promulgó la Ley 253-12 para el Fortalecimiento de la Capacidad Recaudatoria del Estado para la Sostenibilidad Fiscal y el Desarrollo Sostenible. El objetivo de la ley es generar ingresos vía tributación para contribuir a financiar, en un contexto de déficit fiscal y reestructuración del gasto, la implementación de la Estrategia Nacional de Desarrollo (END) 2010-2030. Esta última contempla, entre otros objetivos, una mayor inversión en educación pública, expansión de los programas sociales en salud y protección social, y el apoyo a los sectores productivos.

[17] En el 2002 se inició el Seguro Familiar de Salud en el régimen subsidiado y en el 2007 el Seguro Familiar de Salud en el régimen contributivo, los mismos que han permitido avances en la cobertura de la protección contra riesgos de salud. De igual forma, se ha expandido el programa de transferencias condicionadas, establecido en el 2004.

La tasa de pobreza para el 2011 ha sido estimada en 40.4%, lo que equivale a más de 4 millones de personas; mientras que la extrema pobreza es de un 11.7%, equivalente a más de 1 millón de personas (Banco Mundial 2014). Estos niveles son mayores a los registrados en el año 2000, aunque con una tendencia a la lenta disminución, y no se corresponden con la categoría asignada por organismos internacionales, que ubican al país como uno de renta media.

Un aspecto importante es la característica particular de la evolución de la pobreza en República Dominicana, que muestra una respuesta asimétrica a los ciclos económicos. Comparado con otros países de la región, la tasa de pobreza en la República Dominicana es especialmente sensible a los choques económicos (Banco Mundial 2014).

Aunque el PIB disminuyó tan solo 0.3% en el 2003, la pobreza se elevó en un 52%. En cambio, en un periodo de recuperación en la República Dominicana que se caracterizó por un fuerte crecimiento económico, en el cual se logró alcanzar, por ejemplo, tasas de alrededor del 10% real anual en el 2005 y el 2006, solo se pudo reducir a la mitad el incremento en la pobreza registrado en la crisis 2003-2004 (Banco Mundial 2014).

Por otro lado, existe una tendencia a que la pobreza en la República Dominicana se vuelva cada vez más urbana. Si bien la pobreza es todavía más elevada en las áreas rurales que en las urbanas, la brecha entre las dos ha disminuido en la última década. La razón principal es que ha ocurrido un incremento neto en la pobreza urbana después de la crisis económica (Banco Mundial 2014).

TABLA 2.4 TASAS DE POBREZA MODERADA Y EXTREMA (2000-2011)

LÍNEA DE POBREZA	ÁREA	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Moderada	Total	32,0	32,8	32,7	41,5	49,8	47,8	44,2	43,6	44,2	42,1	41,6	40,4
	Rural	47,3	47,5	47,2	55,4	59,9	57,0	54,0	51,8	55,2	50,8	50,4	48,4
	Urbana	23,7	24,8	24,9	33,9	44,8	42,8	38,8	39,1	38,8	37,9	37,3	36,5
Extrema	Total	8,1	7,8	8,7	12,0	15,5	16,6	13,7	13,2	13,4	11,8	11,4	10,2
	Rural	14,7	13,2	16,1	19,4	22,9	23,7	19,8	18,4	20,6	17,9	16,9	15,3
	Urbana	4,6	4,9	4,8	7,9	11,4	12,6	10,4	10,4	9,9	8,8	8,7	7,7

Fuente: Banco Mundial (2014, 9).

Servicios Públicos

Salud

En la República Dominicana el gasto público en salud, incluyendo la Seguridad Social, a través de la historia ha sido relativamente bajo, manteniéndose en 2.2% en promedio como porcentaje del PIB entre el 2002 y el 2010 (MEPYD 2012). En consecuencia, su financiamiento se caracteriza por una alta proporción de gasto privado, principalmente proveniente del aporte de las familias. El

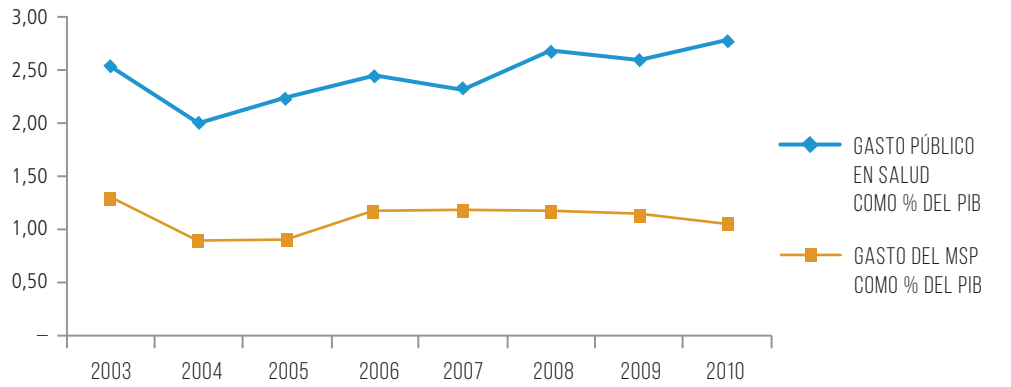
Banco Mundial (2014b) estima que el gasto desembolsado por el paciente en el país representó en el 78.9% del gasto privado en salud en el 2012.

Las informaciones oficiales sobre servicios de salud provienen sobre todo del Ministerio de Salud Pública y del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS). El SDSS ha aumentado su cobertura y participación a partir del 2007, cuando se inició la implementación del Seguro Familiar de Salud (SFS) del régimen contributivo, y con el desarrollo del régimen subsidiado, a través de la creación del Seguro Nacional de Salud (SENASA). Con ambos regímenes, en abril del 2013 existía una cobertura de 5,147,157 de personas afiliadas al Seguro Familiar de Salud, equivalente al 53% del total de la población. De esa población afiliada, 54.46% lo estaba al régimen contributivo, 44.95% al régimen subsidiado y 0.59% al régimen especial (CNSS 2013). Mientras que el régimen contributivo subsidiado, definido en la ley para cubrir a trabajadores por cuenta propia, todavía no se ha iniciado, ni se han realizado aún los estudios necesarios para establecer su factibilidad. Esto último, unido a las restricciones del presupuesto público y a los altos niveles de desempleo y empleo informal, limitan considerablemente el avance hacia la universalidad contemplada en la Ley 87-01 aprobada en 2001.

Es importante destacar que en el 2010 el gasto en salud del Ministerio de Salud Pública apenas alcanzó un 1.2% del PIB nacional. Si a esto se agregan los gastos de los demás agentes financieros públicos, incluyendo la Seguridad Social, el gasto público como proporción del PIB se eleva a un 3.2% (MEPYD 2012), muy por debajo de las metas propuestas en el Plan Decenal de Salud, que establece una inversión de un 4% del PIB. Esta baja inversión se refleja en el pobre desempeño mostrado por el país en indicadores básicos de salud.

Si bien en los últimos años la República Dominicana ha logrado algunas mejoras en los indicadores de educación y salud, estos siguen por debajo del nivel que corresponde al ingreso del país. Pese a la cobertura casi universal de los partos institucionales y a la asistencia calificada los

GRÁFICO 2.6 COMPARACIÓN PORCENTUAL DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD Y GASTO DEL MSP VS. PIB



Fuente: MEPyD (2012, 354).

mismos, en el informe sobre el Estado Mundial de Población 2012 del UNFPA, la República Dominicana vuelve a quedar en los peores niveles continentales en mortalidad materna y en embarazos de adolescentes. La tasa de mortalidad materna en América Latina y Caribe (LAC) es 81 por cada 100,000 nacidos vivos; en República Dominicana es 150. Asimismo, la tasa de natalidad en adolescentes a nivel mundial es 49 por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años y la de la región LAC es 79; mientras que en la República Dominicana es 98 (UNFPA 2012). También la tasa de mortalidad infantil es muy elevada (28 por cada 1,000 nacidos vivos). Esta situación viene interpretada comúnmente como el reflejo de una deficiente calidad en el sistema de salud, lo que demanda cambios urgentes.

Educación

Un indicador importante del desarrollo humano de los países es el nivel educativo de su población. El sistema educativo dominicano ha logrado mejorar significativamente su cobertura en las últimas décadas, sobre todo en el nivel de educación básica. Sin embargo, sigue manteniendo fuertes problemas de calidad, que se ponen de manifiesto en los resultados de las pruebas nacionales anuales, así como de evaluaciones regionales que colocan al país entre las peores posiciones de la región en materia educativa (UNICEF 2013). De no superarse, estas debilidades afectarán de manera negativa el desarrollo de la población infantil y adolescente en el futuro inmediato.

En la República Dominicana hay más de 1.1 millones de personas de seis años en adelante que no saben leer ni escribir, que representaban un 13% de la población en el 2010 (ONE 2013b). En el censo del año 2002 la tasa de analfabetismo era de 16% lo que significa que en toda una década este valor solo disminuyó tres puntos porcentuales. Mientras que la tasa de analfabetismo de adultos (15 años y más) es de 12.8% (851,396 personas analfabetas). En la población de más de 55 años de edad, el porcentaje de mujeres analfabetas es mayor que el de hombres, pero esta situación se invierte en los grupos menores de 55 años, en los que el analfabetismo masculino supera al femenino (ONE 2013b). Este indicador pone de manifiesto la importancia de políticas específicas de alfabetización de adultos, dirigidas sobre todo a mujeres, dado el efecto positivo que pueden tener sobre el bienestar familiar y la autonomía. Si el bajo nivel socioeconómico limita el acceso a servicios, el bajo nivel educativo y el consecuente desconocimiento sobre conductas saludables interfieren en el logro de conductas preventivas de salud y en la toma de decisiones informadas a este respecto.

El país ha logrado mantener una tendencia hacia la paridad de género en el sistema educativo. La escolaridad promedio es mayor en la población femenina, que para el 2011 había cursado en promedio 8.7 años de educación, mientras que el promedio de la población masculina era de 8.1 (MMUJER 2012). Ambas poblaciones se matriculan de manera preferencial en los centros educativos del sector público (73%), aunque la paridad de sexos es mayor en la matriculación de los colegios privados. En las zonas urbanas la matrícula de las mujeres supera la de los hombres, mientras que en las zonas rurales la proporción de hombres matriculados excede ligeramente a la proporción de mujeres.

Según los datos aportados por el MINERD, el alumnado de nacionalidad dominicana representa el 98% del total matriculado en los tres niveles de la enseñanza preuniversitaria a inicios del año



lectivo 2010-2011, dato que parece indicar una subrepresentación de los grupos de otras nacionalidades presentes en el país, sin presentar diferencias por sexo (MMUJER 2012).

Respecto a los indicadores de cobertura y escolaridad, el déficit mayor se ubica en el nivel inicial de la enseñanza, siendo apenas menor entre las niñas. Para el año 2000 en el nivel inicial solo estaba matriculado el 29% de los infantes de 3 a 5 años de edad. En 2011 la brecha no se había reducido significativamente ya que el incremento en la cobertura fue de apenas 2.3 puntos. Un factor que sin duda incide en el déficit de cobertura del nivel inicial es la limitada obligatoriedad de la enseñanza inicial pública ya que, según la Ley General de Educación, el Estado solo debe asumir el último año de dicho nivel (preprimario).

En la educación básica, en el año 2011 la tasa de matriculación pasó a ser superior en las mujeres, que aventajaban en 11 puntos porcentuales a los varones, con tasas netas de matriculación de 66.5% y 55.5% respectivamente. La tasa neta de asistencia de las mujeres es de 56.4%, frente a la de los varones que es de 45.9%, con una diferencia de 10 puntos porcentuales. En general, la población femenina reporta tasas menores de analfabetismo.

La mayor cobertura del sistema educativo dominicano se registra en el nivel básico, con una tasa neta de matriculación de 94.8% en el 2011. Sin embargo, si se considera que la Ley General de Educación 66-97 establece que el nivel básico es obligatorio para todos los habitantes del país de 6 a 13 años, resulta significativo el déficit en la cobertura del nivel básico, de alrededor de un 5%. Cabe destacar que el déficit no es menor no obstante la importante presencia del sector privado que para 2010-2011 cubría el 24.5% del total inscrito en este nivel.

Hay que apreciar los esfuerzos que se están haciendo en los últimos años en el sector educativo, en términos de estímulo a la oferta. Entre otras medidas, se destacan: la asignación presupuestaria del 4% del Producto Interno Bruto para la educación preuniversitaria; la firma en abril del 2014 del Pacto Nacional por la Reforma Educativa que incluye acuerdos y compromisos de distinta naturaleza consensuados a través de un proceso participativo, que contó con la intervención de actores del sistema educativo dominicano, de instituciones del Gobierno central, del Consejo Económico Social, representantes de la sociedad civil, partidos políticos, expertos y expertas sectoriales y otros actores de la sociedad dominicana; el proceso que se está llevando a cabo de revisión del currículo escolar para introducir un enfoque de género y derecho; y, no de menor importancia, la política social de la Jornada Escolar Extendida (que por ahora se está aplicando en un grupo piloto de escuelas, elegido en base a criterios, entre los cuales figuran: la disposición de las escuelas, los índices de vulnerabilidad, la baja matricula, compromisos de los padres, etc.) que para el periodo 2012-2016 espera alcanzar el 80% de la población estudiantil dominicana (1,600,000 estudiantes de todo el país) con una jornada extendida de ocho horas formativas.

Con relación a la Jornada Escolar Extendida —cuyo principal objetivo es garantizar a todos los estudiantes la promoción de su desarrollo pleno e integral contribuyendo a superar los niveles de pobreza y de exclusión social— hay que resaltar los potenciales efectos secundarios para las familias vulnerables beneficiarias, como por ejemplo: menores gastos de bolsillo por parte de las familias cuyos hijos participan en el programa al recibir como parte del mismo los textos escolares y una alimentación adecuada (desayuno, almuerzo y merienda), lo que incidiría también de manera positiva en la salud.

Las mayores horas de escolaridad impactan en las familias, sobre todo en las mujeres debido a que se reduce la carga del cuidado doméstico y aumenta el tiempo libre para dedicarlo a otras actividades, entre estas potencialmente las laborales.

La política Educativa 7 del Plan Decenal de Educación (2008-2018), ejecutada a través de los planes estratégicos del MINERD y por medio del Instituto Nacional de Bienestar Estudiantil (INABIE), establece el apoyo a las poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad con el fin de reducir los niveles de desigualdad.

El INABIE se encarga en esencia de la ejecución del Programa de Alimentación Escolar (PAE) y desarrolla actividades dirigidas a afrontar de manera integral la condición de salud y nutrición de los niños, niñas y adolescentes del sistema educativo público dominicano, coordinando con el Ministerio de Salud las campañas de salud (jornadas de desparasitación, entrega de micronutrientes, talleres educativos para la difusión y orientación para promover hábitos de higiene y prácticas de vida que garanticen el mejor estado de salud de las familias, además de otros programas como los de salud bucal, auditiva y visual).

El INABIE, mediante el Programa de Nutrición, desarrolla el Programa de Alimentación Escolar (PAE) que beneficia a 1,458,000 estudiantes de los niveles inicial y básico (UNFPA 2012). Se aplica en tres modalidades: PAE urbano marginal, PAE-Raciones Escolares con Alimentos Locales (REAL) y PAE fronterizo. Además, realiza capacitaciones sobre alimentación y nutrición a los directores de centros y las madres que cocinan en el PAE REAL y PAE fronterizo, otorgándoles material educativo para enriquecer sus conocimientos.

Los Programas de Apoyo Estudiantil consisten en la distribución de uniformes y útiles escolares y los Programas de Participación Estudiantil promueven la integración de los estudiantes en clubes y cooperativas escolares.

En el nivel medio, a pesar de un aumento del 20% entre el 2000 y el 2011 de la cobertura de la matrícula escolar, todavía se mantienen fuera del aula el 39% de quienes deberían participar de este nivel de formación.

Es evidente la dificultad demostrada que tiene el país para elevar el nivel educativo de la población. Las cifras indican que, en promedio, la población de 15 años y más solo alcanza el 8º grado de escolaridad, un grado más de lo que se registraba hace 10 años. Las mujeres aventajan ligeramente a los hombres en la escolaridad promedio (Banco Central 2014).

TABLA 2.5 ESCOLARIDAD PROMEDIO DE LA POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS

AÑOS	TOTAL	HOMBRE	MUJER
2000	7.3	7.2	7.4
2011	8.4	8.1	8.7
Incremento 2000-2011	1.1	0.9	1.3

Fuente: MMUJER (2012, 73).

Las instituciones educativas y el propio Ministerio de Educación utilizan un conjunto de indicadores para medir la eficiencia interna o institucional, entre los cuales se encuentran las tasas de sobre-edad, deserción o abandono, repitencia y promoción. La tasa de repitencia presenta marcadas diferencias por sexo, siendo para el nivel básico de 9.5% para estudiantes de sexo masculino y 4.7% para estudiantes de sexo femenino, una diferencia de alrededor 5% a favor de las mujeres. En general, para todos los grados la tasa de repitencia es más elevada entre los varones.

En lo que respecta a la deserción o abandono escolar se registran valores que oscilan entre 3% y 5%, siendo más altos en los grados de primero y octavo. Las diferencias en las tasas de deserción por sexo según grado de escolaridad son menos evidentes.

En el área de la educación técnico-profesional para el periodo 2007-2011 las estadísticas reportadas por Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional (INFOTEP) indican que en los cursos realizados a este nivel han participado más de un 1,700,000 personas, de las cuales 50.2% son mujeres y el 49.8% son hombres. Aunque estas cifras indican una paridad entre los géneros, las carreras técnicas en las cuales hay un predominio femenino elevado (entre 75% y 100% de egresadas) corresponden a campos y labores que tradicionalmente han sido adscritos a las mujeres y desempeñados por estas, en particular, en los sectores de comercio, hotelería y servicios (MMUJER 2012). La otra cara de la moneda es el alto predominio masculino en la formación dentro del área técnica.

Finalmente, la extraordinaria presencia femenina en la educación superior no guarda relación con su participación en los ámbitos de toma de decisiones. A partir de 1993 la cantidad de mujeres matriculadas en instituciones de educación superior empezó a sobrepasar de manera creciente a la cantidad de hombres. El índice de feminidad en el 2009 fue de 179 mujeres por cada 100 hombres para el total de las instituciones de educación superior, de 193 para la universidad pública y de 169 para el conjunto de universidades privadas. Sin embargo, el índice de feminidad se revierte en aquellos centros que presentan una concentración de la formación ofertada en áreas tecnológicas e ingenierías, y en los institutos castrenses. Esta singularidad pone en evidencia que las mujeres todavía están en minoría respecto a los hombres en áreas claves del conocimiento, como lo son las tecnologías de punta. Asimismo, es notable la baja proporción de mujeres en la

TABLA 2.6 CANTIDAD DE ESTUDIANTES MATRICULADOS EN LAS QUINCE CARRERAS CON EL MAYOR NÚMERO DE ESTUDIANTES, POR SEXO, REPÚBLICA DOMINICANA, 2009

CARRERAS	MATRÍCULA			ÍNDICE DE FEMINIDAD
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	
Total carreras	372,433	133,421	239,012	1.79
Total 15 carreras	279,337	96,925	182,412	1.88
1. Contabilidad	37,036	10,462	26,574	1.88
2. Derecho	31,181	13,089	18,092	2.54
3. Administración de empresas	29,665	11,106	18,559	1.67
4. Mercadeo	27,700	9,189	18,511	2.01
5. Medicina	27,648	8,568	19,080	2.23
6. Psicología	25,516	2,156	22,750	8.26
7. Ingeniería civil	15,689	10,994	4,695	0.43
8. Licenciatura en informática	12,809	7,591	5,218	0.69
9. Ingeniería industrial	12,626	7,855	4,771	0.61
10. Educación básica	12,258	1,594	10,664	6.69
11. Turismo	11,201	2,521	8,650	3.44
12. Ingeniería de sistemas	10,701	5,646	5,055	0.9
13. Comunicación social	9,040	1,869	7,171	3.84
14. Arquitectura	8,235	3,481	4,754	1.37
15. Educación inicial	8,032	205	7,827	38.18

Fuente: MMUJER (2012, 95).

totalidad de los cuerpos docentes universitarios y la pobre representación femenina en las rectorías de instituciones de educación superior.

Un aspecto a ser tomado en cuenta al momento de decidir e implementar políticas públicas en beneficio de la juventud dominicana es la altísima proporción de la población entre 15 y 24 años que no estudia ni trabaja. Las estadísticas revelan que en el 2011 más de una quinta parte (20.3%) de los jóvenes con edades entre 15 a 24 años ni estudiaba ni trabajaba, con un incremento de 0.8% respecto al año 2000 (Banco Central 2014).

Los datos indican, además, que el absentismo de la escuela y del trabajo remunerado es más elevado entre las mujeres, pero permanece sin variación entre el 2000 y el 2011, mientras que entre los hombres hay una tendencia en alza.

Con la excepción de la reducción del analfabetismo entre los años 2000-2011, no se han producido grandes cambios en el nivel de escolaridad del total de la población.

TABLA 2.7 PORCENTAJE DE JÓVENES DE 15 A 24 AÑOS QUE NO ESTUDIAN NI TRABAJAN

AÑOS	TOTAL	HOMBRE	MUJER
2000	19.5	10.9	27.9
2011	20.3	14.7	26.3
Incremento 2000-2011	0.8	3.8	-1.6

Fuente: MMUJER (2012, 73).

Igualdad de género

La desigualdad socioeconómica por razones de género, reseñada por CEG-INTEC (2012), persiste entre hombres y mujeres y sigue caracterizando el desarrollo del país. El índice de desigualdad de género en la República Dominicana la coloca en el lugar 109 de 187 países, destacándose el alto índice de mortalidad materna y la baja tasa de participación en la fuerza de trabajo de la población femenina (51% contra 78.6% de los hombres en la población de mayores de 15 años) (PNUD 2013).

En el ámbito de la salud, tal y como se mencionó anteriormente, la República Dominicana se ubica en los peores niveles continentales referidos a mortalidad materna y embarazos de adolescentes. La tasa de mortalidad materna mundial es 210, en América Latina y Caribe es de 81, mientras que en el país es 150; la tasa de natalidad en adolescentes a nivel mundial es 49, la de LAC es 79, mientras que la dominicana es 98 (UNFPA 2012).

Estos indicadores revelan los altos niveles de pobreza y la baja calidad de la educación y de los servicios de salud. La alta tasa de embarazo en adolescentes está asociada con el inicio temprano

de la vida sexual. A nivel nacional, siete de cada diez hombres de 18 a 24 años y el 51% de las mujeres de este grupo iniciaron su vida sexual antes de cumplir los 18 años (CESDEM 2008). En la misma línea, el 20.6% de las adolescentes ha estado alguna vez embarazada[18], siendo la gran mayoría de estos embarazos no deseados y con consecuentes efectos en la deserción escolar. Además, el embarazo a temprana edad crea limitaciones en las adolescentes para su inserción oportuna en el mercado laboral, favoreciendo una reproducción del círculo de la pobreza (Pérez 2010).

Es de destacar que, en las últimas cuatro décadas, el Estado dominicano ha dado pasos de avance en relación al compromiso con políticas de igualdad y equidad de género, como lo evidencia la creación del Ministerio de la Mujer en 1999 cuya misión expresa es estimular políticas públicas en favor de la equidad de género y el pleno ejercicio ciudadano de las mujeres. La Constitución de 2010 y la Estrategia Nacional de Desarrollo (Ley 01-12) también consagran el principio de igualdad y equidad entre géneros.

En el 2007 el Ministerio de la Mujer presentó el Plan Nacional de Igualdad y Equidad de Género (PLANEG II) que busca orientar el trabajo de esta institución en la promoción de un cambio de cultura impulsado desde del Estado y la sociedad en su conjunto, el cual contribuya a solucionar los principales problemas que enfrentan las mujeres por razones de discriminación y desigualdad de género. El propósito expreso del PLANEG II es asegurar que la perspectiva de género se introduzca de modo transversal en las políticas públicas que ejecuta el Estado dominicano.

A pesar de estos logros, existen limitaciones significativas en la aplicación práctica de los compromisos del Estado en materia de equidad e igualdad de género. En particular, se mantiene una baja asignación presupuestaria al Ministerio de la Mujer, lo que impide financiar plenamente las actividades necesarias para lograr las metas planteadas. El informe de CEG-INTEC (2012, 7) expresa: «en el 2011, el presupuesto asignado al Ministerio de la Mujer fue solo el 1.17% del presupuesto general de la nación. Esta situación se viene verificando desde hace años, pues en el 2010 a este Ministerio le fue asignado menos del 1% del presupuesto nacional». Otras limitaciones son la poca visión del liderazgo político y de los funcionarios públicos en general sobre la importancia de la participación de la mujer para la promoción del desarrollo social, económico y político; así como la falta de mecanismos institucionales y de normativas prácticas para lograr un seguimiento efectivo a las instituciones gubernamentales encargadas de implementar políticas de igualdad.

Violencia contra las mujeres

La violencia familiar, intrafamiliar o doméstica es una de las variantes más dañinas y expandidas de la violencia contra la mujer. En la República Dominicana este tipo de violencia constituye un serio problema de salud pública y una de las principales restricciones de los derechos fundamentales de las mujeres, pues vulnera su integridad física, su bienestar emocional y su entorno familiar, social y laboral. Además de ocasionar daños a la salud y al desempeño educativo de los niños del

[18] En el caso de la región Sur, la más empobrecida de la nación, se registran embarazos de adolescentes por encima del 30%.

hogar, atenta contra los derechos humanos fundamentales de la víctima y mella su salud física y psicológica produciendo situaciones que pueden tener consecuencias extremas como la muerte (MMUJER 2012).

Según las estadísticas de la Procuraduría General de la República (PGR), la violencia intrafamiliar es el delito más frecuente en el país, con 24 de cada 100 hechos delictivos clasificados dentro de ese tipo en 2009 (MMUJER 2012). De acuerdo con la Encuesta Demográfica y de Salud 2007 (ENDESA) (CESDEM 2008), el 20% de las mujeres reporta haber experimentado violencia física en algún momento luego de los 15 años; en el caso de las mujeres alguna vez casadas o unidas, en el 88.6% de los casos de violencia el agresor es su pareja o expareja.

De 190 feminicidios reportados en el año 2005, se pasó a 210 casos en el año 2010, lo que representa un incremento de 10% para este período. Según estimaciones de la PGR, cada feminicidio deja en la orfandad entre 2 y 3 infantes o adolescentes.

Las personas jóvenes son las principales víctimas y victimarias de la violencia homicida, situación que constituye un serio problema social, económico y de salud para la sociedad dominicana. Estudios e investigaciones realizados lo relacionan directamente con el déficit de oportunidades, altas tasas de desempleo y reconocidos problemas de inversión, eficiencia y calidad en el sistema educativo dominicano, en particular en el nivel secundario.

Participación de las mujeres en espacios de poder

La primera ley de cuota electoral en país a favor de las mujeres se creó en 1997 y estableció una cuota mínima de candidatura femenina del 25%. Esta cuota fue llevada a un 33% en el año 2000 para cargos de regidoras y diputadas por la Ley No. 12-2000 que rige en la actualidad, pero deja fuera del sistema de cuotas a los puestos para senadoras. Igualmente, la Ley 13-2000 de Organización Municipal establece una cuota paritaria de 50% de mujeres en las alcaldías y vicealcaldías.

A pesar de estas disposiciones legales, en la práctica, las mujeres distan de tener una participación igualitaria en los espacios de poder político en la República Dominicana. El número más alto de senadoras electas se registró en las elecciones del 1970, cuando fueron elegidas cuatro mujeres en la Cámara Alta. En la actualidad en el Senado hay esa misma cantidad de mujeres, al incorporarse a las tres senadoras electas una mujer designada en el escaño correspondiente a la provincia de El Seybo. Con esto las mujeres representan apenas el 12.5% de la matrícula total del Senado, mientras que en la Cámara Baja las mujeres constituyen el 20.8% (MMUJER 2012).

En el Gobierno central, de un total de 268 cargos directivos (incluyendo ministros, secretarios generales, directores, gobernadores y otros cargos de alto nivel) registrados en el 2009, solo 41 eran ocupados por mujeres, lo que equivale al 15.3%. En cuanto al poder judicial, en el 2012 las mujeres representaban el 25% de los jueces de la Suprema Corte de Justicia, el 23.1% del Tribunal Constitucional y el 20% del Tribunal Superior Electoral.

Un dato a resaltar es que, al igual que en la Judicatura, en el Ministerio Público se observa una total o elevada feminización de los cargos que se ocupan de atender los casos concernientes a niños, niñas y adolescentes: Procurador General de Corte de Apelación de Niños, Niñas y Adoles-



centes (86%), Procurador General Adjunto de Corte de Apelación de Niños, Niñas y Adolescentes (100%), Procurador Fiscal de Niños, Niñas y Adolescentes (74%), y Procurador Fiscal Adjunto de Niños, Niñas y Adolescentes (74%).

Las cifras anteriores evidencian que, pese a la amplia participación en el campo social, académico y laboral, prácticas de orden cultural restringen el acceso de las mujeres a ámbitos institucionales de toma de decisiones.

Grupos poblacionales en situación de alta vulnerabilidad

Personas con discapacidad

De acuerdo al Censo 2010, existía ese año un total de 1,160,847 personas viviendo con algún tipo de discapacidad en la República Dominicana, cifra equivalente al 12.41% de la población nacional. La prevalencia de discapacidad era mayor en las mujeres, que componían el 56% de la población con discapacidad, mientras que los hombres constituían el restante 44%. Igualmente, es mayor la prevalencia de discapacidades en personas entre los 45 y 60 años. La mayoría de las personas con discapacidad en el país residen en zonas urbanas (73.44%) y sobre todo en las provincias con mayor densidad poblacional: Santo Domingo, Distrito Nacional y Santiago.

La discapacidad más frecuente en la población dominicana, según el Censo 2010, es la visual, que afecta al 8.34% de la población. A esta le sigue la dificultad para caminar o subir escalones (3.47%), la dificultad para recordar o concentrase (2.83%) y la dificultad para mover una o ambas piernas (2.68%).

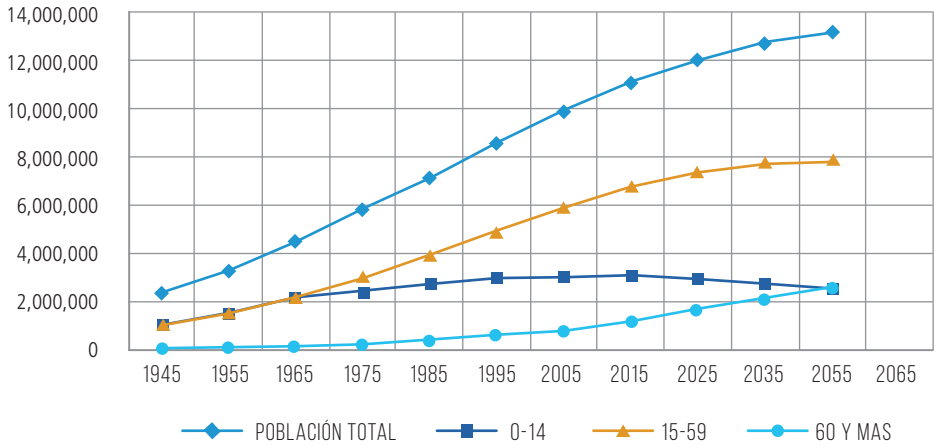
Tanto el nivel educativo como el nivel de inserción laboral de la población con discapacidad es significativamente más bajo que el del resto de la población, lo que evidencia la condición desfavorable en la que se encuentra este grupo poblacional. Mientras el analfabetismo afecta al 12.8% de la población de 15 años y más del país, entre la población de la misma edad que sufre algún tipo de discapacidad el porcentaje de analfabetismo se eleva a 22.94%. En cuanto a la inserción laboral, el 72% de la población con discapacidad mayor de 10 años declaró no tener empleo o trabajo, según el Censo 2010. Más preocupante aún es que el 67% de esta población no cuenta con ingresos y el 54.37% pertenece a hogares de los grupos socioeconómicos muy bajo, bajo o medio bajo, con el agravante de que 50.40% tienen la jefatura del hogar.

Es importante resaltar que las limitaciones que impone la discapacidad en la vida de una persona dependen, en gran medida, de la adecuación de su entorno para responder a sus necesidades. En este sentido, es responsabilidad del Estado dominicano promover políticas para superar el limitado acceso de estas personas a servicios básicos como salud, educación, rehabilitación y empleo, así como para garantizar su participación en las distintas áreas de la vida sin discriminación.

Personas de avanzada edad

Como ya se mencionó, la República Dominicana está pasando por un proceso de transición demográfica, en que la disminución de la tasa de fecundidad, junto al aumento de la esperanza de vida, incrementa el peso relativo de la población envejeciente. Esta última pasó de representar un 8% de la población total dominicana en el 2002 a un 9.1% en el 2010, de acuerdo a datos censales. En el 2010 el índice de envejecimiento fue de 30.5, la relación de dependencia de 14.8 y la edad promedio de 29 años, dos años superior a la de 2002.

GRÁFICO 2.7 EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN DOMINICANA, POR GRUPO DE EDADES



Fuente: Censo 2010.

Para el 2010 existían en el país 587,134 personas de 65 años y más. Entre esta población existe una mayor prevalencia femenina, con 6 mujeres en promedio por cada hombre, de acuerdo al Censo 2010 (ONE 2013d), producto de la mayor esperanza de vida de la población femenina. Aunque no se observan diferencias significativas en el nivel educativo entre mujeres y hombres de este grupo poblacional, es importante destacar que el 53% de envejecientes tienen un nivel educativo de primaria, mientras que el 23% no cuenta con ningún tipo de preparación. Estos bajos niveles de instrucción, de seguro, han incidido e inciden de modo negativo en las posibilidades que esta población tuvo y tiene para desempeñarse en el sector laboral formal, y por lo tanto, para acceder a mecanismos de protección social que le permitan un retiro con un ingreso suficiente. En consecuencia, un 70% de esta población vive en condiciones de pobreza.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo ENFT-2012 (Banco Central 2014), la tasa de ocupación total de la población envejeciente dominicana es de 35%, con mayor ocupación entre los hombres (52%) que entre las mujeres (19%). Es importante destacar que esta ocupación se concentra en el sector informal, por lo que no garantiza una pensión para el momento del retiro: por cada persona adulta mayor que labora en el sector formal, alrededor de 10 laboran en el sector informal. Esta tendencia a la informalidad afecta mayormente a las mujeres de este grupo etario: el 95.2% de las mujeres, en comparación con el 85.4% de los hombres, se desempeñan en el sector informal, mientras que solo el 4.8% de las mujeres y el 14.6% de los hombres se desempeñan en el sector formal.

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%). En contraste, un mayor porcentaje de mujeres inactivas reciben ingresos por remesas (37%) o ayudas del Gobierno (26%), frente a los hombres (respectivamente 25% y 16% en dichos rubros). Esto significa que los hombres inactivos tienden a recibir un ingreso más estable y constante en relación con las mujeres, cuyos ingresos tienden a ser de alta volatilidad y dependencia.

Todo lo anterior evidencia la necesidad de que el Estado dominicano diseñe políticas que garanticen la protección de la población adulta mayor y su acceso a ingresos mínimos adecuados. Estas políticas también deben tomar en cuenta las diferencias internas de este grupo, en particular la situación desventajosa de las mujeres envejecientes, que, a pesar de constituir la mayoría de este grupo poblacional, manifiestan menores niveles de inserción tanto en ocupaciones remuneradas, como en el sector formal, así como menor acceso a ingresos por pensión.

Niños, niñas y adolescentes

El Censo 2010 estimó que un 36% de la población total de la República Dominicana (9.4 millones)

tenía menos de 18 años (3.4 millones). Esta población infantil y adolescente enfrenta serios retos, especialmente debido a la condición de pobreza en que vive gran parte de la población, así como por las deficiencias de cobertura y calidad de los servicios básicos como educación, salud, sanidad y agua potable.

De acuerdo a UNICEF (2012), la incidencia de la pobreza infantil total en República Dominicana se estimaba en un 49.3% para 2007 y la pobreza extrema en 7.7%, sin diferencias significativas entre la población infantil masculina y femenina. Sí existe, sin embargo, una fuerte diferencia en la incidencia de pobreza infantil entre zonas urbanas y rurales, siendo esta última 1.46 veces más alta: «De cada 10 niños, niñas y adolescentes residentes en las zonas rurales, 6.3 eran pobres, mientras que en las zonas urbanas, 4.5 eran pobres» (ob. cit. 29).

Estos altos niveles de pobreza expresan necesidades insatisfechas, exclusión y vulnerabilidad. A pesar de los esfuerzos realizados por el Estado dominicano y los avances significativos en la protección de la niñez en las últimas décadas, existen aún grandes retos a superar. Entre los graves problemas que afectan a los niños, niñas y adolescentes en la República Dominicana UNICEF (2012) destaca:

- Los altos niveles de embarazo en adolescentes. «La República Dominicana ocupa el quinto lugar en la ocurrencia de embarazos a temprana edad en la región, solo superada por Nicaragua, Honduras, Venezuela y Ecuador. Según ENHOGAR 2009- 2010, el 22.1% de las adolescentes de 15 a 19 años se había embarazado al menos una vez. No se evidencian cambios respecto al 2006 (21.2%)» (ob. cit., 44).
- La mortalidad neonatal (desde el nacimiento hasta los primeros 28 días), que se ha mantenido en 22 y 23 por mil nacidos vivos entre los años 2002 y 2007, de acuerdo a ENDESA. Una gran parte de estas muertes son evitables si se garantizase personal adecuado, parto limpio, bioseguridad y una eficaz gestión de la atención hospitalaria.
- Bajo peso al nacer (menos de 2.5 kilogramos), condición que constituye un riesgo importante para la salud del recién nacido, y se asocia a una precaria alimentación de la madre. «La ENHOGAR 2009-2010 estimó el porcentaje de [niños con] bajo peso al nacer en 12.4%, lo que representa un ligero aumento respecto a la ENHOGAR del 2006, que lo situó en un 11%» (ob. cit., 46).
- Morbilidad, relativa a enfermedades infecciosas que mantienen una alta prevalencia en la población infantil. Las enfermedades más comunes en este colectivo son de tipo diarreico y respiratorio. Las primeras se vinculan a la falta de acceso a agua potable y saneamiento, así como a los bajos niveles de instrucción en prácticas de higiene; según la ENHOGAR 2009-2010 tienen una prevalencia de 15.8% en menores de 5 años.
- Una de las tasas de lactancia materna más bajas del mundo, con solo 7.8% de lactancia exclusiva entre 0 a 6 meses, según ENDESA 2007, y una duración promedio de lactancia de apenas 0.5 meses. Posiblemente relacionado con lo anterior, existe un alto nivel de desnutrición aguda (5.6%) de los bebés de 0 a 6 meses de edad.
- Si bien a lo largo de las últimas décadas la desnutrición infantil se ha reducido de forma apre-

ciable, en años más recientes la reducción ha sido menos intensa. En el 2007, de acuerdo a ENDESA, el porcentaje de desnutrición infantil en el país era de 7.2%.

- La falta de documentos de identidad. «El 20.8% de la población de 0 a 5 años carece de registro de nacimiento, cifra que se sitúa en el 41% para el quintil más pobre y en las regiones más pobres de la zona fronteriza, lo que supone dejar expuestos a cientos de miles de niños y niñas a vivir sin existencia oficial y privados de los servicios básicos» (UNICEF 2012, 85).

Un elemento importante que afecta el bienestar de la niñez y adolescencia dominicana es el fuerte flujo migratorio, compuesto en gran parte por mujeres, muchas de las cuales son madres en plena edad productiva. Esto ha dado lugar a que muchas madres dejen a sus hijos al cuidado de otros familiares o amistades, lo que implica una serie de riesgos y vulnerabilidades para la población infantil involucrada que inciden en su desarrollo psicoafectivo y coartan su derecho a vivir en una familia.

Otro aspecto sumamente importante y que incide en el bienestar de estos grupos tiene que ver con el estado del sistema educativo. Como se vio en el acápite anterior sobre educación, existen todavía brechas importantes a nivel de cobertura, sobre todo en el nivel inicial y medio. A nivel de calidad, todavía sigue siendo un desafío mejorar los estándares del sistema educativo dominicano, caracterizado por la sobre-edad, la repitencia y el abandono, así como por malos resultados tanto en las pruebas nacionales como en distintas pruebas internacionales. A manera de muestra, un 36.5% de los niños de nivel básico asisten con rezago, ya sea por haber ingresado con una edad mayor a lo establecido, haber repetido uno o más cursos, o haber abandonado los estudios de forma temporal. La tasa bruta de culminación de la educación básica es de un 75.5%, 71.4% para los varones y 79.7% para las mujeres (UNICEF 2012).

Por último, vale destacar que la población infantil dominicana está expuesta a altos niveles de violencia en hogares, instituciones y espacios públicos, así como a ser víctima de trata y tráfico, fenómeno poco documentado y del cual no se dispone suficiente información sobre la cantidad de niños y niñas víctimas del mismo (UNICEF 2012).

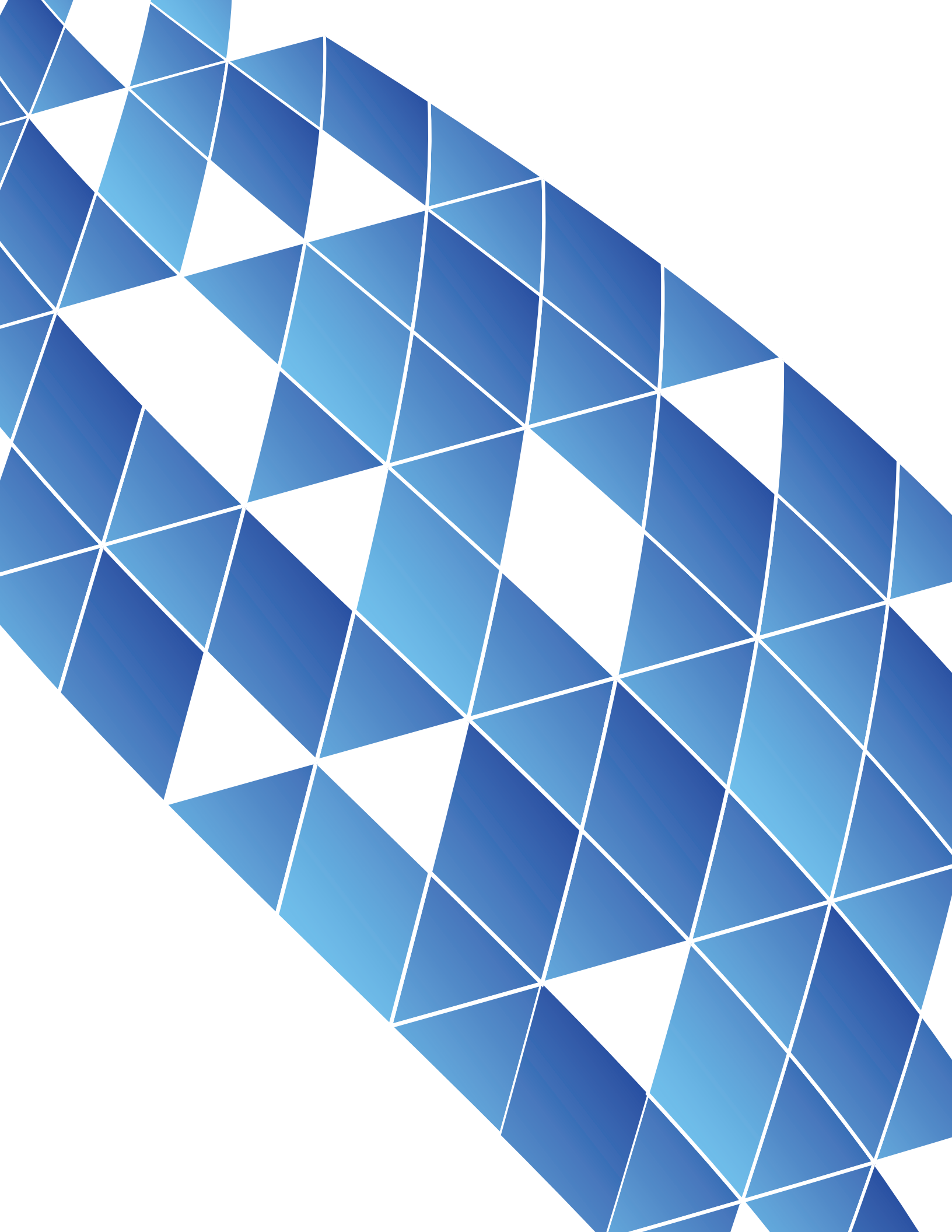
Conclusiones

A pesar de los avances logrados, la República Dominicana enfrenta grandes retos en materia socioeconómica para mejorar la calidad de vida de sus habitantes en general y de la población femenina en particular. Los indicadores económicos positivos de las últimas décadas no se han traducido en mejoras significativas en cuanto a empleo, pobreza, educación, salud e igualdad.

Superar las restricciones que enfrenta gran parte de la población en el país requiere, como un paso inmediato, mejorar la inversión social, que en la actualidad alcanza el 8% del PIB, muy por debajo del promedio de 14% de América Latina y el Caribe (UNICEF 2013).

Enfrentar con eficacia los desafíos señalados requiere, además, una política de población que atienda adecuadamente los factores demográficos que inciden en el tamaño y distribución espacial de la misma. El país pasa por un proceso de transición demográfica, caracterizado por una

disminución de la tasa de fecundidad y de la mortalidad general, así como de importantes movimientos migratorios internos y externos. En el 2002 la población infantil constituía el 40% del total; hoy es el 36%. Las proyecciones de población indican una fuerte disminución de su crecimiento en los próximos 20 años, lo que puede ser una oportunidad para mejorar las estrategias de inversión social, con el fin de asegurar el bienestar de una población que se igualará en tamaño, en ese periodo, a la población en edad productiva.



CAPÍTULO 3

Mercado laboral y género

3. MERCADO LABORAL Y GÉNERO

La situación de las mujeres en el mercado laboral dominicano se caracteriza por avances y desafíos. A pesar de los avances en materia educativa y de inserción en el mercado laboral, se evidencian restricciones para el acceso de las mujeres a un trabajo decente que contribuya a su autonomía económica y que garantice su protección social.

Las mujeres dominicanas han experimentado importantes cambios en sus roles sociales, aunque todavía no se ha podido modificar de manera contundente la segregación ocupacional por género debido a que las mujeres aún realizan las actividades menos valoradas y peor pagadas.

Estructura del mercado laboral dominicano y género

Desde el año 2000 la economía dominicana ha experimentado ciclos alternos de crecimiento (2000-2003 y 2006) y de crisis (2003-2005 y 2009-2010). El crecimiento económico, que ha impactado especialmente en el sector informal y en otros sectores que no requieren alto uso de mano de obra, no ha generado un aumento significativo en la oferta de trabajos de calidad. Según García (2012, 31):

> *"Los nuevos empleos creados en la primera década del siglo XXI reflejan la transformación de la economía dominicana. Los ocupados aumentan con especial intensidad en el sector servicios; todos los subsectores, menos el comercio, han incrementado su población ocupada en más del 40% entre 2000 y 2010. En términos absolutos, destaca el subsecuente de otros servicios, que por sí solo explica el 46% del incremento del empleo en la década. El comercio, las actividades financieras, las actividades relacionadas con el turismo (hoteles, restaurantes), el transporte y las comunicaciones aportan lo esencial de los nuevos empleos de la década (en conjunto, el 94.4%)".*

La creciente tendencia a la informalización del empleo se refuerza en el 2011, año en el cual se estima que más de la mitad (57.3%) de los empleos netos creados fueron informales (Mejía y Ciriaco 2013). En el presente los principales sectores de actividad económica son el turismo, las zonas francas (no obstante estén en retroceso)[19], la

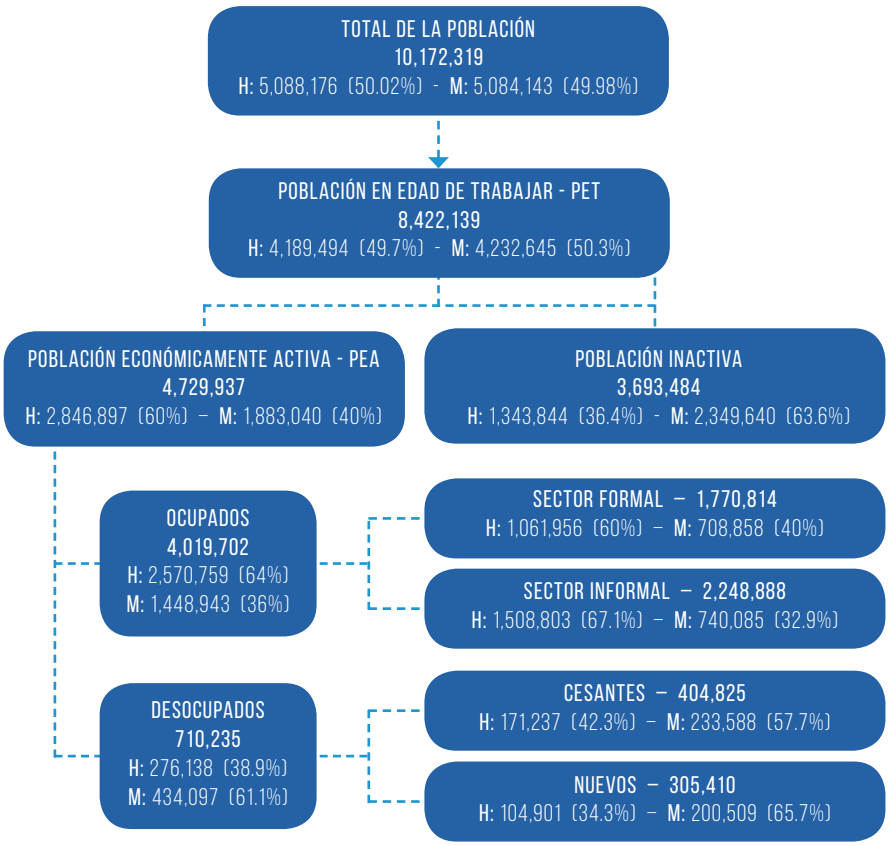
[19] Debido, en parte, a la finalización del Acuerdo Multifibras en 1995.

agricultura (que aporta alrededor del 7.5% del PIB nacional) y otros sectores emergentes como el de las telecomunicaciones (García 2012).

Geográficamente, siempre según el análisis de García para la ONE (2012), los sectores intensivos en mano de obra, como zonas francas y servicios, se concentran en las dos principales ciudades del país (Santo Domingo y Santiago de los Caballeros) y su hinterland (donde también ocurre un alto nivel de subempleo), así como en las localidades turísticas del Este. Las demás áreas del país carecen de fuentes significativas de generación de empleo alternativas a la agricultura.

En la gráfica a continuación se propone una diagramación de la estructura del mercado laboral dominicano actualizada al 2013, realizada tomando como referencia los últimos datos disponibles relativos a la estructura productiva ofrecidos por la encuesta de la Fuerza de Trabajo del 2013 (Banco Central 2014) y desagregados por sexo.

GRÁFICO 3.1 ESTRUCTURA DEL MERCADO LABORAL DOMINICANO 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Nacional de la Fuera de Trabajo (Banco Central 2014).

Tasa de participación femenina

En base a los datos de la Encuesta Nacional de la Fuerza de Trabajo 2013 (Banco Central 2014), se ha calculado la tasa global de participación (TGP = PEA/PET), que es el indicador normalmente utilizado para medir la inclusión de hombres y mujeres en el mercado laboral, es decir, el porcentaje de la población en edad de trabajar (PET) que constituye la población económicamente activa (PEA).

La tasa global de participación se sitúa para el 2013 en 56.1%, la cual muestra un ligero crecimiento respecto al año 2000 cuando era de 55.3%. Esta tasa evidencia una escasa participación de la población en edad de trabajar en el mercado de trabajo, manteniéndose menor respecto a los demás países de la región latinoamericana y caribeña[20].

En este mismo periodo se denota una progresiva incorporación de las mujeres en el mercado de trabajo (ocupadas o en búsqueda activa de trabajo), con un aumento en la tasa de participación femenina desde un 40.8% en el 2000 a un 44.8% en el 2013 y una simultanea disminución en la tasa de participación masculina (que disminuyó de 70.4 a 67.9). No obstante la reducción de la brecha de participación en estos años, la tasa de participación femenina sigue siendo inferior a la masculina en 23 puntos porcentuales.

Entre los múltiples factores que se consideran para explicar este aumento de la participación laboral femenina se destacan algunos comunes al resto de la región como: «la postergación y disminución de la fecundidad, cambios culturales que refuerzan la preferencia por la autonomía individual, la caída de los salarios y la menor estabilidad laboral masculina, el aumento de los hogares con jefatura femenina, el creciente peso del sector servicios en las economías, la urbanización y la proliferación del empleo informal» (CEPAL 2009[21] cit. en García 2012). También hay que resaltar el rol de la progresiva mercantilización de la vida y la consecuente necesidad de ingresos monetarios.

No obstante este aumento, la PEA femenina (40%) sigue siendo de 20 puntos porcentuales inferior a la masculina (60%), brecha que persiste en todos los rangos de edad, y que alcanza sus mayores niveles entre los 44 y 65 años.

En el informe de la situación laboral de las mujeres en República Dominicana (García 2012) y en Mujeres dominicanas en cifras (MMujer 2012) se analiza la tasa de participación laboral femenina tomando en consideración variables como edad, estado civil, nivel educativo, zona rural o urbana. Estos estudios señalan que las mayores tasas de participación laboral femenina corresponden a mujeres entre los 20 y 39 años de edad. Si se analiza conjuntamente el estado civil, se pone de manifiesto que las mujeres casadas en edad reproductiva (entre 25 y 49 años) tienen una tasa

[20] En Panorama Laboral de América Latina (CELAC 2010) la República Dominicana aparece con una tasa de participación global inferior a la media regional, siendo la tasa masculina de tres puntos porcentuales y la femenina de ocho puntos porcentuales menores que las respectivas tasas regionales.

[21] Panorama Social de América Latina (CEPAL 2009).



de participación inferior a las mujeres de la misma edad, pero que están divorciadas, viudas, separadas o solteras. Las mujeres del mismo rango de edad que se encuentran en unión libre son las que menor tasa de participación tienen. El hecho de que el estado civil no influya en la tasa de participación de los hombres en el mismo tramo de edad se debe, por cierto, al diferente rol reproductivo que desempeñan en ámbito doméstico.

Al analizar los datos de la Encuesta Nacional de la Fuerza de Trabajo del 2013 se constata que hay diferencias significativas en la tasa de participación entre zona urbana y zona rural. Mientras la tasa de participación masculina en zona rural (69%) es mayor que la tasa masculina en zona urbana; la tasa de participación femenina en zona rural (36.4%) es de alrededor 12 puntos porcentuales menor que la tasa de participación femenina en zona urbana (48.1%). En la zona rural las mujeres siguen teniendo una muy baja tasa de participación, casi la mitad de la masculina.

Tasa de ocupación femenina y segregación horizontal en el trabajo

Según los datos de la Encuesta Nacional de la Fuerza de Trabajo del 2013 (Banco Mundial 2014), las mujeres representan el 36% de la población ocupada. Solo el 48.9% de las mujeres ocupadas están empleadas en el sector formal, mientras que el 51.1% se desempeña en el sector informal.

La inserción femenina en el mercado laboral se verifica fundamentalmente en el sector informal, en el comercio, servicios personales y domésticos; con una segregación horizontal en los sec-



tores que por tradición se consideran femeninos, caracterizados en la mayoría de los casos por un uso intensivo de mano de obra no calificada, salarios bajos, escaso reconocimiento social y violación a las leyes laborales.

Las mujeres constituyen en la actualidad la mayoría de la fuerza laboral en sectores como «otros servicios» (66.5%) y hoteles, bares y restaurantes (52.6%), además tienen una alta presencia en los campos de intermediación financiera y seguros (54.7%), comercio al por mayor y menor (37.1%), administración pública y defensa (32.5%), mientras que está disminuyendo su presencia en las industrias manufactureras (24.8%) (Banco Central 2014).

Se consideran todavía válidos los análisis realizados por la ONE (García 2012) y el Ministerio de la Mujer (2012) sobre ocupación en los que se toman en cuenta variables como residencia urbana o rural, edad, nivel de estudio y estado civil, según los cuales las mujeres con mayor tasa de inserción laboral son mujeres de zonas urbanas, de edad media (tienen una entrada tardía y una salida temprana del mundo del trabajo) y con estudios superiores, preferiblemente no vinculadas a un hombre y con un número de hijos bajo o nulo.

Las responsabilidades que las mujeres deben asumir en el hogar influyen en la tasa de ocupación, notándose niveles de empleo más elevado entre las jefas de hogar que deben asumir el destino económico de la unidad familiar: en el 2010, el 46.9% de las jefas de hogar resultaban empleadas frente al 39.8% de las mujeres cónyuges de un jefe de hogar (García 2012).

Como resalta García (2012), el subsector «otros servicios» concentraba el 78% del incremento de empleo femenino entre el 2000 y el 2010, y ha pasado de ser el 39% del empleo femenino en el 2000 a suponer el 48.5% (casi la mitad) en el 2010.

Dentro del subsector «otros servicios» se consideran diferentes grupos de actividades que en el 2010 eran (García 2012): enseñanza, salud, esparcimiento y cultura, saneamiento y gestión de residuos, otras actividades de servicios, otras actividades empresariales y servicio doméstico.

Alrededor de la mitad del empleo en el subsector «otros servicios» en el 2010 estaba representada por tres actividades: servicios domésticos, actividades culturales y recreativas, y actividades de servicio. Según García (2012), el 97% del empleo femenino en estas actividades no era calificado y correspondía a personal doméstico, actividades de servicios personales (lavandería y peluquería), taquilleras y cajeras, y similares. En otro orden, el 35% del empleo en este subsector se refería a actividades relacionadas con enseñanza y salud, que implican criterios de calificación significativos.

Otras actividades de amplia participación femenina en el 2010 eran «comercio y hoteles» y «bares y restaurantes» que junto con «otros servicios» acumulaban más de las tres cuartas partes (el 78.7%) del empleo femenino (García 2012).

La ENFT 2013 reportaba 288,635 personas trabajando en servicios domésticos, de las cuales el 92% eran mujeres. Esto equivale al 15.78% del total de la PEA femenina. Este sector ha ido aumentando progresivamente, cobrando un rol importante en la provisión de empleos, sobre todo entre mujeres con baja cualificación (en el 2010 el 65% de las trabajadoras domésticas había completado solo los estudios primarios y el 8% no tenía ningún nivel educativo, porcentajes que bajan a 32.3% y 4.8% entre el total de las ocupadas, según García 2012). Además, se cuenta una mayor presencia de mujeres jefas de hogar (38.9%) entre las trabajadoras domésticas que en la población total de ocupadas (30.4%).

El empleo informal

Según datos de la Encuesta Nacional de la Fuerza de Trabajo (Banco Central 2014) en el 2013, el empleo informal ocupaba al 56% de las trabajadoras y los trabajadores dominicanos. Entre las mujeres, la mitad de las ocupadas (el 51%) tenía un empleo informal y, dentro del total de personas que desempeñaban un trabajo en condiciones de informalidad, el 33% eran mujeres, mientras que el 67% hombres.

Según el análisis realizado sobre los datos de la ENFT del 2010 (García 2012), las probabilidades de tener un empleo informal son mayores para las personas con menor nivel de estudios. Con relación a la situación femenina: el 76% de las mujeres ocupadas con estudios primarios trabajaba en el sector informal, mientras que solo el 18% de las mujeres con estudios universitarios se ubicaba en ese mismo sector; la situación masculina presenta cifras similares.

Otro factor que incide en las probabilidades de tener un trabajo informal está relacionada con la edad: se constataron altas tasas de informalidad en el grupo de edad menor de 20 años, mientras

que la menor tasa de informalidad se encontró en el grupo etario incluido entre los 20 y 29 años (53.9% para los varones y 41.4% para las mujeres en el 2010). La tasa de informalidad sube otra vez por encima del 70% para las personas adultas mayores (de 60 años y más), siendo de 73.70% la masculina y de 76.2% la femenina.

El desempleo

Entre el total de las personas desocupadas en el 2013 (Banco Central 2014b), las mujeres representaban el 61.1%, pudiéndose considerar el desempleo como un fenómeno mayoritariamente femenino.

La tasa de desocupación ampliada, que se mide como relación entre la población desocupada ampliada y la PEA, se estima para el 2013 en 15%, siendo la tasa de desocupación ampliada femenina (23.1%) más del doble de la masculina (9.7%) (Banco Central 2014). En el 2010, de acuerdo al Panorama Laboral de América Latina y el Caribe (OIT 2010), la República Dominicana era el único de los 11 países latinoamericanos y caribeños analizados con más de un quinto de la población activa femenina en desempleo. Este dato no ha mejorado en años recientes.

Las mujeres rurales tienen una tasa de desocupación ampliada del 27.5%, seis puntos porcentuales más alta que en la zona urbana (21.5%), mientras que la tasa de desocupación ampliada masculina es más alta en la zona urbana (10.7%) que en la zona rural (7.8%). Sin embargo, en números absolutos, el desempleo femenino sigue siendo sobre todo urbano: el 70% de las mujeres desempleadas (302,744) residen en zonas urbanas. De estas mujeres, más de la mitad (154,451) viven en la zona metropolitana de Santo Domingo.

TABLA 3.1 TASA DE INFORMALIDAD EN EL EMPLEO, SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS POR SEXO, 2010

NIVEL DE ESTUDIOS	TASA DE INFORMALIDAD	
	HOMBRE	MUJER
Total	59.90%	50.50%
Ninguno	79.40%	81.50%
Primario	72.80%	76.10%
Secundario	53.30%	52.70%
Universitario	23.20%	18.40%
Post-universitario	9.40%	4.80%

Fuente: Elaboración de García (2012) a partir de los datos de la ENFT 2010 (Banco Central 2010).

Otro grupo femenino especialmente vulnerable al desempleo es el de las jóvenes: en el 2010 las mujeres entre los 10 y 19 años de edad tenían una tasa de desocupación del 44.5%, las mujeres entre los 20 y 29 años del 31.1% (lo que corresponde a más del doble de la tasa de desocupación promedio nacional que se situaba en 14.3%).

Así que las personas más afectadas por el desempleo son las mujeres rurales, sobre todo las más jóvenes y con bajos niveles educativos (sin ningún nivel o que no han completado los estudios secundarios).

No hay que subestimar el hecho de que muchas mujeres se ven obligadas a dejar su trabajo para hacer frente a obligaciones familiares asignadas socialmente a las mujeres. En esta situación influye la falta de políticas de conciliación de vida familiar y laboral y de políticas de corresponsabilidad familiar y social.

Inactividad laboral

Según la Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo del 2013 las mujeres representaban el 63.6% de la población inactiva, con una disminución de solo 0.6 puntos porcentuales respecto al 2010, cuando el 42.5% de las mujeres inactivas aportaban como razón de su inactividad la necesidad de dedicarse al trabajo del hogar[22] y el 33.8% el querer seguir con sus estudios (García 2012).

Brecha de género en el ingreso

La diferencia de ingresos en función de género es otra forma de discriminación que caracteriza al mercado laboral dominicano. Según datos de la ENFT, entre el 2000 y el 2011 las mujeres percibieron en promedio un salario mensual 27.5% menor que el de los hombres. La brecha de ingreso desfavorable a las mujeres se debe a la menor duración de la jornada de trabajo y a la menor remuneración horaria. La diferencia en la remuneración horaria es especialmente alta en el grupo entre los 35 y 49 años y caracteriza todos los niveles educativos (a excepción del grupo sin escolaridad); en el 2010 el salario promedio horario era de RD$ 69 para los hombres y RD$ 66 para las mujeres.

La diferencia de ingresos medios entre hombres y mujeres —a favor de los primeros— son una constante en todos los grupos ocupacionales dominicanos, desde la gerencia hasta el trabajo no cualificado, pasando por los grupos técnicos y por los operarios calificados (ODH 2010, citado en García 2012).

La brecha salarial entre hombres y mujeres se produce tanto en ámbito urbano como en ámbito rural, pero aumenta en este último. Los salarios de las mujeres rurales son sustancialmente inferiores a los de las mujeres de las zonas urbanas: las mujeres de zonas rurales ganan por término medio el 62.2% de lo que ganan las mujeres de la zona urbana.

[22] Solo el 1% de los hombres inactivos justificó su inactividad por la necesidad de dedicarse al trabajo del hogar.

Como se puede apreciar en la siguiente tabla, la brecha caracteriza a todos los niveles educativos, reduciéndose solo entre personas con niveles de estudios elevados.

TABLA 3.2 INGRESO MEDIO EN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL DE LAS PERSONAS OCUPADAS QUE RECIBEN INGRESOS POR SEXO, SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS, 2010

NIVEL DE ESTUDIOS	SEXO	
	HOMBRE	MUJER
Total	12,614	10,668
Ninguno	7,434	4,819
Primario	9,820	6,429
Secundario	12,242	8,132
Universitario	23,515	17,301
Post-universitario	51,375	33,702

Fuente: Elaboración de García (2012) a partir de los datos de la ENFT 2010 (Banco Central 2010).

La brecha de género en los ingresos es menor en el sector formal que en el sector informal; mientras que en el sector público las mujeres perciben un salario medio superior al masculino (García 2012).

Según el análisis de la ONE (García 2012), es principalmente el sector informal el que penaliza el nivel de ingreso por hora de las mujeres, identificándose tres grupos ocupacionales que perpetúan esta diferencia de manera más significativa: las empresas del sector privado, el sector de los trabajadores por cuenta propia no profesionales y el empleo de hogar.

Al comparar los salarios medios de la población laboral dominicana con el salario mínimo oficial para las «empresas grandes»[23], fijado en RD$ 9,905[24] desde inicio del siglo[25], se observa que en el 2010 el 60.4% de los trabajadores de ambos sexos cobraba un salario por debajo del mínimo; en esta situación se encontraba el 67.3% de las mujeres[26].

[23] En la República Dominicana existen diferentes salarios mínimos oficiales según los sectores. Estos se utilizan para estimular el desarrollo de determinados sectores de actividad y determinadas zonas del país; en algunos sectores hay salarios mínimos por categoría que funcionan, más que como salario mínimo, como marco regulador de los salarios del sector.

[24] Aplicando el cambio a US$ 1 = RD$ 40, dicho monto equivale a US$ 247.625.

[25] La Organización Internacional del Trabajo (2013) hace una comparación internacional y destaca que la República Dominicana es el único país donde se observa que el poder adquisitivo del salario mínimo presentaba en el 2012 un nivel inferior del que tenía en el 2000 (97.2%), con fluctuaciones durante toda la década.

[26] Sería necesario actualizar estos cálculos tomando en cuenta que en el 2013 la resolución No. 2/2013 estableció el salario mínimo mensual en RD$ 11,292.00 para los que prestan servicios en empresas grandes; RD$ 7,763.00 en las empresas medianas y RD$ 6,880.00 en las pequeñas.

TABLA 3.3 SALARIO POR HORA PROMEDIO DE LAS PERSONAS OCUPADAS CON INGRESOS POR SEXO, SEGÚN FORMALIDAD DEL EMPLEO, 2010

TIPO DE EMPLEO	HOMBRE	MUJER
Informal	RD$ 62	RD$ 49
Formal	RD$ 78	RD$ 79
Promedio	RD$ 69	RD$ 66

Fuente: Elaboración de García (2012) a partir de los datos de la ENFT 2010 (Banco Central 2010).

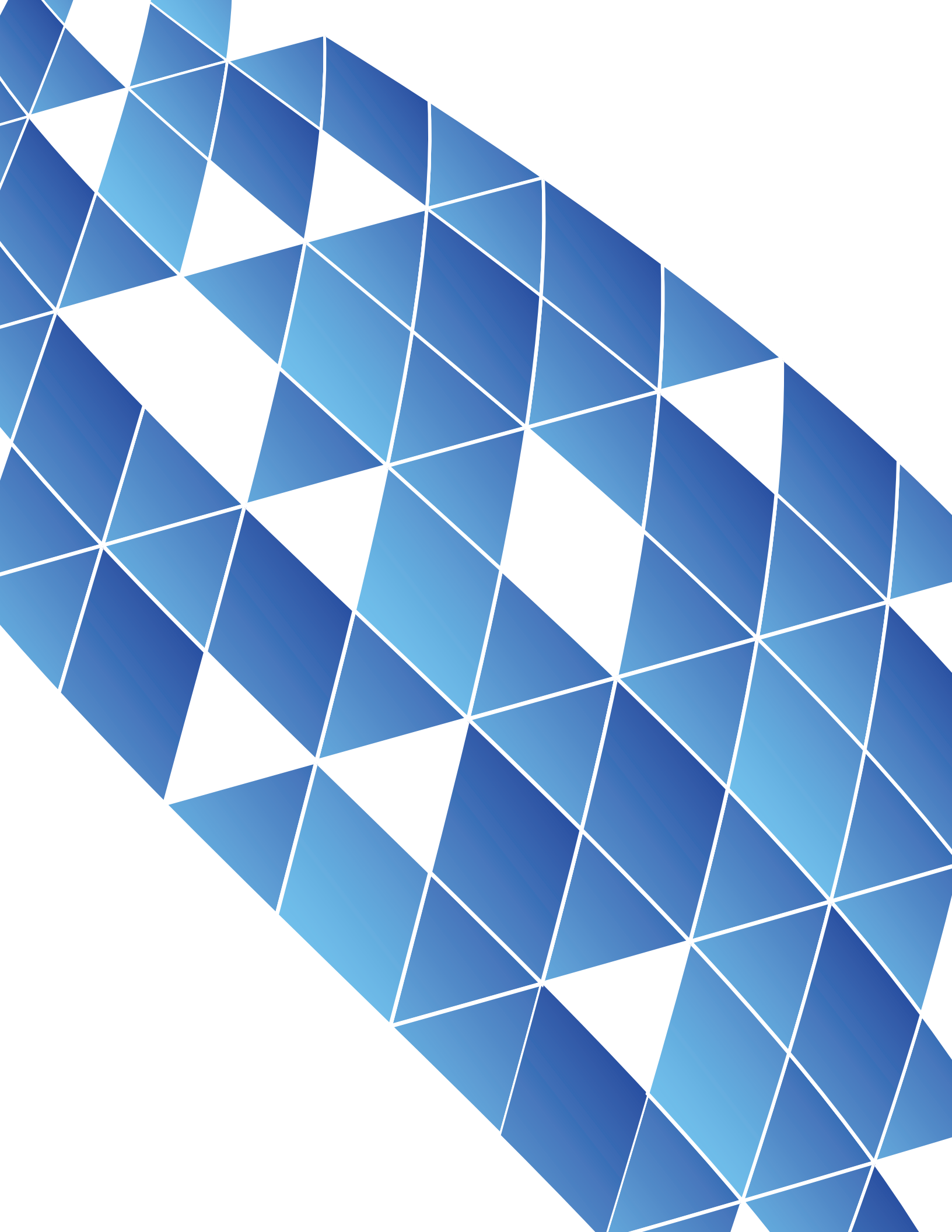
Conclusiones

El contexto dominicano se caracteriza por generar puestos de trabajo escasos y de baja calidad; las mujeres son más vulnerables que los hombres por múltiples razones, pero en esencia por los roles de cuidadoras que se le asignan socialmente y que limitan sus posibilidades de inserción en trabajos decentes.

Las mujeres se insertan en el mundo del trabajo principalmente en el sector informal por lo quedan desprotegidas del sistema de seguridad social.

La mayoría de las mujeres se dedican a tareas consideradas «femeninas», como es el caso del trabajo doméstico, la enseñanza y las tareas de cuidado (segregación horizontal), y a ocupaciones de nivel inferior en la escala laboral (segregación vertical).

Hay una significativa brecha salarial desfavorable a las mujeres que se mantiene constante en todos los sectores y en todos los grupos de edad y niveles educativos, a paridad de otras condiciones entre los dos sexos.



CAPÍTULO 4

Marco normativo para la protección social y la igualdad de género en la República Dominicana

4. MARCO NORMATIVO

PARA LA PROTECCIÓN SOCIAL Y LA IGUALDAD DE GÉNERO EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

La Constitución de la República Dominicana, protección social y género

La Constitución vigente del país fue aprobada en el 2010 y define a la República Dominicana como un Estado social y democrático de derecho (art. 7), cuya función esencial es «la protección efectiva de los derechos de la persona, el respeto de su dignidad y la obtención de los medios que le permitan perfeccionarse de forma igualitaria, equitativa y progresiva, dentro de un marco de libertad individual y de justicia social, compatibles con el orden público, el bienestar general y los derechos de todos y todas» (art. 8).

En línea con esa función esencial, la Constitución establece, además, el carácter universal del derecho a la seguridad social, en su artículo 60: «Toda persona tiene derecho a la seguridad social. El Estado estimulará el desarrollo progresivo de la seguridad social para asegurar el acceso universal a una adecuada protección en la enfermedad, discapacidad, desocupación y la vejez».

Igualmente, la Carta Magna establece en su sección II sobre Derechos económicos y sociales la asistencia y protección especial por parte del Estado a grupos vulnerables, incluyendo a las mujeres embarazadas (art. 55), las personas menores de edad (art. 56), las personas de la tercera edad (art. 57), las personas con discapacidad (art. 58), así como una serie de derechos fundamentales de todas las personas que comprenden el derecho a la vivienda, la seguridad social, la salud, la educación y el trabajo.

En cuanto a la garantía de los derechos de las mujeres y demás grupos en condición de desigualdad, cabe resaltar que en su artículo 39 la Constitución instruye al Estado a «promover las condiciones jurídicas y administrativas para que la igualdad sea real y efectiva»; a adoptar «medidas para prevenir la discriminación, la marginalidad,



la vulnerabilidad y la exclusión»; así como a promover «las medidas necesarias para garantizar la erradicación de las desigualdades y la discriminación de género». Asimismo, el Ministerio de la Mujer ha señalado como un paso de avance en la Carta Magna el artículo 55, que establece el cuidado de la familia como una responsabilidad compartida y no exclusiva de la mujer; reconoce del valor del trabajo doméstico no remunerado; plantea la igualdad de derechos de los hijos e hijas sin importar el régimen matrimonial bajo el cual hayan nacido; y establece la protección de la maternidad por parte del Estado.

Las disposiciones anteriores conforman el marco jurídico constitucional que compromete al Estado dominicano a garantizar que todas las personas disfruten de una vida digna, asumiendo para ello las políticas y medidas necesarias para proveer la protección social.

En otro orden, la Constitución consagra jerarquía constitucional a los tratados de derechos humanos suscritos por el país, disponiendo en el numeral 3, del artículo 74 que «los tratados, pactos y convenciones relativos a derechos humanos, suscritos y ratificados por el Estado Dominicano, tienen jerarquía constitucional y son de aplicación directa e inmediata por los tribunales y demás órganos del Estado»[27].

[27] En el acápite sobre el marco normativo internacional se señalan los principales tratados internacionales en materia de Derechos Humanos e igualdad de género.

Estrategia Nacional de Desarrollo (Ley 1-12), protección social y género

La Ley 1-12 que establece la Estrategia Nacional de Desarrollo (END) fue aprobada en enero de 2012 y define la visión de la nación de largo plazo, de lo que se aspira alcanzar para el año 2030, como sigue:

> *"República Dominicana es un país próspero, donde las personas viven dignamente, apegadas a valores éticos y en el marco de una democracia participativa que garantiza el Estado social y democrático de derecho y promueve la equidad, la igualdad de oportunidades, la justicia social, que gestiona y aprovecha sus recursos para desarrollarse de forma innovadora, sostenible y territorialmente equilibrada e integrada y se inserta competitivamente en la economía global."*

La END está estructurada a partir de cuatro líneas o ejes estratégicos que procuran: un Estado social democrático de derecho; una sociedad con igualdad de derechos y oportunidades; una economía sostenible, integradora y competitiva; y una sociedad de producción y consumo ambientalmente sostenible y adaptada al cambio climático.

Los objetivos de protección social universal se enmarcan dentro del segundo eje estratégico[28], el cual postula: «Una sociedad con igualdad de derechos y oportunidades, en la que toda la población tiene garantizada educación, salud, vivienda digna y servicios básicos de calidad, y que promueve la reducción progresiva de la pobreza y la desigualdad social y territorial». Los objetivos generales de este segundo eje estratégico incluyen, entre otros, educación de calidad para mujeres y hombres, igualdad de derechos y oportunidades, vivienda digna en entorno saludable y salud y seguridad social integral para todos. Dentro de este último objetivo general (2.2) de la END, en especial resultan relevantes los siguientes objetivos específicos:

2.2.1 Garantizar el derecho de la población al acceso a un modelo de atención integral, con calidad y calidez, que privilegie la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, mediante la consolidación del Sistema Nacional de Salud.

2.2.2 Universalizar el aseguramiento en salud para garantizar el acceso a servicios de salud y reducir el gasto de bolsillo.

2.2.3 Garantizar un sistema universal, único y sostenible de Seguridad Social frente a los riesgos de vejez, discapacidad y sobrevivencia, integrando y transparentando los regímenes segmentados existentes, en conformidad con la ley 87-01.

La END establece además, en su Capítulo III sobre Políticas Transversales, el enfoque de género, que debe ser incorporado en todos los planes, programas, proyectos y políticas públicas «a fin de identificar situaciones de discriminación entre hombres y mujeres y adoptar acciones para garantizar la igualdad y la equidad de género» (art. 12).

[28] Este eje también incorpora el objetivo de la igualdad entre los géneros.

Para fines de implementación, la END establece la creación de un Plan Nacional Plurianual del Sector Público (PNPSP) como el instrumento que guía a cada gestión del Gobierno en la aplicación de la END y el logro de sus objetivos y líneas de acción.

El Plan Nacional Plurianual del Sector Público (PNPSP) 2013-2016 y la protección social

El Plan Plurianual 2013-2016 busca alinear «las metas presidenciales con la visión y objetivos de la END 2030 y con las urgencias y necesidades que demanda el desarrollo nacional», así como definir «una ruta precisa, confiable y viable para avanzar hacia la transformación del país sobre fundamentos sociales, económicos e institucionales que aporten al desarrollo sostenible de la República Dominicana» (p. 4).

El PNPSP 2013-2016 contempla una serie de capítulos directamente relacionados con la protección social, en particular aquellos que se enfocan en los temas de educación, salud, seguridad social y empleo. Entre los objetivos específicos del Plan Plurianual en estos temas, vale la pena resaltar los siguientes:

No. 1: universalizar la educación desde el nivel inicial hasta completar el nivel medio.

No. 3: garantizar el acceso a un modelo de atención integral, con calidad y calidez, que privilegie la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, mediante la consolidación del Sistema Nacional de Salud.

No. 4: universalizar el aseguramiento en salud para garantizar el acceso a servicios de salud y reducir el gasto de bolsillo.

No. 5: garantizar un sistema universal, único y sostenible de seguridad social frente a los riesgos de vejez, discapacidad y sobrevivencia, integrando y transparentando los regímenes existentes.

No. 6: construir una cultura de igualdad y equidad entre hombres y mujeres.

No. 7: disminuir la pobreza mediante un efectivo y eficiente sistema de protección social.

No. 8: proteger a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes.

No. 9: proteger a la población adulta mayor en condiciones de vulnerabilidad.

No. 10: garantizar la igualdad de oportunidades a las personas con discapacidad.

No. 12: facilitar el acceso de la población a viviendas económicas, seguras y dignas.

No. 13: garantizar el acceso universal a servicios de agua potable y saneamiento.

No. 24: consolidar el Sistema de Formación y Capacitación Continua para el Trabajo, a fin de acompañar al aparato productivo en su proceso de escalamiento de valor, facilitar la inserción en el mercado laboral y desarrollar capacidades emprendedoras.

El PNPSP contiene un conjunto de «programa prioritarios» a los que se debe garantizar la provisión y fluidez de recursos presupuestarios. A continuación enumeramos algunos de los programas priorizados en el segundo eje estratégico o eje de desarrollo social:

- Del Ministerio de Educación: jornada extendida, apoyo a la población vulnerable, atención a la primera infancia, entre otros.
- Del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: salud materno-infantil, atención integral a personas viviendo con VIH, Seguro Familiar de Salud en el régimen subsidiado, entre otros.
- Del Gabinete Social, el Ministerio de la Presidencia y el Ministerio de la Mujer: Incentivo a la Asistencia Escolar (ILAE), transferencias condicionadas (Comer es Primero), Bono Gas Hogar, Bono Luz, Progresando, Centros Tecnológicos Comunitarios, Casa de Acogida y Defensoría de los Derechos de la Mujer.

Ley 87-01 sobre Seguridad Social

En el año 2001 fue aprobada la Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), modifica la ley 1896 del 30 de diciembre de 1948 sobre Seguro Social y deroga la Ley 385 del 11 de noviembre de 1932 sobre seguro de Accidente de Trabajo.

El objetivo principal de la Ley 87-01 es regular y desarrollar lo relativo al financiamiento para la protección de la población contra los riesgos de enfermedad, vejez, discapacidad, sobrevivencia, maternidad, infancia y riesgos laborales.

La Ley sobre Seguridad Social establece la afiliación obligatoria y universal de las personas empleadas al régimen contributivo, en el cual tanto el empleador como el empleado contribuyen conjuntamente al pago de cotizaciones, de acuerdo a los porcentajes establecidos por la propia ley, tanto para el seguro de salud como para el fondo de pensiones (que incluye seguros de vejez, discapacidad y sobrevivencia); mientras que las cotizaciones para el Seguro de Riesgos Laborales (que incluye seguro en caso de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo) son aportadas exclusivamente por el empleador.

Tal y como se explica en el capítulo dedicado al SDSS, la Ley 87-01 establece, además del régimen contributivo, otros dos regímenes de seguridad social: el régimen subsidiado (financiado por el Estado y dirigido a «trabajadores por cuenta propia con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, y a los desempleados, discapacitados e indigentes» y el régimen contributivo subsidiado, que aún no ha entrado en vigor.

En su artículo 3, la ley define una serie de principios por los cuales se debe regir el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS). Estos principios incluyen, entre otros, los siguientes:

- **Universalidad:** el SDSS deberá proteger a todas las personas dominicanas y residentes en el país, sin discriminación por razón de salud, sexo, condición social, política o económica[29].

[29] Con relación a las personas extranjeras, hay que notar que la Ley 87-01 limita la inscripción en el sistema dominicano de seguridad social solo a las residentes; la población de trabajadores extranjeros sin estatus de residencia queda excluida del sistema.

- **Obligatoriedad:** la afiliación, cotización y participación tienen un carácter obligatorio para todos los ciudadanos e instituciones.
- **Integralidad:** todas las personas, sin distinción, tendrán derecho a una protección suficiente que les garantice el disfrute de la vida y el ejercicio adecuado de sus facultades y de su capacidad productiva.
- **Unidad:** las prestaciones de la Seguridad Social deberán coordinarse para constituir un todo coherente, en correspondencia con el nivel de desarrollo nacional;
- **Equidad:** el SDSS garantizará de manera efectiva el acceso a los servicios a todos los beneficiarios del sistema, especialmente a quienes viven y/o laboran en zonas apartadas o marginadas;
- **Solidaridad:** basada en una contribución según el nivel de ingreso y en el acceso a los servicios de salud y riesgos laborales, sin tomar en cuenta el aporte individual realizado; de igual forma, cimentada en el derecho a una pensión mínima garantizada por el Estado en las condiciones establecidas por la ley.
- **Libre elección:** las personas afiliadas tendrán derecho a seleccionar a cualquier administrador y proveedor de servicios acreditado, así como a cambiarlo cuando lo consideren conveniente, de acuerdo a las condiciones establecidas en la presente ley.
- **Participación:** todos los sectores sociales e institucionales involucrados en el SDSS tienen derecho a ser tomados en cuenta y a participar en las decisiones que les incumben.
- **Gradualidad:** 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.

Otras normativas sobre seguridad social

La Ley 87-01 sobre Seguridad Social se complementa con una serie de reglamentos y normas aprobadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS). Estas incluyen:

- Reglamento Interno del CNSS.
- Reglamento de tesorería de la seguridad social.
- Reglamento de pensiones.
- Reglamento pensiones solidarias.
- Reglamento del régimen subsidiado.
- Reglamento sobre el seguro familiar de salud y plan básico de salud.
- Reglamento sobre el seguro de riesgos laborales.
- Reglamento sobre aspectos generales de afiliación al SFS del régimen contributivo.
- Reglamento sobre el subsidio por enfermedad común.

- Reglamento sobre subsidio por discapacidad temporal.
- Reglamento sobre subsidio de maternidad y subsidio por lactancia.
- Reglamento sobre infracciones y sanciones al seguro familiar de salud.
- Reglamento procedimiento, información, orientación, quejas y reclamaciones de la DIDA.
- Reglamento del Comité Nacional de Honorarios Profesionales.
- Reglamento para el control de los medicamentos del plan básico de salud.
- Reglamento para la prescripción y dispensación de medicamentos ambulatorios en el SDSS.
- Reglamento para la organización y regulación de las ARS.
- Reglamento normas y procedimientos apelaciones ante el CNSS.

Código de trabajo, protección social y género

En 1992 se aprobó el actual Código de Trabajo de la República Dominicana, Ley 16-92, que se considera representó un avance significativo en materia laboral. A diferencia del Código de Trabajo anterior, que databa de 1951, este código fue elaborado a partir de un proceso de consenso entre el Gobierno y la sociedad civil, incluyendo organizaciones de trabajadores y asociaciones de empleadores. El nuevo código introdujo, además, comentarios previos de la OIT en relación a los derechos laborales, especialmente en lo relativo a la libertad sindical y protección del derecho de sindicación con la introducción del fuero sindical y la negociación colectiva.

El Código de Trabajo se basa en una serie de «principios fundamentales» entre los cuales resaltan: la no discriminación, la protección de la maternidad, la libertad sindical, el salario justo y el respeto a la integridad física, la intimidad y la dignidad personal de los trabajadores.

El Código de Trabajo regula la duración de la jornada laboral, los salarios y beneficios colaterales, la suspensión y terminación de los contratos laborales y la organización de los trabajadores en sindicatos, asimismo establece las obligaciones fiscales de las partes, los días feriados nacionales y las licencias con disfrute de sueldo. Entre estas últimas se incluye la licencia pre y posnatal, que en conjunto no debe ser menor de 12 semanas, así como también la licencia por enfermedad debidamente documentada.

Cabe resaltar que, como lo hacía el antiguo Código Laboral de 1951, la Ley 16-92 establece un régimen de regulación distinto y particular para el trabajo doméstico que se rige solo por las disposiciones establecidas en el Título IV y que serán analizadas en el acápite correspondiente del presente capítulo.

En el mes de octubre del 2013, el decreto 286-13 instituyó una comisión especial para la revisión y actualización del Código Laboral. La propuesta que la comisión presentó, que contenía muchos riesgos de retrocesos en lo referido a las mujeres trabajadoras, no fue acogida por los sindicados. Después de este intento no se ha constituido ninguna otra comisión. La reforma del Código



de Trabajo constituye una oportunidad para integrar una perspectiva de género en la ley, con artículos que consideren aspectos como la dignificación del trabajo doméstico remunerado, la inclusión de la figura del acoso laboral y sexual, la promoción de políticas de corresponsabilidad familiar y privada, las licencias médicas o de paternidad, entre otros.

Ley General de Salud

La Ley 42-01 o Ley General de Salud fue promulgada en el 2001, al mismo tiempo que la Ley 87-01 sobre seguridad social. Las dos leyes, en su conjunto, dieron inicio a un proceso de reestructuración de las principales instituciones del sector salud, con la intención de conformar «un Sistema Nacional de Salud y un Sistema de Seguridad Social complementarios y sinérgicos dirigidos a fortalecer la protección social de la población, asegurar el adecuado financiamiento y la calidad de los servicios y el aseguramiento de toda la población» (SESPAS 2008, 50).

La Ley General de Salud establece el derecho de todas las personas dominicanas y residentes en el territorio nacional a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la protección, recuperación y rehabilitación de la salud (art. 3).

Esta ley regula la organización y el funcionamiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y establece a la Secretaría de Estado (hoy Ministerio) de Salud Pública y Asistencia Social como la encargada de aplicar sus disposiciones.

Los principios que rigen al Sistema Nacional de Salud, de acuerdo al artículo 11 de la Ley 42-01, son los siguientes: universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia, eficacia, integralidad y cooperación. Además, la ley dicta como una de las estrategias a desarrollar la promoción y garantía de la «participación social, entendida como un derecho y un deber de la comunidad de usuarios en la planificación, estructuración, financiación, gestión, evaluación y control del sistema de salud y de los servicios de salud» (art. 12).

Además de la SESPAS (el actual MSP), la ley conforma al Consejo Nacional de Salud, integrado por al menos 14 instituciones públicas y de la sociedad civil, como un espacio de concertación para la formulación y seguimiento de las políticas en salud, así como para proveer el apoyo técnico y administrativo necesario para su implementación.

Vale resaltar que en su artículo 30 la Ley General de Salud designa como grupos prioritarios para fines de salud y condiciones de vida a las personas que se encuentran en y por debajo de la línea de pobreza, y dentro de estas, a las mujeres (especialmente aquellas embarazadas), los niños hasta la edad de 14 años, las personas adultas mayores y las personas con discapacidad.

Plan Decenal de Salud (PLANDES) 2006-2015

El Plan Decenal de Salud (PLANDES 2006-2015) expresa el compromiso de satisfacer el derecho a la protección social de la salud de toda la población mediante el pleno desarrollo del sistema, en forma coherente con el desarrollo del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) y de las políticas y estrategias nacionales de desarrollo. También expresa un compromiso para que responda a un enfoque ético de derechos y equidad social, que se exprese de modo transversal en las prioridades, objetivos estratégicos, estrategias de intervención, organización y funcionamiento. El enfoque de derechos del PLANDES supera los enfoques asistencialistas que históricamente han prevalecido en la salud pública, se enmarca en el enfoque de capacidades para su materialización y se relaciona con un concepto de ciudadanía, de las personas como sujetos de derechos y deberes.

El PLANDES al reconocer que, debido a la tradicional división del trabajo, las mujeres son sobrecargadas de las responsabilidades familiares (cuidado de personas dependientes) apunta a que en todo el sistema de atención a la persona se utilice un enfoque de género y derechos. En especial, el PLANDES reconoce que en el sistema de financiamiento no se respeta el principio de equidad de género ya que las mujeres tienden a pagar más que los hombres en términos absolutos (por su mayor demanda de servicios) y en términos proporcionales (por su menor capacidad económica). Considerando que los elevados costos de atención y la limitada capacidad de pago de planes de aseguración del sistema dominicano de seguridad social son restricciones para las mujeres de todas las edades, en particular para las que están excluidas del mercado laboral, el PLANDES compromete al sistema de salud a tomar en cuenta el acceso como contribuyente o como dependiente con la perspectiva de cobertura de riesgos. Finalmente, el PLANDES apunta a que los costos de reproducción (embarazo y parto) se distribuyan de forma solidaria en la sociedad, es decir, que no queden a cargo exclusivo de las mujeres (SESPAS 2008).

Ley Orgánica sobre la Igualdad de Derechos de las Personas con Discapacidad

La Ley 05-13 fue aprobada en enero de 2013 y derogó la Ley 42-00 sobre la discapacidad. La nueva ley orgánica ha sido considerada un paso de avance para garantizar los derechos de las personas con discapacidad, pues busca lograr «la igualdad de derechos y la equiparación de oportunidades a todas las personas con discapacidad».

La ley establece la transversalidad del respeto y la inclusión de las personas con discapacidad en todos los órganos y políticas del Estado (art. 5) e instruye al Ministerio de Salud Pública a llevar un registro exhaustivo de los casos de discapacidad, sea por nacimiento o por accidente (art. 7). Igualmente, estipula en su artículo 6 que «El Estado tiene la obligación de velar por la protección de la salud de las personas con discapacidad y que la política general de los servicios de salud asegure a las personas con discapacidad su acceso efectivo, igualitario y de calidad al diagnóstico, la atención, habilitación, rehabilitación y los dispositivos de apoyo necesarios, que les proporcione el adecuado estado de bienestar en términos físico y mental para una integración eficaz a la sociedad».

También establece que el Estado debe implementar políticas de educación inclusiva que permitan el acceso de todas las personas con discapacidad a la educación en sus diferentes niveles; políticas de integración laboral de las personas con discapacidad; políticas de accesibilidad universal a los entornos físicos; y políticas de promoción y desarrollo social que permitan la inclusión y participación de las personas con discapacidad en todas las políticas sociales del Estado.

Para regir y desarrollar las políticas anteriores, la ley creó el Consejo Nacional para la Discapacidad (CONADIS) (art. 24) como institución autónoma y descentralizada, adscrita a la Presidencia de la República. Asimismo, la ley regula a las instituciones sin fines de lucro que trabajan a favor de las personas con discapacidad.

En la actualidad (junio 2014) está pendiente aprobación el reglamento de actuación de la Ley 05-13.

Ley 352-98 sobre Protección de la Persona Envejeciente

La Ley No. 352-98 sobre Protección de la Persona Envejeciente, determina en su artículo 3, que las personas adultas mayores tienen derecho a permanecer en su núcleo familiar: «Su familia deberá brindarle el cuidado necesario y procurará que su estadía sea lo más placentera posible». Salvo algunas excepciones, «todo(a) envejeciente tendrá derecho a permanecer conviviendo, según sea el caso, y por orden de prioridad, en el hogar de sus hijos o hijas. A falta de ellos, por ausencia o fallecimiento, la responsabilidad recaerá sobre sus nietos o nietas o sus hermanos o hermanas».

Entre los derechos que establece esta ley para las personas envejecientes se encuentran el derecho al libre y fácil acceso a los servicios públicos y privados (art. 7), el derecho al trabajo en igualdad de oportunidades (art. 8), el derecho a una vivienda digna (art. 10), el derecho a la educación formal e informal en todos sus niveles (art. 15), al descanso y esparcimiento (art. 16), entre otros. La ley instruye además a distintas instituciones estatales y de la sociedad civil a tomar las acciones encaminadas a garantizar los derechos y el bienestar de las personas envejecientes.



El artículo 23 de la Ley 352-98 crea el Consejo Nacional para la Persona Envejeciente (CONAPE), adscrito al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, con la misión de actuar como «organismo oficial en materia de definición y ejecución de políticas nacionales sobre la población envejeciente».

Código para la Protección de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes

La Ley 136-03, o Código para la Protección de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes, fue aprobada en el año 2003 y tiene como objetivo expreso «garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes que se encuentren en el territorio nacional el ejercicio y el disfrute pleno y efectivo de sus derechos fundamentales». A estos derechos fundamentales se les otorga un principio de prioridad absoluta e imperativa desde el Estado.

Los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes que se detallan en el Capítulo II del código incluyen el derecho a la vida; a un nombre y nacionalidad; a ser inscrito en el Registro Civil; a la cultura, deporte, tiempo libre y recreación; al medio ambiente sano; a la integridad personal; a la denuncia del abuso en su contra; a la restitución de derechos; a la libertad; a opinar y ser escuchado; a la intimidad; a la protección de su imagen, entre varios más. Otros derechos

fundamentales a los que se dedican capítulos específicos en el código son el derecho a la salud y a los servicios de salud (art. 28), que se establecen y detallan en el Capítulo III e incluyen la protección de la maternidad y la protección contra la explotación laboral (Capítulo IV), y el derecho a la educación (Capítulo V).

El código establece asimismo el Sistema Nacional de Protección de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes, conformado por un conjunto de instituciones, tanto públicas como privadas, que «formulan, coordinan, integran, supervisan, ejecutan y evalúan las políticas públicas, programas y acciones a nivel nacional, regional y municipal para la protección integral de los derechos de los niños, niñas y adolescentes» (art. 51).

Plan Nacional de Igualdad y Equidad de Género 2007-2017 (PLANEG II)

Este plan constituye el documento que orienta el trabajo del Ministerio de la Mujer, como institución encargada de promover un cambio de cultura para el logro de la igualdad y equidad de géneros, tanto desde el Estado como desde la sociedad civil. En ese sentido, el PLANEG II «está orientado al logro de resultados que contribuyan a la solución de los principales problemas que confrontan las mujeres por razones de discriminación y desigualdades de género».

Se considera positivo que para la construcción del PLANEG II se utilizase una metodología participativa que permitió la contribución de diferentes representantes de grupos organizados de mujeres de la sociedad dominicana.

El PLANEG II está estructurado en torno a siete temas u objetivos generales:

1. Promover una cultura de igualdad y equidad de género.
2. Garantizar todos los derechos de las mujeres.
3. Fortalecer el empoderamiento económico e impulsar la superación de la pobreza de las mujeres.
4. Promover el liderazgo, la participación y representación política y social de las mujeres a favor de la igualdad y equidad de género.
5. Favorecer el acceso y control de las mujeres a bienes y servicios de calidad.
6. Erradicar cualquier forma de violencia contra las mujeres en todo su ciclo de vida.
7. Promover la plena participación de las mujeres en la sociedad de la información y del conocimiento.

Decretos presidenciales

No. 1082-04. Crea el Gabinete de Coordinación de la Política Social (GCPS) como eje central de la estructura institucional que coordina y ejecuta la política social, pues reúne a la mayoría de las entidades que intervienen en el sector con quienes debe articular las políticas sociales.

No. 1251-04. Integra dentro del GCPS al Secretariado Técnico de la Presidencia, así como a la Comisión Presidencial de Apoyo al Desarrollo Provincial, la Comisión Presidencial de Apoyo al Desarrollo Barrial y la Dirección General de Comunidad Digna. Establece además un Consejo Consultivo de la Sociedad Civil con la misión de coadyuvar al GCPS en la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de sus planes y programas.

No. 1554-04. Establece el Programa de Protección Social que tiene el propósito expreso de proteger de riesgos a la población en pobreza extrema y a la población en situación de vulnerabilidad social. Se emitió con el objetivo de focalizar y racionalizar el gasto social de modo de cumplir con las metas establecidas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y dictaminó la reestructuración del Gabinete de Coordinación de Política Social y las instituciones que lo conforman.

No. 1073-04. Crea el Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN) «como el instrumento de carácter técnico, que se utilizará para identificar y priorizar a las familias que serán elegibles para recibir todos los beneficios de los programas sociales y subsidios que se efectúen con recursos públicos». La creación del SIUBEN marca un hito positivo en el ámbito de la asistencia social ya que uno de los principales problemas de los programas de asistencia social ha sido la alta discrecionalidad en la selección de sus beneficiarios.

No. 1560-04. Crea la Administradora de Subsidios Sociales (ADESS) como entidad autónoma, adscrita al Poder Ejecutivo y vinculada al GCPS. La ADESS tiene entre sus funciones unificar los distintos subsidios por persona beneficiaria, elaborar la nómina definitiva de beneficiarios y realizar la gestión de ejecución y pago en el Sistema Integrado de Gestión Financiera. La creación de la ADESS constituye un esfuerzo para fortalecer la gestión de los subsidios sociales ya que ha dado mayores garantías de transparencia a los programas de asistencia social que entregan sus subsidios a través de dicha entidad.

No. 536-05. Crea el Programa Solidaridad dentro de la Red de Protección Social e integra dentro de este los programas Comer es Primero, Incentivo a la Asistencia Escolar y Dominicanos con Nombre y Apellido.

No. 570-05. Otorga nuevas facultades al Gabinete de Coordinación de la Política Social; le asigna funciones de ejecución y crea en su ámbito la Comisión de Racionalización y Reestructuración del Sector Social. Le asigna también, de manera excepcional, la función de conducir, administrar y ejecutar los programas con función social de la Presidencia de la República, incluyendo el Programa de Protección Social y el Programa de Coordinación y Asesoramiento Técnico.

No. 426-07. Establece al SIUBEN como una entidad del Gabinete de Coordinación de Política Social, adscrita al Poder Ejecutivo.

No. 118-09. Ordena la reestructuración y fortalecimiento del Sistema de Protección Social y las entidades que lo integran con el propósito de incrementar su nivel de eficiencia, transparencia y coordinación. Entre otras cosas, este decreto asigna al programa Solidaridad la gestión exclusiva de los programas focalizados y no focalizados de transferencias condicionadas y no condicionadas y subsidios sociales.

No. 488-12. A través de este decreto se transfiere la dirección y ejecución del Programa Progresando del Despacho de la Primera Dama a la Red de Protección Social. Además se articulan en

lo administrativo, operativo y comunicacional los programas Progresando y Solidaridad, transformándose en Progresando con Solidaridad.

El trabajo doméstico en la legislación dominicana

Como se mencionó en el acápite sobre el Código de Trabajo, los derechos de las trabajadoras domésticas están establecidos de manera separada en el título IV de la Ley 19-92. Según el artículo 259, «El contrato de trabajo de los domésticos se rige exclusivamente por las disposiciones de este Título», el mismo que mantiene disposiciones discriminatorias que se heredaron del código laboral anterior, en particular:

- La jornada laboral indefinida, que da lugar a la explotación y sobrecarga laboral.
- La ausencia de seguridad social.
- El pago en especie, en particular, hasta el cincuenta por ciento del salario puede ser pagado con alojamiento y alimentación.
- Una definición amplia y ambigua del trabajo doméstico, que permite la inclusión de tareas diversas relacionadas tanto con trabajo doméstico como de cuidados, lo que posibilita la sobrecarga de trabajo, dificulta la especialización y promueve la baja remuneración.

A pesar de que en el año 1999 se aprobaron algunas modificaciones al Código Laboral en lo que respecta al trabajo doméstico, estos no representaron cambios significativos. Por ello, la legislación laboral vigente ha sido considerada discriminatoria hacia las trabajadoras y trabajadores domésticos, y se ha argumentado que compromete la responsabilidad estatal respecto al reconocimiento y protección de los derechos laborales de todos los trabajadores en general. Es importante señalar que la Constitución del 2010 reconoce en su artículo 55 el valor del trabajo doméstico y reproductivo: «El Estado reconoce el trabajo del hogar como actividad económica que crea valor agregado y produce riqueza y bienestar social por lo que se incorporará en la formulación y ejecución de las políticas públicas y sociales».

Probablemente el mayor avance en términos de reconocimiento legal de los derechos de este sector en el país lo constituye la aprobación, en 2013, por parte del Congreso del Convenio 189 de la OIT que establece los derechos de las trabajadoras y los trabajadores domésticos. Con esta aprobación el Estado dio el primer paso que permitiría adecuar su marco legal y crear las medidas y políticas necesarias para garantizar el reconocimiento y ejercicio pleno de los derechos laborales de quienes trabajan en el ámbito doméstico. A la fecha, el proceso de ratificación de dicho convenio está pendiente, pues todavía la Cancillería de la República Dominicana no ha depositado el expediente en la OIT para que este organismo internacional pueda desarrollar su rol de monitoreo en la implementación.

El Convenio 189 sobre el trabajo decente para los trabajadores domésticos (2011) marca pautas concretas y específicas dirigidas al reconocimiento y garantía de los derechos laborales de las mujeres y hombres que trabajan en al ámbito doméstico y reconoce la necesidad de legislar en favor de la protección de sus derechos tomando en cuenta «las condiciones particulares en que se efectúa el trabajo doméstico, habida cuenta de las cuales es conveniente complementar las normas de ámbito general con normas específicas para los trabajadores domésticos, de forma tal que éstos puedan ejercer plenamente sus derechos».

Balance de los Convenios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) ratificados por la República Dominicana

Incluyendo el apenas citado Convenio 189, la República Dominicana ha ratificado 36 Convenios de la OIT, 32 de los cuales están en vigor. Estos incluyen los 8 Convenios fundamentales: C029 sobre el trabajo forzoso; C087 sobre la libertad sindical; C098 sobre el derecho de sindicación y de negociación colectiva; C100 sobre igualdad de remuneración; C105 sobre la abolición del trabajo forzoso; C111 sobre la discriminación (empleo y ocupación); C138 sobre la edad mínima; y C182 sobre las peores formas de trabajo infantil. Igualmente, el país ha ratificado 3 de los 4 convenios de gobernanza (prioritarios) y 25 de los 177 convenios técnicos.

Sin, embargo, algunos de los convenios más relevantes para el tema de seguridad y protección social aún no han sido ratificados por el Estado dominicano, en particular:

- Convenio 156 sobre los trabajadores con responsabilidades familiares (1981): establece que todas las trabajadoras y trabajadores con responsabilidades familiares tienen derecho a una protección especial y a no ser discriminadas en el empleo u ocupación por esta condición. Este convenio reconoce por primera vez las responsabilidades familiares que existen, no solo ante los hijos, sino también ante otros familiares directos que puedan requerir cuidado o asistencia.
- Convenio 183 sobre la protección de la maternidad (2000): precisa los principios fundamentales de la protección de la maternidad, como el derecho a una licencia total pre y posparto de al menos 14 semanas, a prestaciones en dinero y prestaciones médicas, a la seguridad del empleo y a la no discriminación. En la actualidad establece que la asistencia médica debe comprender tanto los nueve meses del embarazo, como el momento del parto y el posparto. Igualmente, estipula que las interrupciones en el horario de trabajo para efectos de amamantar deben contarse como horas de trabajo y remunerarse como tales.
- Convenio 102 sobre la norma mínima de la seguridad social (1952): pauta garantías mínimas de asistencia social a los trabajadores en lo relativo a asistencia médica, prestaciones monetarias en caso de enfermedad, desempleo, vejez, familiares, maternidad, invalidez, sobrevivientes y en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional. Asimismo, el convenio establece el principio de igualdad de trato a los residentes no nacionales.

Marco normativo internacional

Como se mencionó anteriormente, la Constitución dominicana otorga rango constitucional a los tratados internacionales relativos a Derechos Humanos suscritos por el Estado. En este sentido, es importante destacar que en las últimas décadas la República Dominicana ha ratificado la mayoría de los tratados internacionales emanados por las Naciones Unidas y los tratados del Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos. De acuerdo a estos tratados, el Estado dominicano tiene la obligación de lograr el respeto, la protección y la garantía de los derechos

humanos internacionales, así como de seguir las recomendaciones que den los Comités de los Órganos de Tratados para avanzar hacia el respeto de los derechos humanos.

Entre los tratados ratificados por el Estado vale destacar los que se consideran los más pertinentes para el objeto del presente estudio:

– El Pacto Internacional de los Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC). Este pacto compromete a los Estados a trabajar para la garantía de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas, incluidos los derechos laborales y los derechos a la salud, la educación y un nivel de vida adecuado. En su artículo 7 el pacto reconoce «el derecho de toda persona al goce de condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias», lo que incluye, en particular, un salario mínimo, equitativo e igual por trabajo de igual valor, condiciones de existencia dignas, seguridad e higiene en el trabajo, igual oportunidad de promoción, limitación de las horas de trabajo, vacaciones periódicas, así como remuneración de los días festivos.

– La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW). Esta convención plantea que la discriminación contra la mujer viola los principios de la igualdad de derechos y del respeto de la dignidad. En su artículo 11 la convención establece la eliminación de la discriminación de la mujer en el empleo, particularmente en cuanto al derecho de acceso al empleo, a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguarda de la función de reproducción, entre otros. También señala que los Estados signatarios deben tomar medidas para «alentar el suministro de los servicios sociales de apoyo necesarios para permitir que los padres combinen las obligaciones para con la familia con las responsabilidades del trabajo y la participación en la vida pública, en especial mediante el fomento de la creación y desarrollo de una red de servicios destinados al cuidado de los niños».

– La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Esta convención establece la promoción, protección y garantía por parte de los Estados del pleno disfrute de los derechos humanos de las personas con discapacidad, incluyendo la garantía de plena igualdad ante la ley.

– La Convención sobre los Derechos del Niño y sus Protocolos Facultativos. Con esta convención las partes reconocen que los niños, niñas y adolescentes requieren de una atención y protección especial, y se comprometen a ofrecer apoyo y protección a los derechos de la infancia. Además de la convención, se han aprobado dos protocolos facultativos que refuerzan la protección de la infancia, en particular contra su participación en conflictos armados y contra la explotación sexual.

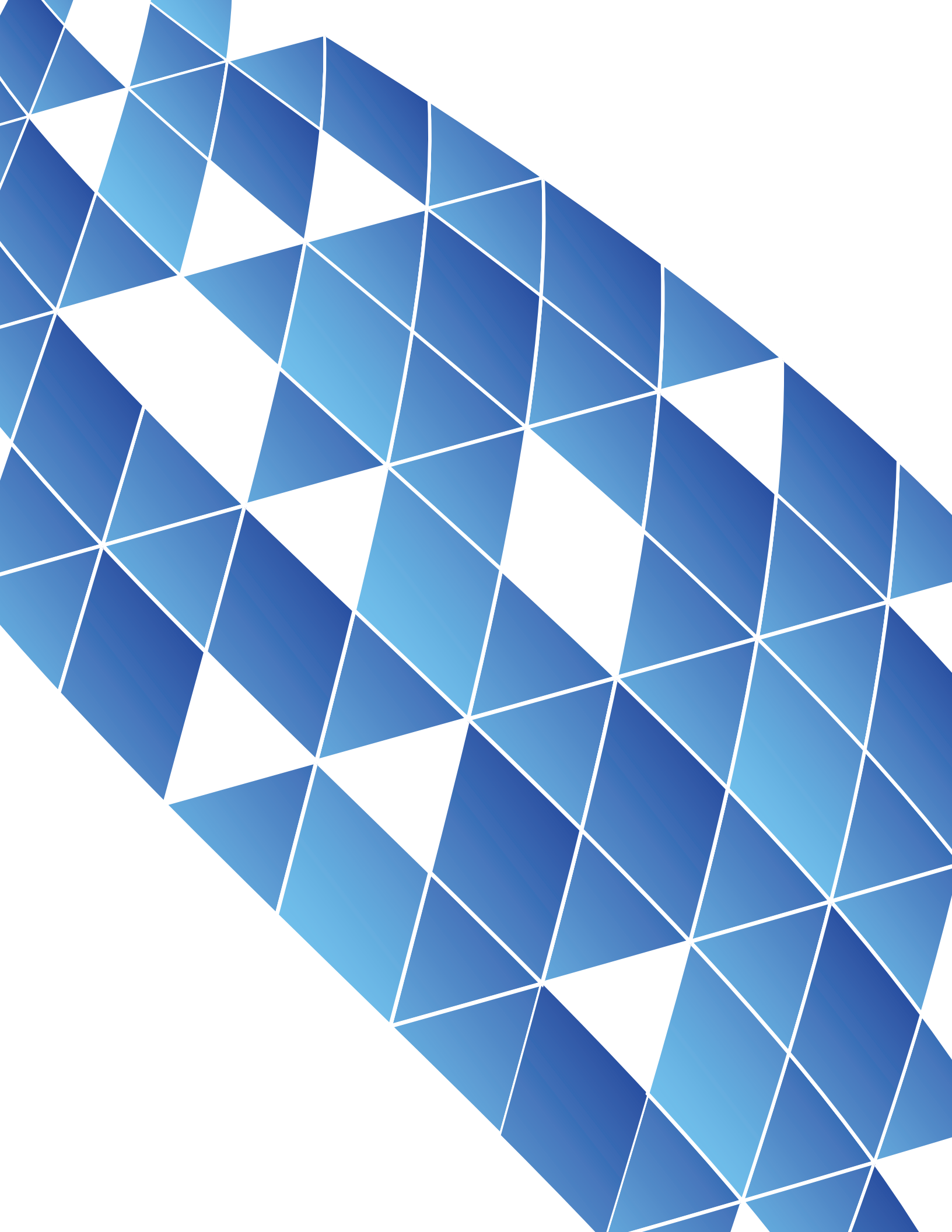
– Consenso de Quito. Resultado de la Décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe en 2007, este consenso reconoce que la división sexual del trabajo es un factor de desigualdad e injusticia económica que afecta de manera particular a las mujeres en los ámbitos familiar, laboral, político y comunitario, y propicia la desvalorización y la falta de retribución de los aportes económicos de las mujeres. Los países firmantes acuerdan adoptar todas las medidas de acción positiva y todos los mecanismos necesarios, incluidas las reformas legislativas y las asignaciones presupuestarias, para garantizar la plena participación de las mujeres en cargos públicos y de representación política, con el fin de alcanzar la paridad en la institucionalidad estatal.

Igualmente, el consenso insta a implementar sistemas públicos integrales de seguridad social, con acceso y coberturas universales, articulados a un amplio espectro de políticas públicas capaces de garantizar el bienestar, la calidad de vida y la ciudadanía plena de las mujeres. Entre los demás acuerdos se contempla: adoptar medidas para garantizar el reconocimiento del trabajo no remunerado y su aporte al bienestar de las familias y al desarrollo económico de los países (promoviendo su inclusión en las cuentas nacionales); el desarrollo de instrumentos de medición del uso del tiempo; adoptar medidas para que los Estados asuman la reproducción social, el cuidado y el bienestar de la población como objetivo de la economía y responsabilidad pública.

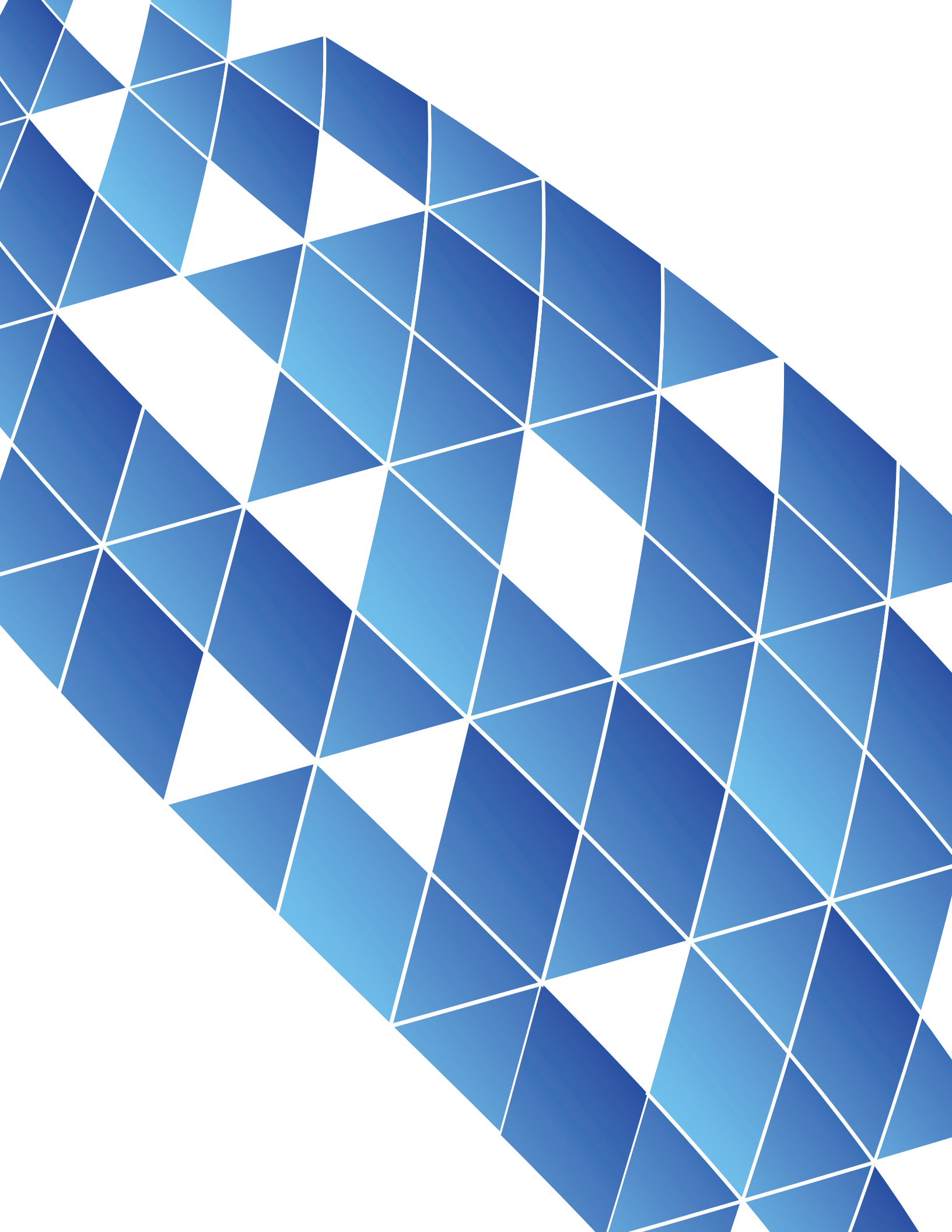
– Consenso de Brasilia. Surge de la undécima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe que tuvo lugar en 2010. Además de ratificar el consenso de Quito, llama a los Gobiernos de la región a adoptar las medidas de política social y económica necesarias para avanzar en la autonomía e igualdad de las mujeres.

– Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Fue el resultado de la Primera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, realizada en el 2013, y su finalidad es aplicar un enfoque de derechos humanos con perspectiva de género e intercultural en el tratamiento de los asuntos de población y desarrollo. Incluye más de 120 medidas sobre ocho temas identificados como prioritarios, a saber: derechos, necesidades y demandas de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes; envejecimiento, protección social y desafíos socioeconómicos; acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva; igualdad de género; migración internacional y la protección de los derechos de todas las personas migrantes; desigualdad territorial, movilidad espacial y vulnerabilidad ambiental; y por último, pueblos indígenas, interculturalidad y derechos.

La República Dominicana ha subscrito otros compromiso internacionales que han contribuido a consolidar el cuerpo de estándares internacionales en materia de derechos humanos de las mujeres. De especial importancia son el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (UN 1994) y la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing resultante de la Cuarta Conferencia Mundial sobre las Mujeres (UN 1995). Todos estos derechos, constituidos en el marco internacional, constituyen un techo de género a alcanzar a nivel nacional y local.



SEGUNDA PARTE
ANÁLISIS



CAPÍTULO 5

Introducción al Sistema Dominicano de Protección Social

5. INTRODUCCIÓN AL SISTEMA DOMINICANO DE PROTECCIÓN SOCIAL

Para los fines de este estudio se analizará el Sistema Dominicano de Protección Social tanto por el lado del pilar contributivo, que busca proteger de riesgos a los hogares de personas que han participado en el mercado laboral formal, como por el lado del pilar subsidiado por el Estado (no contributivo) dirigido a atender a los grupos poblacionales en condiciones de pobreza. Se tomará en consideración, además, la vinculación de estos pilares con programas de carácter universal (educación y salud) y se analizará específicamente las intervenciones del Estado dirigidas a aumentar la empleabilidad. En el estudio se aplicará un enfoque de género, de derechos humanos y de ciclo de vida.

Con la Ley 87-01 de Seguridad Social aprobada en 2001 la República Dominicana reconoce el derecho de la población a la protección frente a los riesgos asociados con vejez, discapacidad, enfermedad, maternidad, infancia y trabajo. Esta ley, de carácter universal, contempla tres diferentes componentes cada uno asociado a diferentes coberturas, población meta y fuentes de financiamiento, y a un plazo de diez años para su gradual y completa puesta en función.

En este orden la Ley 87-01 otorga al Sistema Dominicano de Seguridad Social el rol de sombrilla de la protección social. En la actualidad, a más de trece años de su promulgación, la ley se está aplicando solo de modo parcial. El régimen contributivo (el único régimen que funciona plenamente) ha tenido una gradual ampliación vertical de la cobertura ofrecida a los trabajadores del sector formal afiliados, llegando a cubrir en la actualidad: el Plan Básico de Salud, Servicios de Estancias Infantiles (con una cobertura muy limitada, como se tendrá ocasión de analizar en el capítulo 6.2), subsidios por enfermedad y maternidad, seguro de riesgos laborales y sistema previsional. Por otro lado, el régimen contributivo subsidiado no se ha puesto todavía en función; y el régimen subsidiado, que debería asegurar a todas las personas dominicanas o residentes legales en el país que se encuentren en situación de desempleo, indigencia y/o discapacidad y no cuenten con protección por otro régimen, tiene una cobertura limitada y funciona solo en el sector de la aseguración en salud y no en el sector de pensiones.

En la República Dominicana se está produciendo lo que el destacado economista cubano Caramelo Mesa-Lagos (2004) define como la «paradoja de la protección social», en el sentido de que los grupos poblacionales menos vulnerables son aquellos que acceden a una mayor y mejor protección: la protección a las personas

afiliadas del régimen contributivo beneficia a la población insertada en el mercado de trabajo formal que ya cuenta con ingresos para resolver sus necesidades vitales.

La asistencia social en la República Dominicana tiene el rol de complementar el sistema de la seguridad social en la protección de los grupos poblacionales en condiciones de vulnerabilidad.

La asistencia social se realiza a través de una serie de componentes dirigidos a ofrecer condiciones mínimas a la población dominicana en situación de pobreza y a incluirlas en programas orientados a elevar su desarrollo humano. Esta asistencia se concretiza a través de: transferencias monetarias condicionadas, transferencias monetarias no condicionadas, subsidios al consumo y transferencias en especie.

Históricamente las intervenciones de asistencia social del Estado dominicano se encontraban dispersas en casi todo el aparato estatal, lo que hacía difícil la identificación de las acciones y el gasto público. Una serie de decretos emitidos entre los años 2004 y 2007 han permitido avanzar hacia la concentración de los programas de asistencia social en el Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales (GCPS) y la creación del Programa de Protección Social. A pesar de esto, se mantiene un cierto grado de dispersión con mínimos niveles de coordinación (ODH 2010).

A lo largo de este estudio se analizará el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) y los programas de asistencia social seleccionados por la mesa de seguimiento a la consultoría, compuesta por representantes de la Dirección Técnica del Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales, del PNUD, ONU Mujeres y OIT y la consultora, tomando en cuenta criterios como su pertinencia para la Iniciativa del Piso de Protección Social y su participación en el presupuesto de la nación.

La matriz a continuación contiene la lista de los programas analizados, organizados por institución, con informaciones relativas a los grupos a los que se dirigen. Como se notará, se han priorizado los programas gestionados por las instituciones adscritas al Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales (los subsidios y las transferencias monetarias del programa PROSOLI, las transferencias del Consejo Nacional de Personas Envejecientes y los programas dirigidos a mejorar la oferta de servicios esenciales de PROCOMUNIDAD, Dirección General de Desarrollo Fronterizo, Comunidad Digna y Dirección de Centros Tecnológicos Comunitarios). Se ha considerado, además, el conjunto de iniciativas estatales que se ocupan de servicios de atención integral y de cuidado para la niñez (tanto por el lado contributivo, con las Estancias Infantiles del SDSS, como por el lado subsidiado, con los Centros de Atención Integral a la Infancia del Consejo Nacional para la Infancia y a la Adolescencia , los Espacios de Esperanza para la estimulación temprana de niños de los Centros Tecnológicos Comunitarios, así como también los Centros de Atención Integral a la Primera Infancia y los Centros Comunitarios de Atención integral a la Infancia y la Familia que se están creando en el marco del Plan Nacional Quisqueya Empieza Contigo de la Dirección General de Programas Especiales de la Presidencia y del Ministerio de Educación). Finalmente, se analizan programas estatales dirigidos a la promoción social, la inserción en el mercado laboral y el emprendimiento.

Es conveniente advertir que, a lo largo del documento, se utilizan datos que hacen referencia a diferentes marcos temporales. Esto es debido al carácter cambiante y dinámico de algunos programas, así como a la imposibilidad de conseguir información para la misma fecha sobre los dife-

rentes programas considerados. Aunque es posible que estas variaciones den lugar a resultados sesgados, se considera que los sesgos tendrán una magnitud limitada y que las conclusiones no variarán significativamente.

TABLA 5.1 PROGRAMAS OBJETO DE ESTUDIO, SU CARACTERIZACIÓN Y RECURSOS ASIGNADOS

INSTITUCIÓN	PROGRAMA	COMPONENTE	COMPONENTES DE ESTÍMULO DE LA DEMANDA U OFERTA DE SERVICIOS	PRINCIPALES GRUPOS POBLACIONALES A LOS CUALES SE DIRIGE
Consejo Nacional de Seguridad Social CNSS	Régimen contributivo	- Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia - Seguro Familiar de Salud - Seguro contra Riesgos Laborales - Licencia de maternidad, lactancia y Estancias Infantiles	–	Población trabajadora (pública y privada) y a empleadores (públicos y privados) que estén adscritos al mercado de trabajo formal
	Régimen subsidiado	- Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia - Seguro Familiar de Salud	–	Trabajadores por cuenta propia con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, así como personas desempleadas, personas con discapacidad y personas indigentes
	Régimen contributivo subsidiado	- Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia - Seguro Familiar de Salud	–	Profesionales y técnicos independientes, así como a trabajadores por cuenta propia con ingresos iguales o mayores al mínimo salarial
Fondos destinados a transferencias monetarias y a subsidios				
Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales GCPS	Programa Progresando con Solidarida PROSOLI	PROSOLI		
		TC Comer Es Primero (CEP)	Demanda en salud y nutrición	Hogares en pobreza extrema y moderada
		TC Incentivo a la Asistencia Escolar (ILAE)	Demanda en educación	Niños de hogares pobres en edad comprendida entre 6 y 21 años de edad
		TC Bono Educativo Estudiando Progreso (BEEP)	Demanda en educación	Jóvenes hasta los 21 años de edad

TABLA 5.1 PROGRAMAS OBJETO DE ESTUDIO, SU CARACTERIZACIÓN Y RECURSOS ASIGNADOS (CONTINUACIÓN)

INSTITUCIÓN	PROGRAMA	COMPONENTE	COMPONENTES DE ESTÍMULO DE LA DEMANDA U OFERTA DE SERVICIOS	PRINCIPALES GRUPOS POBLACIONALES A LOS CUALES SE DIRIGE
		Subsidio Bono Gas Hogar (BGH)	Demanda de gas	Hogares en pobreza extrema y moderada y clase media
		Subsidio Bono Luz (BLH)	Demanda de electricidad	Hogares en pobreza extrema y moderada
Consejo Nacional de la Persona Envejeciente CONAPE/GCPS	Programa de Protección al Envejeciente en Extrema Pobreza (PROVEE)		Demanda de Nutrición	Personas adultas mayores (desde los 65 años de edad) no cubierta por pensión e identificadas como pobres
Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología MESCYT	Programa de Incentivo a la Educación Superior (IES)		Demanda en Educación Superior	Jóvenes estudiantes universitarios de escasos recursos
Programas de promoción social relacionados con el cuidado				
Administradora de Estancias Infantiles Salud Segura AEISS/SDSS	Estancias Infantiles (EI)		Oferta de servicios de cuidado, salud y educación	Niños de 45 días a 4 años y 11 meses de edad
Consejo Nacional para la Infancia y la Adolescencia CONANI	Centros de Atención Integral a la Infancia (CIANI)		Oferta de servicios de cuidado, salud y educación	Niños de 45 días a 4 años y 11 meses de edad
Ministerio de Educación MINERD y Dirección General de Proyectos Especiales de la Presidencia DIGEPEP	Plan Quisqueya Aprende Contigo: - Centros de Atención Integral a la Primera Infancia - Centros Comunitarios de Atención integral a la Infancia y a la Familia		Oferta de servicios de cuidado, salud y educación	Niños de 45 días a 4 años y 11 meses de edad.
Dirección de Centros Tecnológicos Comunitarios CTC/GCPS	Espacio de Esperanza (EPES)		Oferta de Servicios de Estimulación Temprana	Niños de 3 y 4 años de edad.
Consejo Nacional para la Discapacidad CONADIS	No se han identificado programas de protección social dirigidos a las personas con discapacidad coherentes con la Iniciativa del Piso de Protección Social.		No existen	Personas con discapacidad.
Ministerio de Salud Pública MPS	Hogares para el cuidado y la estadía de las personas adultas mayores		Oferta de espacios de cuidado y atención integral	Personas adultas mayores
Programas de estímulo a la oferta de otros servicios esenciales				
Fondo de Apoyo a las Iniciativas Comunitarias PROCOMUNIDAD/GCPS	Proyectos de infraestructura comunitaria		Oferta de infraestructura social y productiva comunitaria	Comunidades rurales con altos niveles de pobreza

TABLA 5.1 PROGRAMAS OBJETO DE ESTUDIO, SU CARACTERIZACIÓN Y RECURSOS ASIGNADOS (CONTINUACIÓN)

INSTITUCIÓN	PROGRAMA	COMPONENTE	COMPONENTES DE ESTÍMULO DE LA DEMANDA U OFERTA DE SERVICIOS	PRINCIPALES GRUPOS POBLACIONALES A LOS CUALES SE DIRIGE
Dirección General de Desarrollo Fronterizo DGDF/ GCPS	- Cambio de piso de tierra por cemento - Ver bien para aprender		- Rehabilitación de viviendas. - Programa de salud visual	Hogares pobres de la región fronteriza. Niños, niñas y adolescentes de centros educativos de básica y media de la región fronteriza
Dirección General de Comunidad Digna DGCD/GCPS	- Programa de Ayuda Inmediata (PADI) - Proyectos de infraestructura comunitaria		- Entrega de equipos y donativos - Oferta de infraestructura para agua, saneamiento y vivienda digna	Personas con discapacidad, personas pobres. Comunidades con altos niveles de pobreza y carencia de servicios básicos.
Centros de Capacitación Progresando con Solidaridad CCPS/ PROSOLI	Centros de Capacitación Progresando con Solidaridad (CCPS)			
Centros Tecnológicos Comunitarios CTC/ GCPS	Centros Tecnológicos Comunitarios (CTC)		Capacitación profesional	Personas residentes en las áreas más pobres del país; personas beneficiarias del programa PROSOLI
Iniciativas sectoriales de promoción de la empleabilidad y el emprendimiento				
Ministerio de Trabajo MT	Programa de Apoyo para el Servicio Nacional de Empleo - PASNE		Promoción de la empleabilidad	Jóvenes de 16 a 29 años en situación de pobreza que no están en el sistema educativo formal y no han concluido la educación secundaria, que estén en situación de desempleo, subempleo o inactividad
Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional INFOTEP	- Programa de Capacitación a los beneficiarios del Programa PROSOLI - Programa Vivir Tranquilo - Programa de formación para personas alfabetizadas en el Plan Quisqueya Aprende Contigo		Capacitación Profesional	Personas beneficiarias de PROSOLI; personas alfabetizadas con el plan Quisqueya aprende contigo y personas residentes en sectores vulnerables
Dirección General de Proyectos Especiales de la Presidencia DIGEPEP	Plan Quisqueya Aprende Contigo		Alfabetización	Personas de 15 años o más

TABLA 5.2 PRESUPUESTO ASIGNADO Y EJECUTADO POR PARTE DE LAS UNIDADES EJECUTORAS DEL GCPS (AÑOS 2013 Y 2014)

UNIDADES EJECUTORAS	AÑO 2013				AÑO 2014	
	INICIAL - RD$	%	EJECUCIÓN - RD$	%	INICIAL - RD$	%
0001-Gabinete Social de la Presidencia	135,788,777.00	2.69	381,544,432.73	6.19	141,788,777.00	2.75
0002-Comunidad Digna Contra la Pobreza	77,416,335.00	1.53	68,148,237.08	1.11	68,750,163.00	1.33
0003-Plan Presidencial Contra la Pobreza	1,442,408,652.00	28.60	2,206,253,211.49	35.82	1,502,408,652.00	29.17
0004-Comisión Presidencial de Apoyo al Desarrollo Barrial	307,176,494.00	6.09	344,633,312.59	5.59	339,965,900.00	6.60
0005-Consejo Nacional de Discapacidad	67,572,538.00	1.34	61,471,090.10	1.00	74,037,469.00	1.44
0007-Progresando con Solidaridad	476,120,776.00	9.44	421,241,369.87	6.84	476,120,776.00	9.25
0008-Administradora de Subsidios Sociales	455,621,223.00	9.03	308,630,221.66	5.01	446,009,350.00	8.66
0009-Sistema Único de Beneficiarios	228,831,362.00	4.54	194,831,276.11	3.16	228,831,362.00	4.44
0010-Consejo Nacional de la Persona Envejeciente	57,270,336.00	1.14	53,178,055.58	0.86	61,038,548.00	1.19
0011-Fondo de Promoción a las Iniciativas Comunitarias	92,500,962.00	1.83	79,676,400.33	1.29	81,783,093.00	1.59
0014-Comedores Económicos del Estado	1,371,529,049.00	27.19	1,643,610,085.76	26.68	1,388,115,475.00	26.95
0015-Oficina de Desarrollo de la Comunidad	183,291,733.00	3.63	182,009,944.98	2.95	172,807,335.00	3.36
0016-Dirección General de Desarrollo Fronterizo	148,254,574.00	2.94	214,880,639.66	3.49	168,206,470.00	3.27
Total de unidades ejecutoras	**5,043,782,811.00**	**100.0**	**6,160,108,277.94**	**100.0**	**5,149,863,370.00**	**100.0**

Fuente: Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales (GCPS).

TABLA 5.3 PRESUPUESTO ASIGNADO Y EJECUTADO EN TRANSFERENCIAS MONETARIAS Y SUBSIDIOS DEL GCPS (AÑOS 2013 Y 2014)

TRANSFERENCIAS MONETARIAS Y SUBSIDIOS (PROG. 98)	AÑO 2013				AÑO 2014	
	PRESUPUESTO INICIAL	%	EJECUCIÓN	%	PRESUPUESTO INICIAL	%
4005- Incentivo a la Asistencia Escolar (ILAE)	1,067,580,000.00	7.65	876,839,886.51	6.72	1,067,580,000.00	7.39
4167- Transferencias Condicionadas (Comer Es Primero)	6,616,000,000.00	47.43	5,974,522,846.20	45.82	7,116,000,000.00	49.25
4174- Ayuda a Envejecientes (PROVEE)	400,000,000.00	2.87	372,620,882.59	2.86	400,000,000.00	2.77
4176- Subsidio G L P Transporte (BGT)	683,830,000.00	4.90	626,122,351.71	4.80	683,830,000.00	4.73
4177- Subsidio G L P Hogares (BGH)	2,339,280,000.00	16.77	2,097,387,025.54	16.09	2,339,280,000.00	16.19
4180- Incentivo a la Educación Superior (IES)	145,200,000.00	1.04	119,167,234.17	0.91	145,200,000.00	1.00
4186- Programada de Incentivo a la Policía Preventiva (PIPP)	172,620,000.00	1.24	165,489,497.28	1.27	172,620,000.00	1.19
4187- Incentivo Alistado Marina de Guerra (IAMG)	46,800,000.00	0.34	42,217,656.94	0.32	46,800,000.00	0.32
4188- Subsidio Bono Luz (BLH)	2,089,842,000.00	14.98	1,691,576,025.50	12.97	2,089,842,000.00	14.46
2220- Centros Tecnológicos Comunitarios (CTC)	127,860,000.00	0.92	9,447,566.00	0.07	127,860,000.00	0.88
2252- Programa Progresando Con Solidaridad (PROSOLI)	260,691,360.00	1.87	1,063,619,780.00	8.16	260,691,360.00	1.80
Total de transferencias monetarias y subsidios	13,949,703,360.00	100.0	13,039,010,752.44	100.0	14,449,703,360.00	100.0
Total Gabinete de Coordinación de la Política Social	18,993,486,171.00		19,199,119,030.38		19,599,566,730.00	

Fuente: Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales (GCPS).

Programas objeto de estudio, su caracterización y recursos asignados

De las transferencias y subsidios otorgados por el GCPS no se han considerado pertinentes para el análisis el Programa Bono Gas para Choferes (BGC), el Programa de Incentivo a la Policía Preventiva (PIPP) y el Programa Incentivo Alistado Marina de Guerra (PIAMG).

El BGC es dependiente de la Oficina Técnica de Transporte Terrestre (OTTT), en coordinación con la Autoridad Metropolitana de Transporte (AMET) y el Ayuntamiento de Santiago de los Caballeros, y es administrado por la ADESS. Consiste en una ayuda de RD$ 3,420 mensuales adicionales a trabajadores del volante para la compra del Gas Licuado de Petróleo (GLP), con la condición que

se mantengan trabajando, a fin de que puedan brindar el servicio de trasporte a los usuarios sin afectar los precios.

El PIPP depende del Ministerio de Interior y Policía y tiene como objetivo apoyar el ingreso de los policías que prestan servicios de vigilancia en las calles, con una subvención mensual de RD$ 928.00 que les permite comprar alimentos, complementando la nutrición de sus hogares, así como protegerles de caer en situación de pobreza.

El PIAMG contribuye de manera mensual con los alistados con la suma de RD$ 928.00 para la compra de alimentos en los establecimientos adheridos a la Red de Abastecimiento Social (RAS). El PIMAG es dependiente de la Marina de Guerra.

Tampoco se han incluido en el análisis los programas de la Comisión Presidencial de Apoyo al Desarrollo Barrial y la Dirección General de Desarrollo de la Comunidad, debido a que no se han considerado pertinentes para el estudio o se han tenido dificultades para establecer contacto con ellos.

Hay que resaltar que en lo referido al Consejo Nacional de Personas con Discapacidad se ha identificado una ausencia de programas pertinentes a la Iniciativa de Piso de Protección Social. Así también es importante señalar que existen otros programas de corte social implementados por el Estado dominicano que, aunque no han sido analizados en el presente estudio, vale la pena citar en consideración del monto del presupuesto que se les destina, así como por su intención de garantizar acceso a servicios de salud y alimentación a personas en situación de extrema pobreza. Estos son:

Programas Protegidos del Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Enfermedades Catastróficas. Se inició en el año 2008 como programa de asistencia social a través del cual se cubrían trasplantes, hemodiálisis y tratamientos de hepatitis, y logró beneficiar ese año un total de 1,300 pacientes. El número de beneficiarios ha ido aumentando (5,171 en el 2012; 8,906 en el 2013) hasta alcanzar 12,643 pacientes en el 2014 con diferentes patologías o prestaciones (insuficiencia renal, psoriasis severa, hepatitis B y C, trasplante renal, reumatología, déficit hormonal, colitis ulcerativa, esclerosis múltiple, enfermedad de Crohn, hipertensión pulmonar, Lupus, osteoporosis severa, leucemia, pubertad precoz, oncología, endometriosis, síndromes mielodisplásicos y otros diagnósticos). Para este año el programa cuenta con una inversión de 2,100 millones de pesos. El programa cuenta además con un catálogo de medicamentos de alta complejidad y alto costo, consistente en 90 productos de alta calidad para brindar ayuda a los usuarios mediante protocolos de donación analizados por comités científicos y creados para lograr la optimización de los recursos del Estado (gasto con calidad).

Programas de los Comedores Económicos del Estado Dominicano. Esta institución, adscrita a la Presidencia de la República, implementa varios programas de donaciones y venta subsidiada de raciones alimenticias, incluyendo el Programa de Ventas Populares, que ofrece una canasta a bajo precio, asequible a personas de escasos recursos; el Programa de Alimentación Móvil, que lleva alimentos a comunidades con altos índices de pobreza y vulnerabilidad a través de cocinas industriales móviles con capacidad para producir hasta 10,000 raciones por día; entre otros. De

acuerdo a las informaciones disponibles en la página web de la institución, entre enero y agosto del 2013 se donaron un total de 460,156 raciones de comida, tanto a beneficiarios particulares (personas pensionadas y envejecientes), como a instituciones (iglesias, asociaciones sin fines de lucro, Policía Nacional, distintas instancias de las Fuerzas Armadas, entre otras). Para el 2014 el presupuesto asignado a los Comedores Económicos fue de 1,388 millones de pesos.

Plan de Asistencia Social de la Presidencia. Este programa tiene como propósito asistir en las necesidades primarias de alimentación, salud y techo a personas en situación de vulnerabilidad. Incluye componentes de asistencia a instituciones sin fines de lucro, personas afectadas con alguna discapacidad, instituciones religiosas, bateyes, entre otras. La asistencia puede consistir en operativos, construcciones, ayuda en el pago de tratamientos médicos y, sobre todo, en el suministro de distintos tipos de donaciones como alimentos crudos, canastillas, electrodomésticos, enseres para el hogar, útiles escolares, etc. Para el 2014 este plan cuenta con un presupuesto de 1,502 millones de pesos.

El Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales

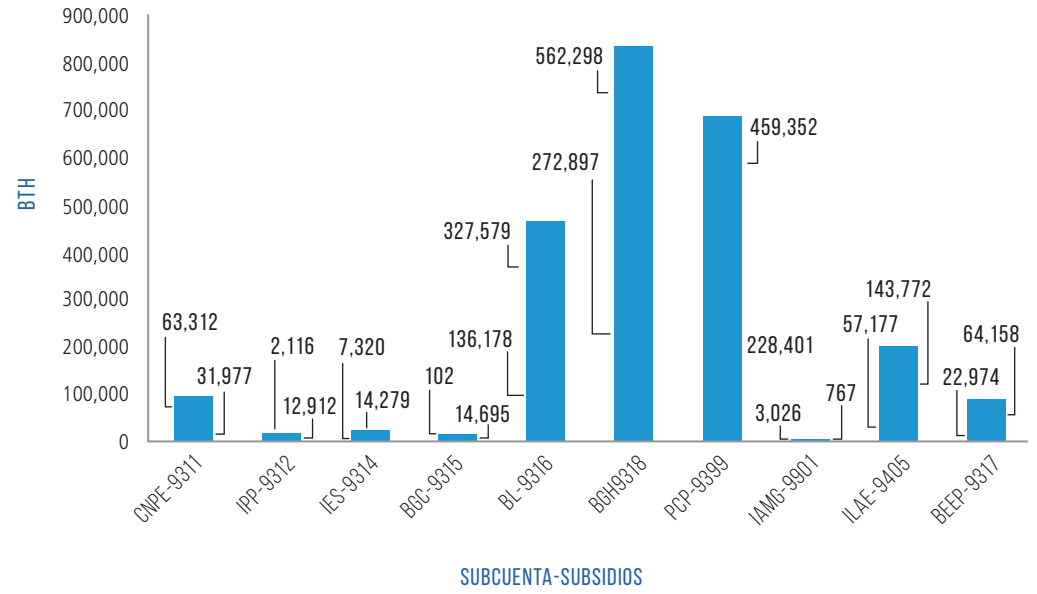
Desde su creación en el 2004, el Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales (GCPS) ha introducido cambios significativos en la forma de ejecutar la política asistencial, destacándose la conformación de dos entidades independientes y con funciones específicas, pero articuladas entre ellas, para hacer operativos los programas de asistencia social. Estas son: la Administradora de Subsidios Estatales (ADESS) y el Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN).

La Administradora de Subsidios Estatales (ADESS) fue creada mediante el Decreto No. 1560-04, del 16 de diciembre del 2004, como organismo con autonomía técnica, administrativa y financiera, adscrito al Poder Ejecutivo y con vinculación institucional y funcional con el Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales. Con la intención de racionalizar, transparentar y hacer más eficiente el uso de los recursos públicos disponibles para las familias en condiciones de indigencia, la ADESS es la institución independiente que se ocupa de gestionar los procesos de liquidación, control, fiscalización y verificación en materia de acreditaciones, pagos y conciliaciones de las transferencias y subsidios otorgados a los hogares elegibles. La ADESS realiza sus actividades con el auxilio del Sistema de Pagos de los Subsidios Sociales (SPSS) integrado por entidades del sector financiero formal que realizan transferencias de dinero a cuentas bancarias abiertas a las personas beneficiarias de los subsidios sociales, a quienes se les entrega una tarjeta de débito (la tarjeta solidaridad). Asimismo, el Sistema de Pagos de los Subsidios Sociales garantiza el pago de los consumos que realizan los hogares beneficiarios en los comercios que hacen parte de la Red de Abastecimiento Social (RAS).

El ADESS tiene el control de todas las cuentas abiertas por cada hogar beneficiario de seguridad social, manteniendo también registro según sexo de la jefatura de hogar. Según estadísticas actualizadas de la ADESS, hasta julio del 2014 se contaban 910,397 tarjetas activas, de las cuales 590,320 (el 65%) estaban en manos de hogares con jefatura femenina y 320,077 (35%) en manos de hogares con jefatura masculina.

En el gráfico a continuación se presenta la distribución de los diferentes subsidios gestionados por la ADESS, desagregados según sexo de la persona que tiene la jefatura del hogar (en rojo los hogares con jefatura femenina y en azul los hogares con jefatura masculina).

GRÁFICO 5.1 DISTRIBUCIÓN DE GÉNERO POR SUBCUENTAS-GAVETAS



Fuente: ADESS (julio del 2014).

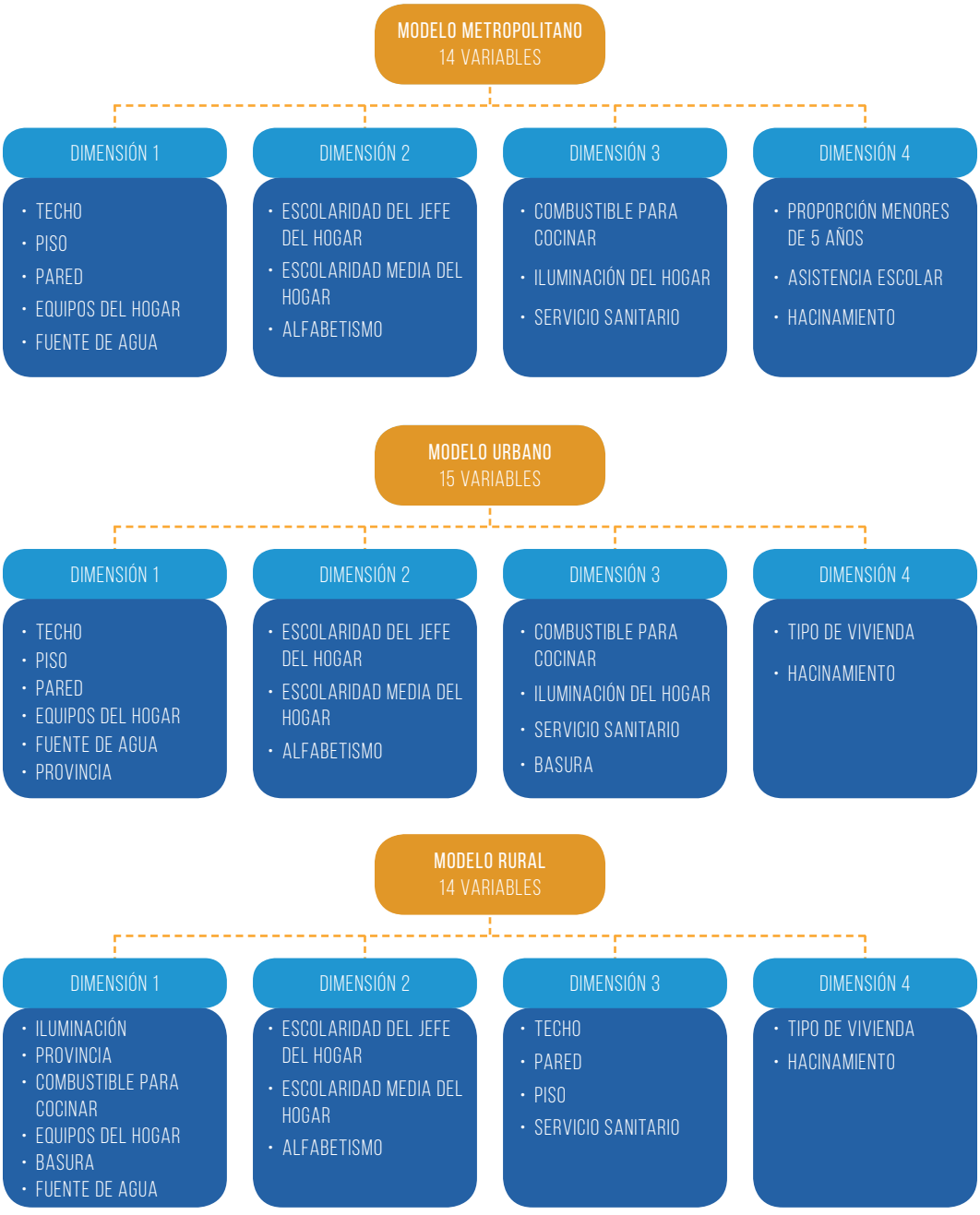
El Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN), creado mediante el Decreto No. 1073-04 del 31 de agosto del 2004, tiene entre sus funciones la creación y administración de la base de datos de hogares pobres de todo el país y la generación del padrón de hogares elegibles para recibir los beneficios de los distintos programas y subsidios sociales focalizados. A estos fines, el SIUBEN visita las áreas geográficas identificadas como de prioridad I y II del mapa de la pobreza y las demás zonas de concentración de la pobreza y realiza un censo por barrido, aplicando entrevistas que permiten tener el perfil socioeconómico de cada hogar perteneciente al área objeto de estudio. Con estas informaciones, procesadas y analizadas con el modelo estadístico Proxy Means Testing, se categorizan los hogares según el nivel de necesidades insatisfechas, asignándoles un índice de calidad de vida.

El índice de calidad de vida (ICV) como sistema de focalización

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 (este dominio se agregó a inicios del 2012 y se refiere al Distrito Nacional, las zonas urbanas de los municipios

de la Provincia de Santo Domingo y el casco urbano del municipio de Santiago de los Caballeros), urbano (abarca las zonas urbanas que no están incluidas en el metropolitano) o rural. Las diferencias de variables y dimensiones en los dominios responden a la necesidad de dar una mejor representación de la realidad que caracteriza a los hogares en base a su localización geográfica.

GRÁFICO 5.2



Fuente: SIUBEN 2012.



Variables comunes a todos los dominios tienen que ver con el capital humano (escolaridad y analfabetismo dentro del hogar, con especial atención a la persona que lleva la jefatura de hogar); las características de la vivienda y su nivel de hacinamiento, así como con los servicios básicos (combustible para cocinar, iluminación y servicios sanitarios). El dominio urbano y el dominio rural, además de tales variables, consideran variables relativas al tipo de vivienda, provincia y recolección de basura (la distribución de estas variables cambia en los dos dominios). En cambio, el dominio metropolitano se destaca por ser el único que incluye dos variables que toman en cuenta la presencia de niños en el hogar y la condición de escolaridad («proporción de niños y niñas menores de 5 años» y «asistencia escolar»).

En base a estas variables se calcula el índice de calidad de vida (ICV), que se opera en una escala de 0 a 100 en la cual el hogar con ICV igual a 0 es el que registra carencia absoluta en todas las variables del modelo y aquel con un ICV igual a 100 es el que presenta mejores condiciones de vida en todas las variables (SIUBEN 2012).

Este sistema de focalización permite ordenar los hogares identificados como pobres en base a su nivel de vulnerabilidad y concentrar las intervenciones de los programas de protección social en los grupos con más necesidades, priorizando los que presentan un ICV 1 (en pobreza extrema) e ICV 2 (pobreza moderada).

TABLA 5.4 CATEGORIZACIÓN DE LOS HOGARES SEGÚN EL ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA

NIVEL DE POBREZA	ZONA URBANA	ZONA RURAL
ICV 1 – Pobreza extrema	0.00 – 47.20	0.00 – 37.50
ICV 2 – Pobreza moderada	47.20 - 60.30	37.50 - 54.50
ICV 3 - No pobre	60.30 – 66.00	54.50 – 61.00
ICV 4 - No pobre	66.00 – 75.80	61.00 – 73.90
ICV 5 - No pobre	75.80 – 100.00	73.90– 100.00

Fuente: Elaboración propia a partir de informaciones recibidas por la dirección del PROSOLI.

El SIUBEN provee datos que permiten identificar la población objetivo para los principales programas de protección social, entre los cuales se destacan el programa Progresando con Solidaridad (en sus múltiples componentes) y el programa de Protección al Envejeciente en Extrema Pobreza (PROVEE) del Consejo Nacional de Personas Envejecientes (CONAPE).

El SIUBEN, adicionalmente, es la puerta de entrada al régimen subsidiado de la seguridad social que permite a las familias obtener los beneficios del Plan Básico de Salud.

La creación del SIUBEN como principal entidad dedicada a la focalización de los programas de asistencia social constituye una importante respuesta a las críticas relativas a la discrecionalidad con la cual antes se seleccionaban las personas y los hogares beneficiarios.

En ocasión de las entrevistas realizadas a representantes de diferentes instituciones públicas que se desempeñan en el ámbito de la protección social, así como a representantes de la sociedad civil que trabajan con grupos vulnerables, se recolectaron diferentes opiniones sobre los aspectos positivos del SIUBEN como instrumento de política social, utilizado para la identificación de las familias pobres y vulnerables del país. En general, se considera que este sistema de focalización es un buen instrumento para la medición de la pobreza estructural, pero no faltan las críticas, las mismas que se resumen a continuación.

La primera tiene que ver con el alcance del estudio realizado por el SIUBEN dirigido solo a algunas áreas geográficas (las identificadas por ser prioritarias en el mapa de pobreza y otros bolsones) que llegan a cubrir a 5,668,096 personas, que corresponden a menos del 60% de la población nacional.

Adicionalmente, según informantes claves del SIUBEN, el índice de calidad de vida (ICV) se ha construido tomando en consideración las variables que, en bases a los estudios realizados, resultaban más significativas para medir la pobreza. Esto ha comportado que algunos criterios considerados fundamentales desde la perspectiva de género y de derechos humanos no se hayan tomado en cuenta.

A continuación se enumeran algunas variables que no se consideran en este instrumento de medición de la pobreza y cuya omisión no permite formular políticas públicas que aborden plenamente algunas de las causas subyacentes de la pobreza[30]:

- Criterios que consideran la capacidad de sustento familiar y la pobreza monetaria, como son el ingreso familiar[31] y la situación laboral de sus integrantes.
    - Según algunas personas entrevistadas, priorizar criterios relacionados con la vivienda y los servicios sin tomar en cuenta la capacidad de sustento familiar (ingreso y situación laboral de sus integrantes) conlleva el riesgo de excluir personas que, aunque vivan en una casa considerada digna, no cuentan con fuentes de ingreso.
    - En otro orden, la ausencia de estos criterios hace del SIUBEN un instrumento que no está perfectamente adecuado para la identificación de las personas destinatarias del régimen subsidiado del Sistema Dominicano de Seguridad Social que, según el art. 7 de la Ley 87-01, son «los trabajadores por cuenta propia con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, así como los desempleados, discapacitados e indigentes».
- Criterios que prioricen los hogares que tengan entres sus integrantes personas con discapacidad grave, en consideración de las dificultades específicas de esas personas en insertarse en el mundo laboral y generar ingresos, de las necesidades de cuidado, de los costos que tienen que enfrentar debido a la discapacidad y a las consecuencias que esto implica para el hogar en términos de responsabilidad del cuidado, pérdida de ingresos y gastos de bolsillo[32].
- Criterios que prioricen los hogares con personas adultas mayores (aunque existe un programa específico dirigido a estas personas).
- Se destaca, además, la no presencia de criterios de género: por ejemplo, a diferencia de otros modelos utilizados en otros países de la región, no se priorizan los hogares con jefatura femenina.
- No se toman en cuenta las relaciones de poder que hay entre integrantes del mismo hogar (en base a la provisión de ingreso, al género, a la edad, condición de dependencia, entre otras).
- No se considera la dimensión de disponibilidad de tiempo y, por lo tanto, la posibilidad de que integrantes de un mismo hogar puedan sufrir diferentes niveles de escasez de tiempo, siendo las mujeres las que sufren sobre todo de déficits de tiempo debido a su doble o triple carga laboral.

Finalmente, hay que apreciar la introducción reciente de la variable que considera la presencia de niños menores de cinco años, aunque solo limitada al dominio metropolitano.

[30] Estas omisiones han sido resaltadas por diferentes personas consultadas o por la misma consultora.

[31] Este criterio no se ha incorporado debido a las fluctuaciones ante los cambios relacionados con la coyuntura económica.

[32] Esta lista de necesidades y limitaciones no es exhaustiva; se añaden, entre otras, las limitadas oportunidades de acceso a servicios educativos y de salud, que se relaciona con la ausencia de infraestructura amigable y la inadecuada preparación del personal que provee servicios.



La pobreza en la República Dominicana según el SIUBEN

Independientemente de las críticas recién expuestas y la posibilidad de seguir mejorando el instrumento, la base de datos del SIUBEN constituye hasta el momento la fuente de información disponible más completa y de calidad con relación a la población pobre en la República Dominicana.

Según el SIUBEN (2012) al 2012, de las 5,668,096 personas residentes en las áreas más empobrecidas del país (prioridad I y II[33]), el 46.1% no se encontraba en condición de pobreza, el restante 53.9%, resultó pertenecer a hogares en pobreza extrema o moderada:

- 616,651 personas fueron identificadas como integrantes de hogares en condición de extrema pobreza, siendo 207,365 los hogares categorizados en el ICV 1.
- 2,438,732 personas fueron declaradas integrantes de hogares en condiciones de pobreza moderada, siendo 722,451 los hogares categorizados en ICV 2.
- En total, según el índice de calidad de vida (ICV) utilizado por el SIUBEN para medir la pobreza y para focalizar las intervenciones de políticas públicas, las personas pobres suman 3,055,383, perteneciendo a 929,816 hogares.

[33] Los indicadores utilizados para la identificación de las áreas prioritarias donde se lleva a cabo el levantamiento por barrido de la información relativa a la situación socioeconómica de los hogares son: el porcentaje de hogares pobres; el número de hogares pobres; la densidad de la pobreza (número de hogares pobres por km2); y la zona de residencia.

TABLA 5.5 PERSONAS QUE INTEGRAN HOGARES EN CONDICIONES DE POBREZA

CATEGORÍA ICV	PERSONAS POR SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	PERSONAS	%	PERSONAS	%	PERSONAS	%
ICV 1	330,861	53.7	285,790	46.3	616,651	100
ICV 2	1,215,057	49.8	1,223,666	50.2	2,438,723	100
Total	**1,545,918**	**50.6**	**1,509,456**	**49.4**	**3,055,374**	**100**

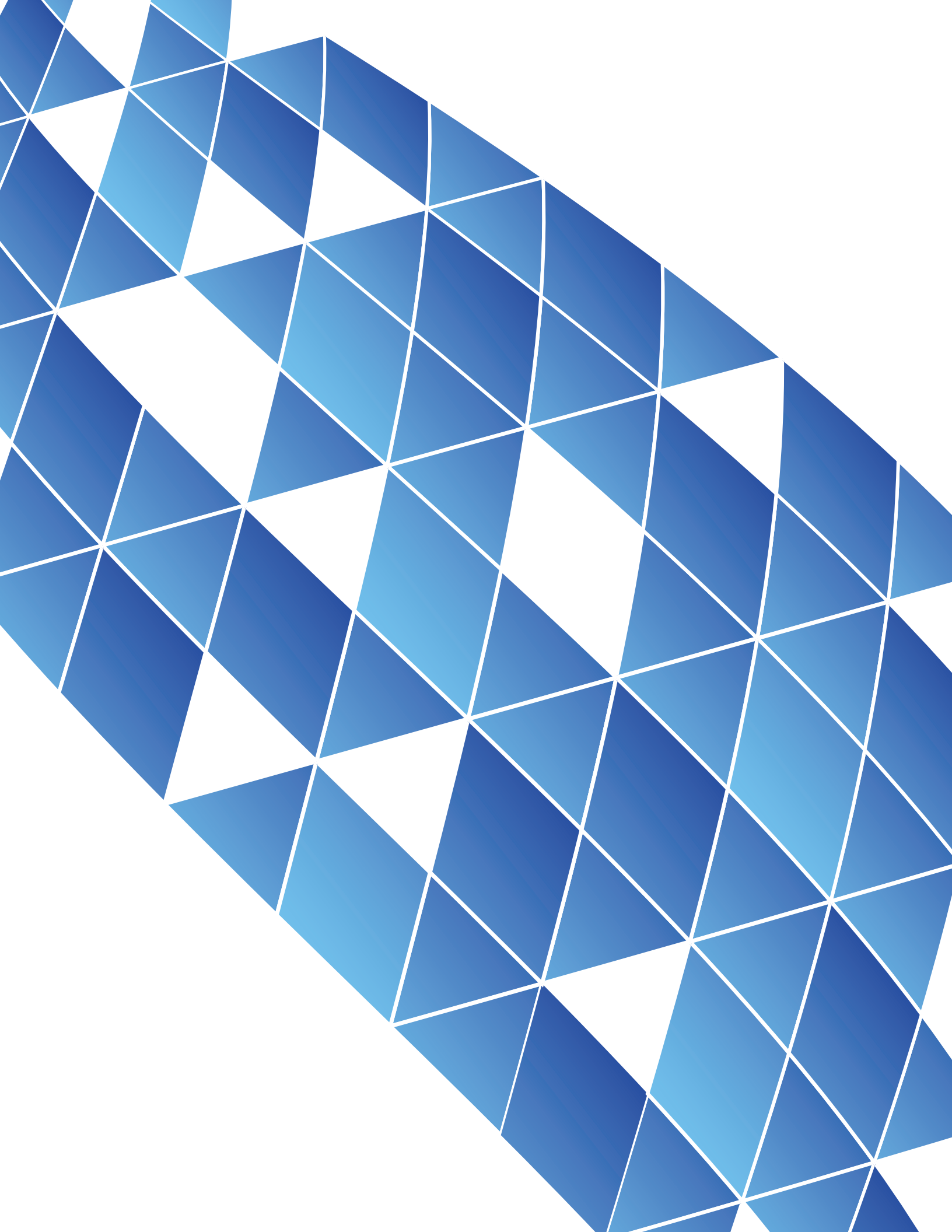
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de SIUBEN 2012.

TABLA 5.6 HOGARES EN CONDICIONES DE POBREZA

CATEGORÍA ICV	HOGARES SEGÚN SEXO DE LA JEFATURA				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	PERSONAS	%	PERSONAS	%	PERSONAS	%
ICV 1	107,923	52	99,442	48	207,365	100
ICV 2	268,569	37.2	453,882	62.8	722,451	100
Total	**376,492**	**40.5**	**553,324**	**59.5**	**929,816**	**100**

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de SIUBEN 2012.

Es importante destacar que en la República Dominicana existe todavía parte de la población que no cuenta con acta de nacimiento ni con cédula, quedándose así excluida de los derechos civiles y ciudadanos, así como de los principales programas de protección social que se implementan en el país. La Encuesta Socioeconómica de Hogar realizada por el SIUBEN en las áreas de mayor pobreza ha dado cuenta de que de un total de 5,688,096 personas encuestadas, el 1.9% fue declarado, pero no tiene acta de nacimiento, otro 4.6% no fue declarado. Entre la personas mayores de 16 años, además, solo el 85.7% cuenta con cédula, mientras que el 14.1% no la tiene.



CAPÍTULO 6

El Sistema Dominicano de Seguridad Social: coberturas y brechas de género (fichas 1, 2 y 3)

6. EL SISTEMA DOMINICANO DE SEGURIDAD SOCIAL: COBERTURAS Y BRECHAS DE GÉNERO (FICHAS 1, 2 Y 3)

6.1 Régimen contributivo, régimen subsidiado y régimen contributivo subsidiado (fichas 1 y 2)

Con la aprobación, en mayo del 2001, de la Ley 87-01 se creó el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), sistema que comprende a todas las instituciones públicas, privadas y mixtas que se desempeñan en el ámbito de la seguridad social en la República Dominicana.

El objetivo del SDSS está expresado en el artículo 1 de la Ley 87-01 y consiste en la regulación y desarrollo de «los derechos y deberes recíprocos del Estado y de los ciudadanos en lo concerniente al financiamiento para la protección de la población contra los riesgos de vejez, discapacidad, cesantía por edad avanzada, sobrevivencia, enfermedad, maternidad, infancia y riesgos laborales», contemplando entre sus principios generales la universalidad, que se define como la protección de «todos los dominicanos y los residentes en el país, sin discriminación por razón de salud, sexo, condición social, política o económica». A pesar del lenguaje sexista utilizado en estos artículos y a lo largo de todo el texto de la ley, en la cual se utilizan solo términos masculinos, la ley establece desde sus primeros artículos la voluntad de promover la equidad e igualdad de género en el marco del Sistema Dominicano de Seguridad Social.

A continuación se presenta el SDSS, poniendo énfasis en las brechas de coberturas, tanto desde una perspectiva horizontal (grupos poblacionales desprotegidos), como desde una perspectiva vertical (posibilidades de ampliar los derechos otorgados a los diferentes grupos), y utilizando un enfoque de género y derechos humanos.

En la Ley 87-01 se definen tres regímenes diferentes que difieren entre sí en términos de grupos poblacionales destinatarios, beneficios otorgados y fuentes de financiamiento:

a) Régimen contributivo:

- Cubre a la población trabajadora (pública y privada) y a los empleadores (públicos y privados) que estén adscritos al mercado de trabajo formal.
- Los beneficios que otorga son:
  - Seguro de vejez, discapacidad y sobrevivencia

- Seguro familiar de salud*
- Seguro contra los riesgos laborales
- Licencia de maternidad, lactancia y estancias infantiles.

- Los fondos para el financiamiento de este régimen derivan del salario cotizable y provienen de una cuota por parte de la persona empleada y otra cuota por parte del empleador.

b) Régimen subsidiado:

- Cubre a trabajadores por cuenta propia con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, así como personas desempleadas, personas con discapacidad e indigentes.
- Los beneficios que otorga son:
  - Seguro de vejez, discapacidad y sobrevivencia.
  - Seguro familiar de salud*.
- Los fondos para financiar el régimen son aportados en su totalidad por el Estado.

c) Régimen contributivo subsidiado:

- Cubre a profesionales y técnicos independientes, así como a trabajadores por cuenta propia con ingresos iguales o mayores al mínimo salarial.
- Los beneficios que otorga son:
  - Seguro de vejez, discapacidad y sobrevivencia
  - Seguro familiar de salud*.
- Los fondos para financiar el régimen provienen de aportes de los trabajadores complementados con un subsidio estatal.

El Sistema Dominicano de Seguridad Social y el objetivo de la universalidad

El Sistema Dominicano de Seguridad Social tiene como objetivo principal la cobertura de la seguridad social de todos los ciudadanos y las personas con residencia legal en el país. Su vocación universal está plasmada en la Ley 87-01 que contempla, a estos fines, una estructura compuesta por tres regímenes: el contributivo, el subsidiado y el contributivo subsidiado.

En la misma Ley 87-01 se contempla una gradual puesta en función del sistema para lograr en un marco temporal de 10 años la universalidad: a partir del año 2011, los distintos regímenes habrían debido operar plenamente.

Como aclara la Organización Internacional del Trabajo (2013:5): «La puesta en operación de estos regímenes con sus respectivos seguros ha significado un incremento gradual de la cobertura de

* Como se detalla a continuación en la tabla 6.1, el Seguro Familiar de Salud contempla el Plan Básico de Salud y los Servicios de Estancias Infantiles para los tres regímenes; en el régimen contributivo, además de estas prestaciones en especie, se contemplan prestaciones en dinero: los subsidios por enfermedad y por maternidad.

la seguridad social, no solo a nivel horizontal, incorporando más personas, sino también a nivel vertical, protegiéndola a través de la implementación gradual de seguros que han ido cubriendo cada vez más riesgos».

Sin embargo, a la fecha, la universalidad está lejos de alcanzarse: al presente solo funciona el régimen contributivo, mientras el subsidiado opera parcialmente y el contributivo-subsidiado no se ha implementado todavía en ninguno de sus componentes.

La universalidad sigue siendo un compromiso del Estado dominicano que fue reafirmado en la Estrategia Nacional de Desarrollo (Ley 1-12), así como en el Plan Estratégico Quinquenal del Sistema Dominicano de Seguridad Social y en las metas presidenciales.

Instituciones que conforman el Sistema Dominicano de Seguridad Social

El Sistema Dominicano de Seguridad Social se cimienta sobre una estructura compleja, que asigna la dirección, regulación, financiamiento y supervisión del sistema exclusivamente al Estado, mientras que las funciones de administración de riesgos y prestación de servicios estarán a cargo de entidades públicas, privadas o mixtas establecidas (Guzmán y Cruz 2010).

A continuación se presentan las instituciones que componen el SDSS:

Entidades reguladoras:

- Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS)
- Superintendencia de Pensiones (SIPEN)
- Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)

Entidades públicas de apoyo:

- Tesorería de la Seguridad Social (TSS)
- Dirección de Información y Defensa de los Asegurados (DIDA)

Administradoras de riesgos:

- Administradoras de Riesgos de Salud (ARS)
- Seguro Nacional de Salud (SENASA)
- Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP)

Proveedoras de servicios:

- Proveedoras de Servicios de Salud (PSS)

Basadas en esta separación de funciones, más de 22 entidades componen el SDSS a nivel nacional, las cuales se complementan en la búsqueda de un mismo objetivo.

GRÁFICO 6.1 ESTRUCTURA DEL SISTEMA DOMINICANO DE SEGURIDAD SOCIAL



Fuente: ODH (2010), con una leve modificación en la última línea.

Principales entidades del Sistema Dominicano de Seguridad Social y sus funciones

Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS)

El CNSS tiene a su cargo la dirección y conducción del SDSS y, como tal, es el responsable de establecer las políticas, regular el funcionamiento del sistema y de sus instituciones, garantizar la extensión de cobertura, defender a los beneficiarios, así como de velar por el desarrollo institucional, la integralidad de sus programas y el equilibrio financiero del SDSS.

Tesorería de la Seguridad Social (TSS)

La TSS tiene a su cargo el Sistema Único de Información y el proceso de recaudo, distribución y pago. Para asegurar la solidaridad social, evitar la selección adversa, contener los costos y garantizar la credibilidad y eficiencia, contará con el apoyo tecnológico y la capacidad gerencial de una entidad especializada dotada de los medios y sistemas electrónicos más avanzados.

Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA)

El CNSS tiene una Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA) como una dependencia técnica dotada de presupuesto definido y autonomía operativa, responsable de: promover el SDSS e informar a sus afiliados sobre sus derechos y deberes; recibir reclamaciones y quejas, así como tramitarlas y darles seguimiento hasta su resolución final; asesorar a los afiliados en sus recursos amigables o contenciosos, por denegación de prestaciones, mediante los procedimientos y recursos establecidos por la ley y sus normas complementarias; realizar estudios sobre la calidad y oportunidad de los servicios de las AFP, del Seguro Nacional de Salud (SNS) y las ARS, y difundir sus resultados, a fin de contribuir en forma objetiva a la toma de decisión del afiliado; y supervisar, desde el punto de vista del usuario, el funcionamiento del Sistema Dominicano de Seguridad Social.

Superintendencia de Pensiones (SIPEN)

La Superintendencia de Pensiones tiene entre sus principales funciones: supervisar la correcta aplicación de la ley y de sus normas complementarias en lo concerniente a las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP); autorizar la creación y el inicio de las operaciones de las AFP que cumplan con los requisitos establecidos; supervisar, controlar, monitorear y evaluar las operaciones de las AFP; fiscalizar a las Compañías de Seguros, con la colaboración de la Superintendencia de Seguros; regular, controlar y supervisar los fondos y cajas de pensiones existentes; supervisar a la Tesorería de la Seguridad Social y al Patronato de Recaudo e Informática de la Seguridad Social (PRISS) en lo relativo a la distribución de las cotizaciones al seguro de vejez, discapacidad y sobrevivencia dentro de los límites, distribución y normas establecidas por la ley y sus normas complementarias; someter a la consideración de la CNSS las iniciativas necesarias en el marco de la ley y sus normas complementarias, orientadas a garantizar el desarrollo del sistema, la rentabilidad de los fondos de pensión, la solidez financiera de las AFP y la libertad de selección de los afiliados.

Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)

La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales tiene, entre otras, las funciones de: supervisar la correcta aplicación de la ley, el Reglamento de Salud y Riesgos Laborales, así como de las resoluciones del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) en lo que concierne a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y de la propia Superintendencia; autorizar el funcionamiento del Seguro Nacional de Salud (SNS) y de las ARS que cumplan con los requisitos establecidos y mantener un registro actualizado de las mismas y de los promotores de seguros de salud; proponer al Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) el costo del plan básico de salud y de sus componentes; supervisar, controlar y evaluar el funcionamiento del Seguro Nacional de Salud (SNS) y de las ARS, y fiscalizarlas en cuanto a su solvencia financiera y contabilidad; fungir como árbitro conciliador cuando existan desacuerdos entre las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) o el Seguro Nacional de Salud y las Proveedoras de Servicios de Salud (PSS); y supervisar a la Tesorería de la Seguridad Social y al Patronato de Recaudo e Informática de la Seguridad Social (PRISS) en lo relativo a la distribución de las cotizaciones al Seguro Familiar de Salud y al Seguro de Riesgos Laborales.

Avances en la implementación de la Ley 87-01 y población beneficiaria

La ley, al reconocer el carácter universal del derecho a la seguridad social, contemplaba un periodo de transición de máximo diez años para la puesta en función gradual de los tres diferentes regímenes (siendo 2011 el año de cumplimiento). Sin embargo, vale reconocer que esta ley no fue acompañada desde el principio de una planificación adecuada para su implementación y que la inversión correspondiente se ha realizado de forma gradual. No obstante estas limitaciones, se han alcanzado logros importantes, el dato más importante es que la República Dominicana es uno de los países con mayor cobertura de afiliación en la región (Matías 2013)[35]. Sin embargo, son muchas los desafíos pendientes. A la fecha (julio del 2014) está funcionando el régimen contributivo (desde el 2003 el componente previsional, desde el 2004 el sistema de seguro contra los riesgos laborales y desde el 2007 el seguro de salud) y parte del subsidiado en salud (desde el 2004), mientras que no ha todavía entrado en vigencia el régimen contributivo subsidiado, ni el seguro de vejez, discapacidad y sobrevivencia del régimen subsidiado.

Según Guzmán y Cruz (2010) el desarrollo del sistema ha sido accidentado y sujeto a muchos atrasos y vaivenes no solo debido a la intención, contemplada en la ley, de tener un periodo de implementación gradual, sino también por elementos de economía política y los conflictos de intereses existentes entre los diversos actores económicos, especialmente en el sector salud[36].

[35] Según el CNSS (2013b, 7): «Al observar el desarrollo del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), en los trece años transcurridos desde su creación, podemos asegurar que se ha ido avanzado de manera sostenida, tanto, que del penúltimo lugar que ocupábamos en Latinoamérica en cuanto a cobertura del Seguro de Salud, en un salto impresionante hemos pasado al séptimo lugar, superando el promedio regional. Al promulgarse la Ley 87-01 en el año 2001, tan solo un 7% de la población dominicana se encontraba cubierta por los seguros del IDSS, y en agosto del 2004 menos de un 1% había sido afiliado al Sistema, a pesar de haber transcurrido tres años desde la promulgación de la Ley. Al cierre del año 2013, un 57.6% de la población tiene cobertura del Seguro Familiar de Salud, conformado por 2,994,180 personas en el régimen contributivo con sus empleadores, asalariados y sus familias; y 2,646,899 personas en el régimen subsidiado».

[36] Los principales conflictos han tenido que ver con la definición del catálogo de prestaciones del Plan Básico de Salud (PBS) y el establecimiento de las cuotas de copago por la prestación de servicios; la definición y actualización de los costos del PBS; la definición de tarifas mínimas para honorarios profesionales y la reglamentación del procedimiento de entrega de los medicamentos ambulatorios y de los subsidios contemplados en la ley (CNSS 2005, cit. en Guzmán y Cruz 2010).

En la tabla a continuación se detallan las prestaciones contempladas por cada régimen y se resaltan en cursiva los componentes que todavía no han entrado en vigencia y/o no están funcionando como previsto por la ley.

TABLA 6.1 PRESTACIONES DE LOS REGÍMENES DE SEGURIDAD SOCIAL SEGÚN TIPO DE SEGURO Y RÉGIMEN

	REGÍMENES		
	CONTRIBUTIVO	CONTRIBUTIVO SUBSIDIADO	SUBSIDIADO
Seguro Familiar de Salud	Prestaciones en especie: - Plan Básico de Salud - Servicios de Estancias Infantiles Prestaciones en dinero: - Subsidios por enfermedad - Subsidios por maternidad	- Plan Básico de Salud - Servicios de Estancias Infantiles	- Plan Básico de Salud - Servicios de Estancias Infantiles
Sistema de Pensiones	- Pensión de vejez - Pensión de discapacidad (total o parcial) - Pensión de cesantía por edad avanzada - Pensión de sobrevivencia	- Pensión de vejez - Pensión de discapacidad (total o parcial) - Pensión de sobrevivencia	- Pensión solidaria por vejez[37] y discapacidad - Pensión de sobrevivencia
Seguro de Riesgos Laborales	- Asistencia médica y odontológica - Subsidio por discapacidad temporal ocasionada en trabajo - Indemnización por discapacidad - Pensión por discapacidad		

Fuente: Realizado tomando como base la Ley 87-01, Art. 44, 71, 64, 127, 128 y 192, reelaboración del esquema del Guzmán y Cruz (2010).

[37] Consiste en el 60% 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 (Art. 65 Ley 87-01).

A continuación se precisa para el régimen contributivo las fuentes de fondos y su distribución en los diferentes usos.

TABLA 6.2 FUENTES Y USOS DE LOS FONDOS EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO, POR TIPO DE BENEFICIOS

BENEFICIOS	FUENTE A TRAVÉS EL CUAL SE FINANCIA	USOS (2010)	
Seguro de Salud	Aporte que equivale a 10.13 % del salario cotizable que proviene en un 7.09 % del empleador y 3.04% del empleado	**Total**	**10.13%**
		Cuidado de la salud de las personas	9.53%
		Estancias Infantiles	0.10%
		Subsidios	0.43%
		Operación a la Superintendencia	0.07%
Sistema previsional	Aporte que equivale a 9.97 % del salario cotizable del trabajador, dividido en 2.87 % provisto por el afiliado y 7.10 % por el empleador	**Total**	**9.97%**
		Cuenta personal	8.00%
		Seguro de vida del afiliado	1.00%
		Fondo de Solidaridad Social	0.40%
		Comisión de la Administradora de Fondo de Pensiones (AFP)	0.50%
		Operación de la Superintendencia	0.07%
Seguro de riesgos laborales	Aportes de los empleadores, equivalentes a 1.2% del salario de cada persona cotizante. «Ese porcentaje se compone de una cuota básica fija, de 1 por ciento del salario, y una cuota variable que va desde 0.10 por ciento hasta 0.3 por ciento del salario cotizable en función de rama de actividad y nivel de riesgo de la empresa» (OMLAD 2010, 142)		

Fuente: Reelaboración e integración de dos tablas de Guzmán y Cruz (2010), realizadas tomando como base la Ley 87-01, Arts. 44, 71, 64, 127, 128 y 192.

Según datos del Consejo Nacional de Seguridad Social (2014), en enero del 2014 5,672,635 personas se encontraban afiliadas al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS). Esto equivale al 58.6%[38] de la población dominicana[39] según las proyecciones de la población hechas por el mismo CNSS sobre la base de los datos censales.

TABLA 6.3 PORCENTAJES DE PARTICIPACIÓN POR REGÍMENES

MES/AÑO	AFILIACIÓN AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO (RC)	AFILIACIÓN AL RÉGIMEN SUBSIDIADO (RS)	AFILIACIÓN AL RÉGIMEN ESPECIAL TRANSITORIO (RET)[40]	AFILIACIÓN TOTAL AL SDSS	% RC	% RS	% RET
Dic. 2003	986,538	53,200	-	1,039,738	94.88	5.12	-
Dic. 2004	1,190,202	64,713	-	1,254,915	94.84	5.16	-
Dic. 2005	1,429,521	258,191	-	1,687,712	84.7	15.3	-
Dic. 2006	1,588,621	513,906	-	2,102,527	75.56	24.44	-
Dic. 2007	1,477,181	972,427	-	2,449,608	60.3	39.7	-
Dic. 2008	1,692,259	1,242,681	-	2,934,940	57.66	42.34	-
Dic. 2009	2,088,299	1,411,152	21,982	3,521,433	59.3	40.07	0.62
Dic. 2010	2,364,083	2,023,360	27,105	4,414,548	53.55	45.83	0.61
Dic. 2011	2,517,423	2,017,423	29,726	4,564,572	55.15	44.2	0.65
Dic. 2012	2,688,411	2,335,292	30,703	5,054,406	53.19	46.2	0.61
Dic. 2013	2,859,306	2,751,753	27,243	5,638,332	50.71	48.8	0.48
Ene. 2014	2,902,340	2,741,484	28,811	5,672,635	51.16	48.33	0.51

Fuente: CNSS (2014).

Las prestaciones del Sistema Dominicano de Seguridad Social

A continuación se analizan las principales prestaciones ofrecidas por el SDSS, empezando por el Seguro Familiar de Salud, para continuar con el Sistema de Pensiones y concluir con el Seguro de Riesgos Laborales.

[38] Este porcentaje se reduce al 55.3% si se toman en cuenta las estimaciones y proyecciones de la población total dominicana para el 2013 realizadas por la ONE y actualmente disponibles, aunque todavía no han sido actualizadas en base a los datos del CENSO 2010.

[39] Según el CENSO 2010 la población dominicana totalizaba 9,445,281 personas.

[40] Régimen especial transitorio (RET) se refiere a pensionados y jubilados que reciben su pensión a través del Ministerio de Hacienda.

Seguro Familiar de Salud

El «Seguro Familiar de Salud (SFS) tiene por finalidad la protección integral de la salud física y mental del afiliado y su familia, así como alcanzar una cobertura universal sin exclusiones por edad, sexo, condición social, laboral o territorial, garantizando el acceso regular de los grupos sociales más vulnerables y velando por el equilibrio financiero, mediante la racionalización del costo de las prestaciones y de la administración del Sistema» (SISALRIL 2014).

La disponibilidad de un seguro de salud constituye la principal de las prestaciones laborales que componen la oferta del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS). La puesta en marcha en el país de la Seguridad Social ha conllevado a un gradual, pero significativo aumento de las personas con acceso a una aseguración en salud[41]. A inicios del milenio se estimaba que solo el 24% de la población dominicana estaba cubierta por seguro de salud (PNUD 2010 cit. en Guzmán y Cruz 2010) y apenas el 5.2% era asegurado por el seguro social del Instituto Dominicano de Seguridad Social (el resto era cubierto por seguros privados o de autogestión).

Respecto al anterior sistema, el SDSS que se puso en función desde el 2001 otorga cobertura a los familiares dependientes. Si bien esta cobertura a las personas dependientes se basa en un modelo de familia biparental y patriarcal (en el cual el hombre es el proveedor y la mujer se dedica al rol de cuidado), hay que reconocer que la ley ha superado algunas limitaciones típicas de enfoques similares al manejar una concepción ampliada de familia, pues contempla la cobertura de la pareja independientemente del estatus de legalmente casada[42]. Además de las parejas, entre las personas dependientes se encuentran las madres e hijos, incluidos en caso de enfermedad pre-existente. Desde una perspectiva de género, se considera un avance que se incluya también el estatus de maternidad, tanto en edad adulta como en edad adolescente.

En fin, este diseño responde a las exigencias de una sociedad cambiante, en la cual hay más mujeres proveedoras (jefas de hogar) que pueden ser ellas mismas titulares y que garantizan el derecho a la cobertura de sus dependientes.

Con relación a la cobertura de los hijos es importante resaltar que salen del sistema automáticamente al cumplimiento de los 18 y/o 21 años, a menos que no haya una comunicación de la persona titular que informa que están estudiando. Lamentablemente, no hay un alto nivel de conocimiento de la ley, lo que implica que muchos jóvenes estudiantes no empleados se encuentren descubiertos y tengan dificultades a reinsertarse en el sistema. No se tiene conocimiento acerca de la distribución por sexo de la población juvenil dependiente, sin embargo, se asume que el impacto es mayor en jóvenes estudiantes de sexo femenino, en consideración del alto índice de feminidad en la educación superior y universitaria[43].

[41] Uno de los principales hitos ocurrió en septiembre de 2007, cuando la puesta en función del seguro de salud del régimen contributivo amplió la cobertura del Seguro Familiar de Salud a 1,208,042 personas adscritas al mercado formal (y sus dependientes).

[42] En el art. 123 se especifica dentro de los beneficiarios del régimen contributivo, el o la cónyuge del afiliado o «compañero de vida con quien haya mantenido una vida marital durante los tres años anteriores a su inscripción, o haya procreado hijos, siempre que ambos no tengan impedimento legal para el matrimonio».

[43] Ver el acápite sobre educación en el perfil del país del presente estudio.

Esta cobertura de las personas dependientes responde evidentemente a necesidades específicas de las mujeres que representan en este momento la mayoría de la población dependiente (el 54.5%).

Cobertura en salud

Según los datos proporcionados por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), para enero 2014 la cobertura de salud asegurada por el SFS alcanzaba a 5,643,824 personas, siendo la mayoría mujeres (52.1% respecto al 47.9% de varones).

Según las estadísticas de SISALRIL en los últimos cuatro años el aumento de las aseguraciones viene dado, sobre todo, desde el régimen subsidiado, mientras que la ampliación de la población cubierta por el régimen contributivo ha sido más limitada: entre enero del 2010 y febrero del 2014 la población en el régimen contributivo se ha multiplicado por 1.4 y la población en el régimen subsidiado casi por dos.

TABLA 6.4 POBLACIÓN AFILIADA AL SFS POR TIPO DE RÉGIMEN Y SEXO DEL AFILIADO, A ENERO 2014

SEGURO FAMILIAR DE SALUD			RÉGIMEN SUBSIDIADO			RÉGIMEN CONTRIBUTIVO		
Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
5,643,824	2,700,989	2,942,835	2,741,484	1,238,406	1,503,078	2,902,340	1,462,583	1,439,757
100%	47.9%	52.1%	100%	45.2%	54.8%	100%	50.4%	49.6%

Fuente: SISALRIL (2014).

Resulta importante resaltar que, mientras la mayoría de los hombres (el 54.13%) está afiliada al régimen contributivo, la mayoría de las mujeres (el 51.13%) lo está al régimen subsidiado, relacionándose estos porcentajes con la desigual participación por sexo en el mercado laboral formal.

En el régimen subsidiado las mujeres representan el 54.81% de la población cubierta contra el 45.19% de los hombres; mientras que en el régimen contributivo la cobertura masculina supera la femenina de 0.89 puntos porcentuales.

Entre las mujeres afiliadas al régimen contributivo, la mayoría (el 61.3%) están registradas como dependientes, mientras que entre los hombres la mayoría de los afiliados a este régimen son titulares (el 52% contra el 48% de dependientes).

TABLA 6.5 POBLACIÓN AFILIADA AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO SEGÚN TIPO DE AFILIACIÓN Y SEXO DEL AFILIADO, A ENERO 2014

TOTAL			HOMBRES			MUJERES		
Total	Titulares	Dependientes	Total	Titulares	Dependientes	Total	Titulares	Dependientes
2,902,340	1,321,340	1,581,000	1,462,583	761,890	700,693	1,439,757	559,450	880,307
100%	45.5%	54.5%	100%	52.1%	47.9%	100%	38.9%	61.1%

Fuente: SISALRIL (2014).

Al tomar en consideración la menor presencia de las mujeres en el trabajo formal, el nivel de cobertura de las mujeres como titulares del seguro en salud del régimen contributivo supera las expectativas. Esto se explica, según García (2012), por las diferentes formas de inserción laboral de la población asalariada masculina y femenina, en especial la mayor inserción de las mujeres en los sectores en los cuales hay mayor implementación de seguro de salud, en particular en el sector público[44].

Cobertura en salud con el régimen subsidiado

El régimen subsidiado está claramente feminizado: en este régimen prevalecen las mujeres, la mayoría de las cuales son titulares (62%), mientras que solo el 50% de los varones son titulares[45]. El alto número de mujeres acogidas en este régimen está relacionado con las altas tasas de desempleo y de subempleo de las mujeres, así como con su mayor vulnerabilidad.

TABLA 6.6 POBLACIÓN AFILIADA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO SEGÚN TIPO DE AFILIACIÓN Y SEXO DEL AFILIADO, A ENERO 2014

TOTAL			HOMBRES			MUJERES		
Total	Titulares	Dependientes	Total	Titulares	Dependientes	Total	Titulares	Dependientes
2,741,484	1,556,255	1,238,406	1,462,583	619,784	618,622	1,503,078	936,471	566,607
100%	56.8%	100%	100%	50.0%	50.0%	100%	62.3%	37.7%

Fuente: SISALRIL (2014).

El Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS 2014) calcula[46] que la cobertura con el régimen subsidiado del Seguro Familiar de Salud alcanzaba, en enero de 2014, el 70%[47] de la población dominicana pobre, definida en base al escenario de pobreza monetaria, resaltando un aumento significativo en los últimos años (la cobertura efectiva de la población pobre, según el CNSS, era del 34.3% en 2009 y del 47% en 2010).

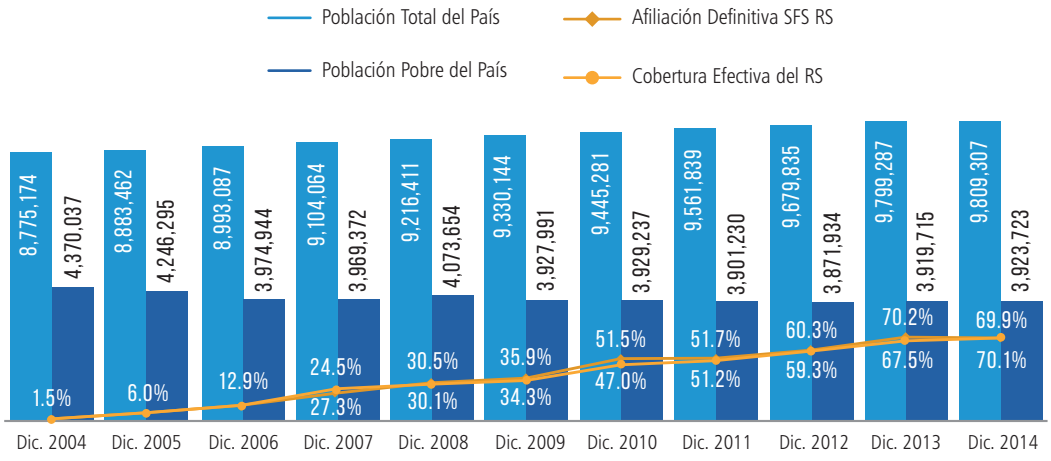
[44] Según el Boletín N. 42 del SIPEN de diciembre del 2013 (disponible en www.sipen.gov.do), entre los sectores económicos con mayores niveles de cotización se encuentran: desconocidos (403,921); industrias manufactureras (152,066); administración pública y defensa (333.840) que tienen planes de Seguridad Social de afiliación obligatoria; industrias manufactureras (152,066); y comercio al por mayor y por menor (147,647).

[45] Este porcentaje demuestra un crecimiento importante respecto al 2010 cuando representaban solo el 35%.

[46] Estas estimaciones hacen referencia al escenario de pobreza monetaria calculado por el MEPyD y se refieren a una proyección de la población realizada por la Gerencia de Planificación y Desarrollo del CNSS en base a la población censal de 2010. Ver la tabla «Cobertura del seguro familiar de salud del régimen subsidiado a la población pobre del país (escenario pobreza monetaria MEPyD)».

[47] Afiliación definitiva 69.9% y cobertura efectiva 70.1% (CNSS 2014).

GRÁFICO 6.1 COBERTURA DEL SEGURO FAMILIAR DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO A LA POBLACIÓN POBRE DEL PAÍS (ESCENARIO POBREZA MONETARIA MEPYD)



Fuente: CNSS (2014).

Según el Decreto 143-05 del 21 de marzo de 2005, la evaluación de la población a ser afiliada en el régimen subsidiado la realiza el SIUBEN. Si reproducimos el cálculo de la cobertura del SFS sobre la población perteneciente a los índices de calidad de vida 1 y 2, que suma 3,055,374 personas (SIUBEN 2012), la cobertura del régimen contributivo es mucho más alta de la calculada por el CNSS y llega casi al 90% (89.73%)[48].

Se considera que esta notable diferencia entre los datos de cobertura, calculados considerando el escenario de pobreza monetaria respecto a los datos obtenidos tomando en cuenta el criterio de pobreza multidimensional utilizado por el SIUBEN, está relacionada con la posible exclusión de los registros del SIUBEN de parte de la población objetivo del régimen subsidiado.

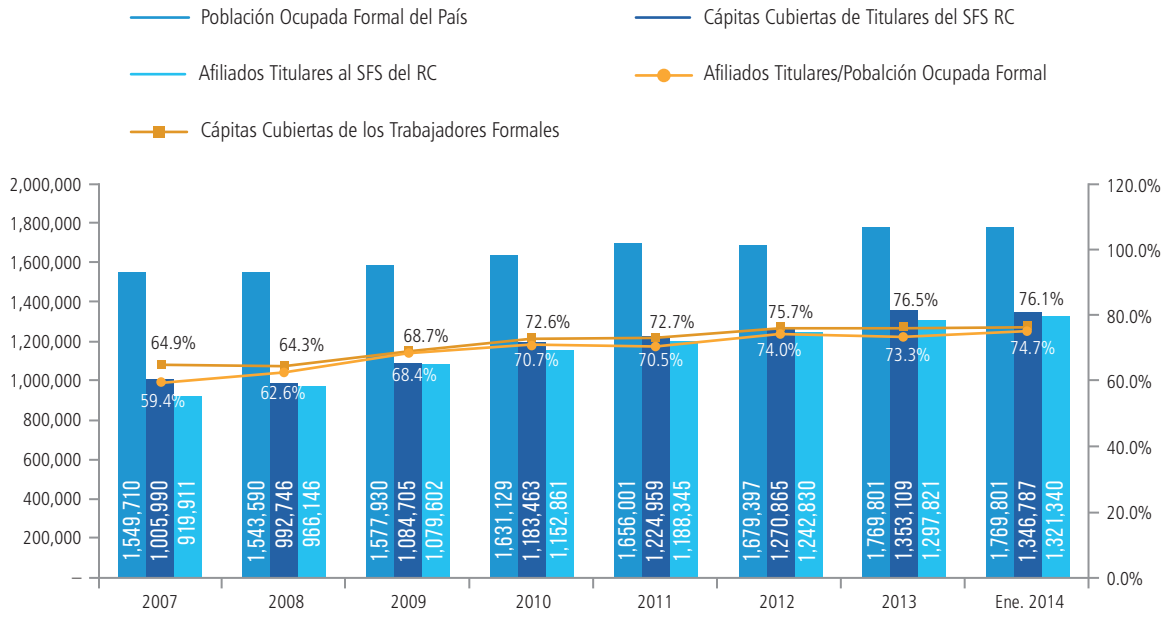
Es importante notar que el SIUBEN —cuya función principal es identificar, caracterizar, registrar y priorizar las familias en condición de pobreza que habitan en zonas geográficas identificadas en el mapa de la pobreza y en zonas fuera del mismo (a las cuales categoriza según el índice de calidad de vida)— mide la pobreza estructural sin incorporar variables que tomen en cuenta la situación laboral y el ingreso de la población. Estos dos parámetros son identificados como criterios para la definición de la población objetivo del régimen subsidiado según el art. 7 de la Ley 87-01 que señala: «trabajadores por cuenta propia con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, así como a los desempleados, discapacitados e indigentes».

[48] Los datos no coinciden con los cálculos registrados en el Boletín Estadístico de enero del 2014 del CNSS (CNSS 2014, 58) según los cuales la suma de ICV 1 e ICV 2 era para septiembre del 2013 igual a 4,999,771 personas, de las cuales resultaban cubiertas alrededor del 50%; sería necesario profundizar las causas de estas divergencias de informaciones.

Cobertura en salud con el régimen contributivo

Por otro lado, la cobertura con el SFS por parte del régimen contributivo, a enero de 2014, alcanzaba solo dos tercios (76%) de la población objetivo[49] (asalariados y empleadores del sector público y privado) (CNSS 2014).

GRÁFICO 6.2 COBERTURA DEL SFS CON RELACIÓN A LA POBLACIÓN OCUPADA FORMAL



Fuente: CNSS (2014).

Principales beneficios en salud percibidos por las personas afiladas al régimen contributivo en comparación con el régimen subsidiado

En el ámbito del acceso a los servicios de salud, las personas cubiertas por el régimen subsidiado, a diferencia de las cubiertas por el contributivo, pueden acceder solo a la red de establecimientos públicos, los mismos que se caracterizan por carencias en términos de recursos y organización (García 2010)[50]. En cambio, en términos de contingencias cubiertas, el régimen subsidiado supera el régimen contributivo.

Como se resaltó en la tabla 6.1, de acuerdo a la Ley 87-01 el Seguro de Salud del régimen contributivo otorga a sus afiliados prestaciones adicionales respecto al régimen subsidiado, específica-

[49] Cobertura 76.1% efectiva y 74.7% definitiva (CNSS 2014).

[50] Con algunas excepciones relativas a casos que no pueden ser atendidos por el sistema público.

mente los subsidios por enfermedad común (que entraron en vigor en el año 2009), un subsidio por maternidad (entrado en vigor en 2008) y de lactancia.

Con relación a las Estancias Infantiles, aunque la Ley 87-01 las contempla para los dos regímenes objeto de comparación, desde 2009 y hasta el momento estas prestaciones en especie benefician solo a las trabajadoras adscritas al mercado formal (como lo establece el procedimiento aprobado por la Resolución 211-03 del CNSS)[51], y con una cobertura muy por debajo de las necesidades.

Subsidio por enfermedad común

Los afiliados al régimen contributivo tendrán derecho a un subsidio en dinero por incapacidad temporal para el trabajo en caso de enfermedad no profesional, siempre que hayan cotizado durante los doce últimos meses anteriores a la incapacidad.

Este subsidio será equivalente al 60% del salario cotizable cuando reciba asistencia médica ambulatoria y al 40% si la atención es hospitalaria; el mismo se otorga a partir del cuarto día de la incapacidad hasta un límite de 26 semanas (SISALRIL 2014).

Se destaca que el SFS no excluye las enfermedades crónicas preexistentes, que tienen una incidencia mayor entre las mujeres, algo que los SFS de la mayoría de los demás países no cubren.

Subsidio por maternidad

La trabajadora afiliada al Régimen Contributivo tiene derecho a un pago en dinero equivalente a tres meses de salario cotizable, otorgados durante el período de descanso por maternidad (SISALRIL 2014). Si el salario de la madre es superior al salario cotizable, la SISALRIL cubrirá el pago hasta el tope cotizado. Es responsabilidad del empleador cubrir la diferencia a fin de que la trabajadora reciba el salario ordinario completo (Código de Trabajo art. 239). El Código del Trabajo reconoce a la trabajadora el derecho a percibir íntegramente su salario durante las seis semanas anteriores y las seis semanas posteriores al parto. Estas disposiciones reconocen a las mujeres el derecho al tiempo para cuidar al recién nacido, respondiendo a una necesidad práctica de las nuevas madres.

Subsidio por lactancia

Este subsidio se otorga a los hijos menores de un año de las trabajadoras afiliadas al régimen contributivo que perciben un salario menor o igual a tres salarios mínimos nacionales. La forma y las condiciones para el pago están establecidas en el Reglamento sobre Subsidio por Maternidad y el Subsidio por Lactancia (SISALRIL 2014).

Se estima que parte de las personas afiliadas al régimen contributivo no están cubiertas por las licencias de maternidad y lactancia. Los datos disponibles más recientes, recopilados en el Boletín

[51] Procedimiento para el Inicio Gradual de los servicios de Estancias Infantiles del Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo, aprobado mediante Resolución 211-03 del CNSS del 25 de junio de 2009.

Estadístico de enero del 2014 del CNSS, reportan una regresión en el número de personas afiliadas a los subsidios de maternidad y lactancia en el 2011 respecto a los dos años anteriores y un aumento paralelo en el número de afiliados para la cobertura de enfermedad común.

Con relación a la lactancia materna, cabe destacar que en el 1994 el Congreso dominicano ha aprobado la Ley No. 8-95 que declara como prioridad nacional la promoción y fomento de la lactancia materna. Dicha ley, en su artículo 8, reafirma el art. 240 del Código de Trabajo que prevé tiempo para la atención del recién nacido (un mínimo de tres descansos remunerados de 20 minutos cada uno durante una jornada laboral para que las madres amamanten a sus hijos hasta los seis meses de edad) y contempla que se vele para el cumplimiento de estas disposiciones y que en todos los establecimientos industriales del país se asignen espacios físicos específicos[52].

TABLA 6.7 NÚMERO DE AFILIADOS A LOS SUBSIDIOS DE MATERNIDAD, LACTANCIA Y ENFERMEDAD COMÚN, PERIODO 2008- 2011

TIPO DE SUBSIDIO	2008	2009	2010	2011	TOTAL
Maternidad	2,518	16,954	18,656	14,316	52,444
Lactancia	1,331	12,875	14,077	10,991	39,274
Enfermedad común	-	3,795	24,841	39,204	67,840
Total	**3,849**	**33,624**	**57,574**	**64,511**	**159,558**

Fuente: CNSS (2014).

Los subsidios por maternidad y lactancia responden tanto a intereses estratégicos como a necesidades prácticas de las mujeres, pues si por un lado garantizan un periodo de recuperación posparto (periodo de alta vulnerabilidad en salud), por otro lado contribuyen a garantizar una nutrición adecuada a las madres y a los recién nacidos.

Estancias Infantiles

El capítulo tercero de la Ley 87-01 (artículos 134 a 139) disciplina la protección de los niños de edad comprendida entre los 45 días y los 5 años mediante Estancias Infantiles: contempla su creación, enumera los servicios ofrecidos por estas instancias, atribuye el rol de supervisión al SISALRIL y define mecanismos de fiscalización. Este capítulo crea, además, el Consejo Nacional de Estancias Infantiles (CONDEI) a quien otorga la misión de formular políticas, normas y procedimientos para la creación y habilitación de las estancias y, en general, la responsabilidad de velar por la calidad de los servicios de atención integral en estos centros infantiles.

[52] Para estudios futuros se recomienda realizar un diagnóstico para ver el nivel de cumplimiento de estas disposiciones que por un lado responden a necesidades prácticas de las mujeres así como a las estratégicas (permanecer en el mercado del trabajo) y por otro lado responden a las necesidades de las empresas de tener continuidad laboral por parte de mujeres neo-madres.

Según el CNSS (2014) «las Estancias Infantiles tienen por objetivo permitir que las madres trabajadoras, luego del parto, se reintegren más tempranamente a sus labores y, además, que las madres desempleadas puedan salir a buscar empleo confiadas de las atenciones que reciben sus hijos desde los 45 días de nacidos hasta los 5 años en estas entidades»[53].

No obstante la creación del CONDEI en 2002 y la resolución del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) No. 211-03 del 25 de junio de 2009, todavía el componente de Estancias Infantiles no está funcionando en los términos previstos en la Ley 87-01 debido a que el número de estancias es muy bajo y se benefician —según lo establecido en el procedimiento de inicio gradual de las EI aprobado en 2009— solo las personas afiliadas al régimen contributivo con máximo dos salarios mínimos cotizables (dejando afuera las personas afiliadas al régimen subsidiado y a régimen contributivo subsidiado que por ley deberían gozar de esta garantía).

El último boletín disponible del CNSS (2014) reporta la existencia de 93 estancias infantiles habilitadas para diciembre de 2013, las cuales cubren a 6,516 hijos de personas afiliadas al régimen contributivo.

A pesar de que se observa un aumento del 57% en el número de infantes cubiertos respecto al 2010, la cifra sigue siendo modesta y está lejos de alcanzar la población meta[54]. Este bajo desempeño del sistema en este componente, que está relacionado con la baja inversión y el bajo por-

TABLA 6.8 ESTANCIAS INFANTILES DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y CANTIDAD DE BENEFICIARIOS, PERIODO DICIEMBRE 2009 – DICIEMBRE 2013

PERIODO	NIÑOS Y NIÑAS BENEFICIARIOS DE LAS EI	NIÑOS Y NIÑAS CUBIERTOS EN PAGOS RETROACTIVOS	ESTANCIAS HABILITADAS	DISPERSIÓN A AEISS POR AÑO
Diciembre 2009	1,814	-	32	16,565,000.00
Diciembre 2010	4,131	123	86	68,030,000.00
Diciembre 2011	4,901	141	87	168,385,579.85
Diciembre 2012	4,963	156	91	115,622,500.00
Diciembre 2013	6,516	1,702	93	141,194,000.00
Total				**509,888,079.85**

Fuente: CNSS (2014).

[53] 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 psicosocial y e) recreación.

[54] Según proyecciones del CENSO 2010, la población de 0 a 4 años y 11 meses de edad suma 1,051,583.



centaje de cotización para estos fines (0.1% del salario), implica un impacto limitado en su objetivo de posibilitar a las mujeres la inserción en el mundo laboral y generar ingresos, así como en su contribución al desarrollo integral de infantes en edad preescolar.

Los servicios de Estancias Infantiles han sido objeto de un análisis específico y más profundo en el marco del presente estudio a través del estudio documental y las entrevistas a informantes claves de la institución que se ocupa de los servicios de las Estancias Infantiles, la Aseguradora de Estancias Infantiles Salud Segura (AEISS). Estos análisis se pueden encontrar en el acápite 6.2, en la ficha 3 y en el capítulo 8, relativo al cuidado, donde se resalta que hay perspectivas a mediano y corto plazo de aumentar la cobertura, sobre todo para el régimen subsidiado.

Cesantía

En la República Dominicana no existe un seguro de desempleo, pero el artículo 80 del Código de Trabajo regula la cesantía, como indemnización pagada al trabajador cuando el contrato suscrito por tiempo indefinido termina por la voluntad del empleador o con responsabilidad para este, o cuando el convenio por tiempo determinado finaliza luego de tres meses de relación laboral. La cesantía proporciona al trabajador despedido un colchón para enfrentar el periodo de desempleo y tener el tiempo de buscar un empleo acorde a sus calificaciones, en lugar de buscar trabajo en la economía informal. Los art. 222 y 223 del Código Laboral vigente brindan protección a las mujeres frente el despido por razones relacionadas con la maternidad.

El sistema de pensiones

La Ley 87-01 prevé coberturas previsionales diferenciadas según el régimen de afiliación, contemplando dos formas de solidaridad: el Fondo de Solidaridad (que otorga apoyo a quien haya cotizado por al menos 300 meses, sin lograr acumular el monto suficiente para la pensión mínima)

TABLA 6.9 PENSIONES FINALES Y MÍNIMAS ESTABLECIDAS POR LA LEGISLACIÓN PARA LOS DISTINTOS SEGUROS Y REGÍMENES

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO			
Tipo de beneficio	Condiciones	Pensión final	Pensión mínima
Pensión de vejez (Art. 45)	60 años de edad y haber cotizado durante un mínimo de 30 años o haber cumplido 55 años y haber acumulado un fondo que le permita disfrutar de una pensión superior al 50% de la mínima	Resultado a partir de los fondos acumulados en la cuenta de ahorro individual	100% del salario mínimo legal más bajo (Art. 53). El salario mínimo legal más bajo es el del sector público
Pensión por discapacidad, total o parcial (Art. 46-47)	Sufrir una enfermedad o lesión crónica o haber agotado el derecho a prestaciones por enfermedad no profesional	60% del salario base promedio de los últimos 3 años para la discapacidad total y 30% para la parcial. De esto se sigue deduciendo la contribución para pensión de vejez, discapacidad y sobrevivencia, que se depositan en la cuenta individual del pensionado por discapacidad	NA (Art. 53)
Pensión por cesantía por edad avanzada (Art. 50)	Quedar desempleado con 57 años y más y cotizado un mínimo de 25 años	Si ha cotizado 300 meses, tiene derecho a la pensión mínima. Si no, recibe el resultado de los fondos acumulados en su cuenta de ahorro individual, o puede seguir cotizando hasta calificar para la pensión mínima	
Pensión de sobrevivientes (Art. 51 y 52)	Fallecimiento del afiliado activo	Pensión no menor de 60% del salario cotizable de los últimos 3 años ajustado al IPC. El cónyuge sobreviviente menor de 50 años o hijos menores recibirán la pensión por solo 60 meses; el cónyuge entre 50 y 55 años, la recibirá por 72 meses; si el cónyuge tiene más de 55 años, la pensión es vitalicia.	

TABLA 6.9 PENSIONES FINALES Y MÍNIMAS ESTABLECIDAS POR LA LEGISLACIÓN PARA LOS DISTINTOS SEGUROS Y REGÍMENES (CONTINUACIÓN)

RÉGIMEN SUBSIDIADO			
Pensión solidaria (Art. 65)	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	60% del salario mínimo público, e incluye una pensión extra de Navidad	
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO SUBSIDIADO			
Pensión de vejez (Art. 72 y 74)	Haber cumplido 60 años y tener los fondos acumulados suficientes que le garanticen una pensión mínima	Resultado a partir de los fondos acumulados en la cuenta de ahorro individual	70% del salario mínimo privado, si alcanza 65 años y ha cotizado por al menos 300 meses
Pensión por discapacidad, total o parcial (Art. 73, que refiere a los Arts. 51, 52 y 53)	Sufrir una enfermedad o lesión crónica o haber agotado el derecho a prestaciones por enfermedad no profesional	60% del salario base promedio de los últimos 3 años para la discapacidad total y 30% para la parcial. De esto se sigue deduciendo la contribución para pensión de vejez, discapacidad y sobrevivencia, que se depositan en la cuenta individual del pensionado por discapacidad.	NA
Pensión de sobrevivientes (Art. 73, que refiere a los Arts. 51, 52 y 53. Ver también Art. 75)	Fallecimiento del afiliado activo	Pensión no menor de 60% del salario cotizable de los últimos 3 años ajustado al IPC. El cónyuge sobreviviente menor de 50 años o hijos menores recibirán la pensión por solo 60 meses; el cónyuge entre 50 y 55 años, la recibirá por 72 meses; si el cónyuge tiene más de 55 años, la pensión es vitalicia.	

Fuente: Guzmán y Cruz (2010).

y las pensiones solidarias para el régimen subsidiado.

Aunque la Ley 87-01 contempla entre las prestaciones del régimen subsidiado las pensiones solidarias por vejez, discapacidad y sobrevivencia, lamentablemente estos componentes no están todavía funcionando. Por esto, las pensiones de sobrevivencia, vejez y discapacidad siguen siendo un privilegio de las personas afiliadas al régimen contributivo; quedando excluidas del beneficio de la pensión todas las personas con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo

nacional, así como las personas desempleadas, personas con discapacidad y personas en condición de indigencia. Sobra decir que, quedan descubiertas del sistema previsional las personas que estarían cubiertas por el régimen contributivo subsidiado, que como resaltamos desde el principio no está todavía funcionando.

El 18 de julio del 2013 se promulgó la Resolución 320-20 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 divulgó el correspondiente Decreto Presidencial 381-13. A pesar de estas ordenanzas, el componente de pensiones solidarias no ha sido puesto en práctica todavía; actores claves entrevistados consideran que se empezará gradualmente con un programa piloto que priorizará a las personas más desventajadas en base a recomendaciones, validadas, de los Consejos de Desarrollo Provinciales y del SIUBEN. Desde un enfoque de género es importante resaltar que, según el art. 63 de la Ley 87-01, tendrán derecho a la pensión solidaria, además de cualquier persona con discapacidad severa y de personas mayores de 60 años que carecen de recursos suficientes para satisfacer sus necesidades, «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». Según el Decreto 381-13, la situación socioeconómica de los hogares deberá ser objeto de evaluación para averiguar el cumplimiento de los criterios de elegibilidad.

Las pensiones por vejez, discapacidad y sobrevivencia tienen alta importancia desde una perspectiva de género en general y en particular en la República Dominicana debido a diferentes razones. Por un lado, en el país las mujeres son numéricamente superiores dentro de los tres grupos poblacionales de personas adultas mayores, personas con discapacidad y sobrevivientes (ver capítulo 2 sobre perfil del país). Por otro lado, las mujeres son las que se ocupan del cuidado de las personas no autónomas por motivos de edad o discapacidad. Estas pensiones constituyen, por lo tanto, un apoyo importante para las personas que tienen este derecho, así como una forma indirecta de compensación para las personas que integran el hogar y que, por ocuparse de su cuidado, se ven limitadas en sus posibilidades de participación en el mercado laboral y en su protección social.

El Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia (SVDS) tiene por objetivo «remplazar la pérdida o reducción del ingreso por vejez, fallecimiento, discapacidad, cesantía en edad avanzada y sobrevivencia» (CNSS 2014). Los beneficios que otorga el SVDS son (CNSS 2014):

Pensión de vejez. Ingresos mensuales que recibe un afiliado para compensar la pérdida a consecuencia de su retiro por haber terminado su vida laboral.

Pensión de discapacidad, total o parcial. Son los beneficios que recibe un afiliado cuando acredite sufrir una enfermedad que le inhabilite parcial o totalmente para ejercer un trabajo u oficio remunerado.

Pensión de cesantía por edad avanzada. Es el beneficio que obtiene el afiliado cuando queda privado de un trabajo remunerado y ha cumplido cincuenta y siete años de edad, y tiene un mínimo de trescientas cotizaciones acumuladas en su Cuenta de Capitalización Individual (CCI).

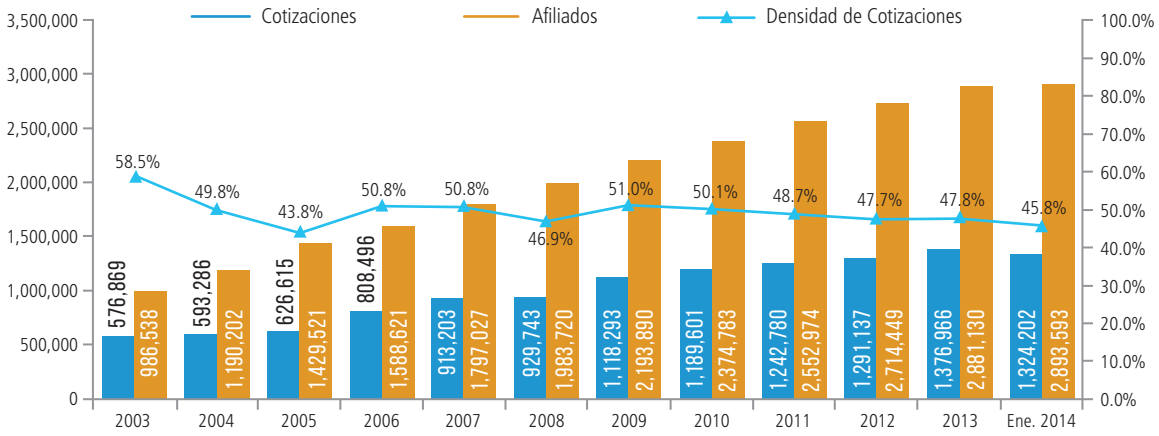
Pensión de sobrevivencia. Es el beneficio al cual tiene derecho el cónyuge o compañero de vida

de la persona afiliada fallecida y los hijos menores de 18 años, hasta 21 años si son estudiantes, y los hijos con discapacidad dependientes del titular, sin importar la edad. Este beneficio corresponde a una pensión no inferior al 60% del salario cotizable de los últimos tres años o fracción del afiliado difunto. Para la población en edad de trabajar se trata de una prestación temporal, mientras que las personas mayores de 55 años recibirán una pensión vitalicia. En consideración de que las mujeres son la mayoría entre los dependientes del régimen contributivo, este seguro tiene un importante rol amortiguador para las mujeres frente a la pérdida de la persona titular proveedora que las deja desprotegidas.

Según Guzmán y Cruz (2010:146) «desde la puesta en función del Régimen Contributivo se logró la rápida afiliación de alrededor de 896,000 trabajadores y, a lo largo del tiempo, el número de afiliados ha ido subiendo hasta situarse en alrededor de 2,193,000 a fines de 2009». Las personas afiliadas totales sumaban 2,907,007 en febrero del año 2014, de las cuales el 42% eran mujeres (SIPEN 2014)[55].

Aunque el número de cotizantes ha crecido progresivamente (más de un 45% desde 2007 y de un 11% desde 2010), el número de personas afiliadas ha tenido una menor progresión de manera que en los últimos años se estiman porcentajes de densidad de cotizantes entre los más bajos desde el comienzo del sistema, siendo el 45.8% que se registra para 2014 el menor nivel alcanzado (CNSS 2014).

GRÁFICO 6.3 SEGURO DE VEJEZ, DISCAPACIDAD Y SOBREVIVENCIA (SVDS)



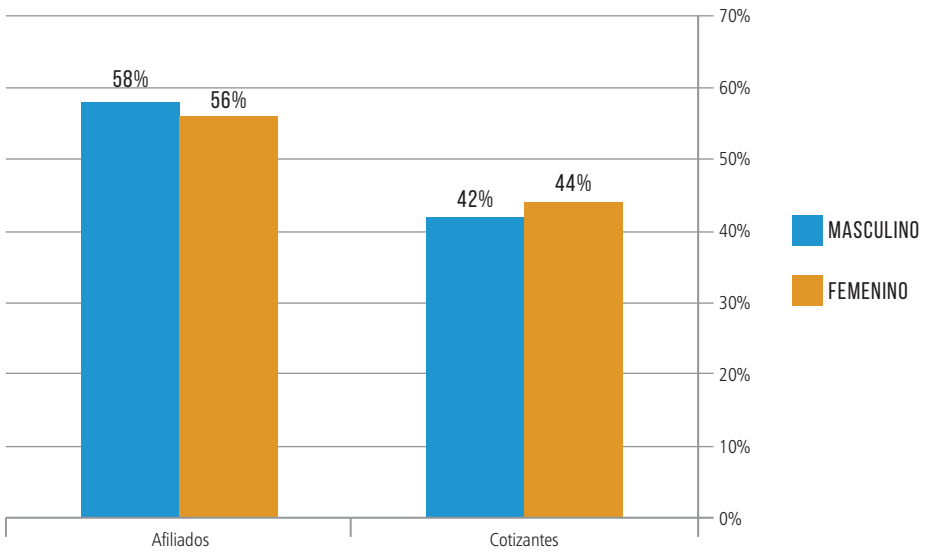
Fuente: CNSS (2014).

[55] Según la ONE, en el año 2010 recibían pensión contributiva el 9% de las mujeres y el 26% de los hombres.



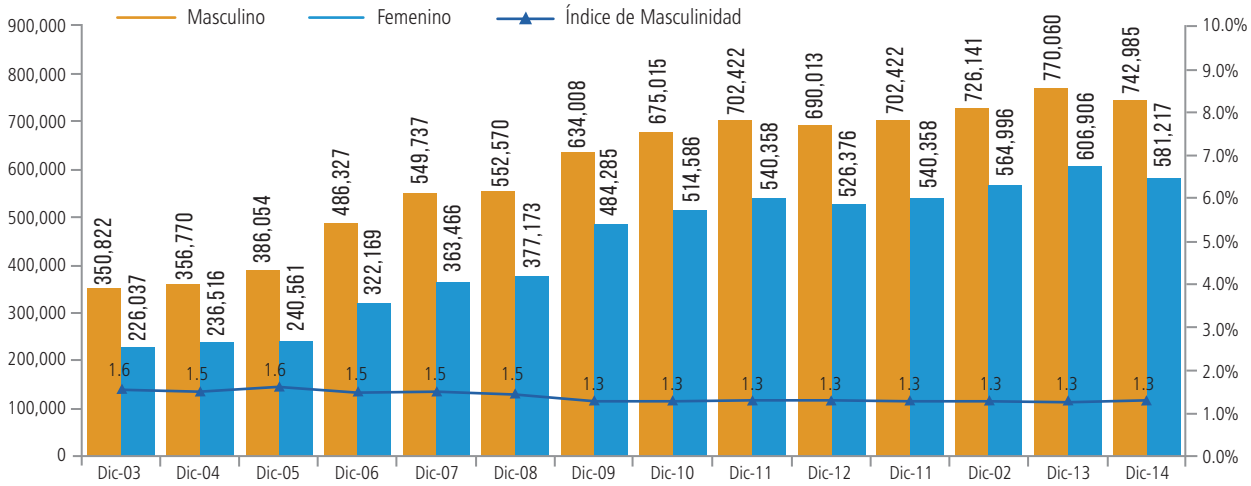
Entre las 1,363,785 personas cotizantes al sistema de pensiones en enero de 2014, el 56% eran hombres y el 44% mujeres, siendo el índice de masculinidad en cotizantes 1.3 (el índice se mantuvo constante desde 2009).

GRÁFICO 6.4 DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS AFILIADAS Y COTIZANTES POR SEXO



Fuente: SIPEN (2013).

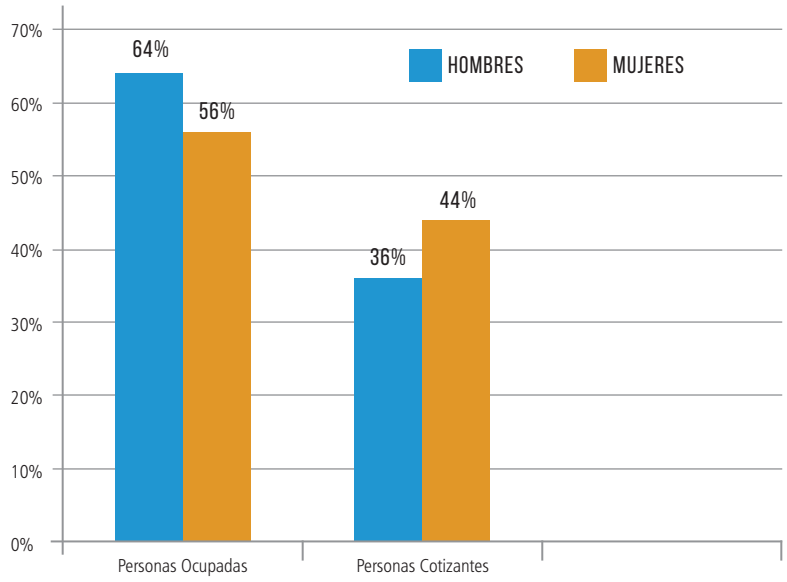
GRÁFICO 6.5 ÍNDICE DE MASCULINIDAD EN COTIZANTES DEL SVDS RD: 1.3 PERIODO DICIEMBRE 2003-ENERO 2014



Fuente: CNSS (2014).

Sin embargo, el porcentaje de mujeres cotizantes se puede considerar alto en relación a su limitada participación en el empleo formal.

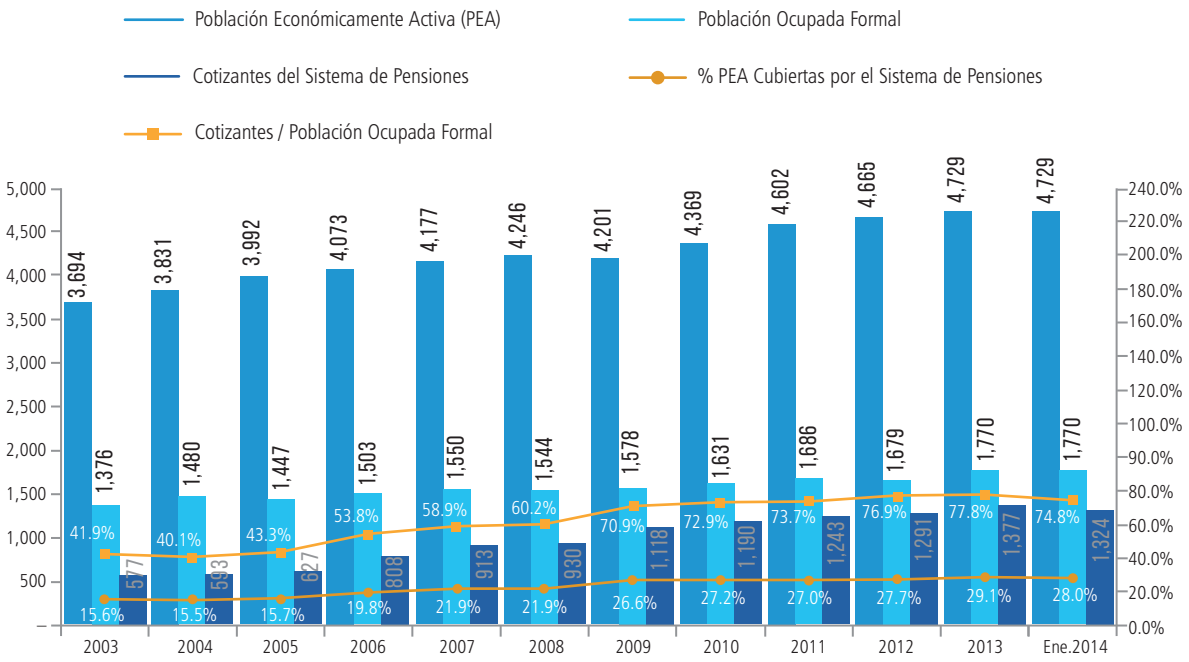
GRÁFICO 6.6 COMPOSICIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN OCUPADA Y DE LAS PERSONAS COTIZANTES A UN SEGURO DE VEJEZ, POR SEXO. AÑO 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la ENFT 2013 y SIPEN 2014.

Según las estadísticas del Consejo Nacional de Seguridad Social, solo el 28% de la población económicamente activa (PEA) tiene un seguro de vejez, discapacidad o sobrevivencia (SVDS). Este porcentaje aumenta al 74.8% cuando se toma en consideración la población ocupada formal.

GRÁFICO 6.7 PARTICIPACIÓN DE LOS AFILIADOS COTIZANTES AL SVDS EN: PEA 28% Y LA POBLACIÓN OCUPADA FORMAL EN 74.8%. PERIODO 2003- ENERO 2004



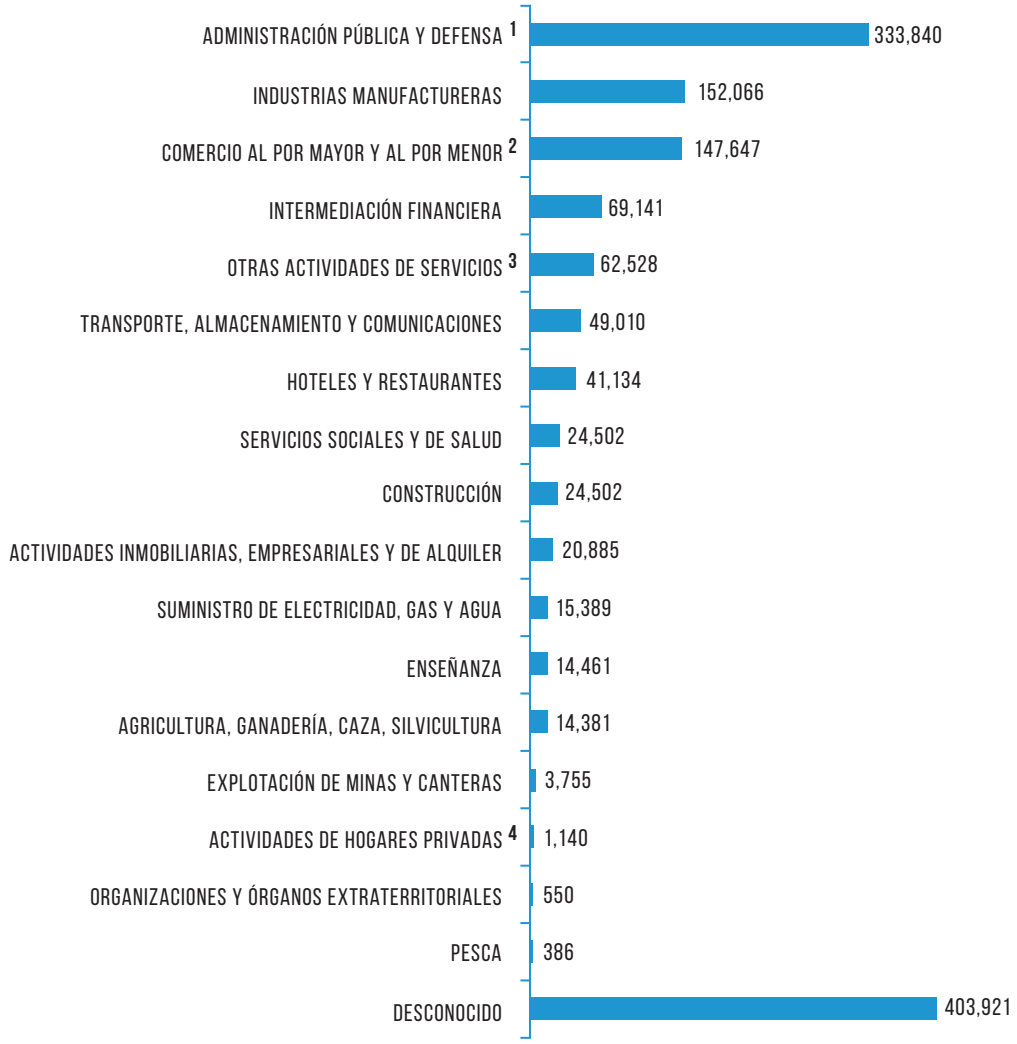
Fuente: CNSS (2014).

Con relación al seguro de vejez, según los cálculos de la ONE (García 2012) sobre la base de datos de la ENFT, para el año 2010 el porcentaje de trabajadores asalariados cubierto era del 68.3% (el 66.2% de los hombres y el 71.5% de las mujeres[56]).

La diferencia en términos relativos en la cobertura del seguro de vejez entre hombres y mujeres a favor de las segundas, no obstante la baja tasa de participación de las mujeres en el trabajo formal, puede encontrar justificación en la mayor inserción femenina en el sector público y, en general, en sectores con mayor implementación de la seguridad social (García 2012).

[56] Según García (2012) al introducir el servicio doméstico como una modalidad de trabajo asalariado, la cobertura de las mujeres asalariadas bajaría de este 71.5% a 56.6%.

GRÁFICO 6.8 DISTRIBUCIÓN DE COTIZANTES POR SECTOR ECONÓMICO, 31 DE DICIEMBRE DEL 2013



Fuente: SIPEN 2013.

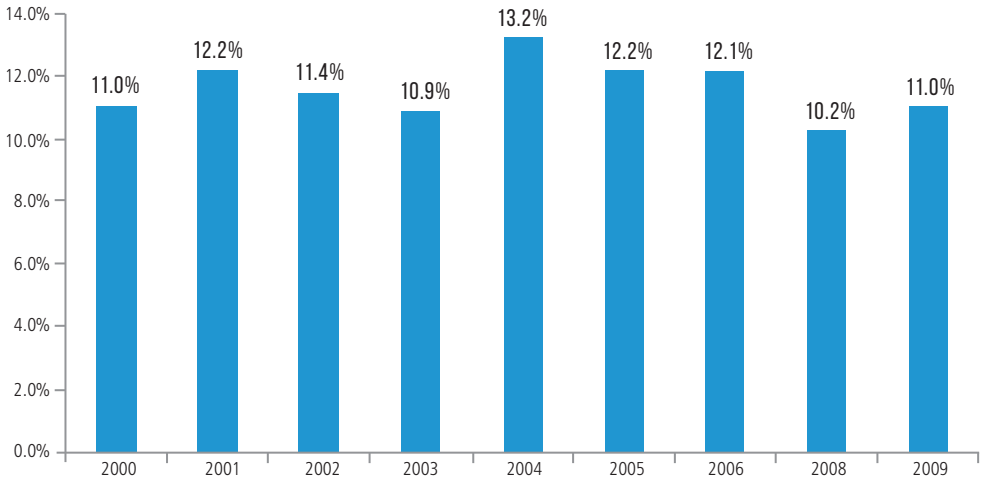
Nota sobre la Gráfica:

1. Administración pública y defensa, planes de Seguridad Social de afiliación obligatoria.
2. Comercio al por mayor y menor, reparación de vehículos automotores, motocicletas, efectos personales y enseres domésticos.
3. Otras actividades de servicios comunitarios, sociales y personales.
4. Actividades de hogares privados como empleadores y actividades no diferenciadas de hogares privados como productores.



Según Guzmán y Cruz (2010), debido al corto periodo de funcionamiento del sistema previsional, hasta el 2010 todavía no se habían otorgado pensiones de vejez, sino solo pensiones de discapacidad y sobrevivencia. Las pensiones de vejez otorgadas (ver tabla a continuación) se deberían a renta vitalicia a través de las compañías de seguros.

GRÁFICO 6.9 PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN DE 65 AÑOS O MÁS QUE RECIBE PENSIÓN, 2005-2009



Fuente: elaborado con informaciones de SIPEN y datos ENFT por Guzmán y Cruz (2010).

En términos de salarios cotizables por género, desde el 2003 hasta el 2012 el salario masculino ha sido constantemente mayor que el femenino; en el 2013 fue solo levemente superior el femenino (SIPEN 2014). Habría que profundizar sobre las razones de estos datos que no son coherentes con los de la ENFT que resaltan una brecha salarial desfavorable a las mujeres[57].

TABLA 6.10 SALARIO COTIZABLE POR GÉNERO (EN PESOS DOMINICANOS)

MES	MASCULINO	FEMENINO	PROMEDIO
dic-03	7,671	6,997	7,407
dic-04	9,323	8,402	8,956
dic-05	11,110	10,101	10,717
dic-06	12,029	10,863	11,557
dic-07	12,550	11,630	12,157
dic-08	13,680	13,080	13,418
dic-09	13,737	13,254	13,526
dic-10	16,734	16,415	16,596
dic-11	17,650	17,377	17,531
dic-12	18,040	17,747	17,912
dic-13	19,129	19,285	19,198
feb-14	18,089	18,420	18,235

Fuente: BCRD (2014) Encuesta Nacional Fuerza de Trabajo 2013.

Uno de los problemas que se ha identificado es que en la actualidad quien percibe pensiones por vejez dentro del régimen contributivo automáticamente deja de estar cubierto por el Seguro Familiar de Salud; dese el CNSS se tuvo información de que se está trabajando para resolver este tema específico y que hay la voluntad del Estado y de los representantes de trabajadores de encontrar una solución en beneficio de las personas afiliadas.

El seguro de riesgos laborales

Entre los beneficios exclusivos reconocidos por la Ley 87-01 a las personas afiliadas al régimen contributivo se encuentra el Seguro de Riesgos Laborales. Este mecanismo, que se ocupa de prevenir y reparar el daño a la salud relacionado con el trabajo y garantizar prestaciones médicas apropiadas para las personas afectadas, tiene sus bases legales en distintos instrumentos normativos[58].

[57] Podría estar relacionado con el registro de los empleados en la Seguridad Social con el salario mínimo, no con el salario real percibido.

[58] Ley 87-01, el decreto del 2003 que estableció el Reglamento sobre el Seguro de Riesgos Laborales, el decreto del 2003 que creó el Consejo Nacional de Seguridad Social y el Decreto del 2006 que ordenó al MT a definir una política nacional de prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

El Seguro de Riesgos Laborales cubre al trabajador asalariado en los gasto en salud, prestaciones económicas y pensiones para accidentes laborales y enfermedades profesionales en su totalidad.

Al inicio del sistema en el 2004 las empresas cotizantes eran alrededor de 10,000 y las personas afiliadas eran alrededor de 830,000; en enero del 2014 se contaban 59,746 empresas cotizantes y 1,530,816 personas empleada afiliadas (el 86.5% de las personas ocupadas en el sector formal). De las personas afiliadas, el 43.8% son mujeres.

TABLA 6.11 PERSONAS AFILIADAS AL SEGURO DE RIESGOS LABORALES POR GRUPO DE EDAD Y SEXO

GRUPO ETARIO	AFILIADOS POR GRUPO DE EDAD	HOMBRES	HOMBRES %	MUJERES	MUJERES %
15-19	20,352	12,072	59.3	8,280	40.7
20-24	193,831	112,874	58.2	80,957	39.8
25-29	233,968	131,995	56.4	101,973	52.6
30-34	236,053	128,989	54.6	107,064	45.8
35-39	205,463	110,663	53.9	94,800	40.2
40-44	178,855	95,969	53.7	82,886	40.3
45-49	154,389	82,965	53.7	71,424	39.9
50-54	118,643	66,593	56.1	52,049	33.7
55-59	83,725	49,461	59.1	34,264	28.9
60-64	50,581	31,620	62.5	18,957	22.6
65-69	27,350	18,306	66.9	9,044	17.9
70-74	14,410	9,940	69	4,467	16.3
75-79	7,471	5,218	69.8	2,253	15.6
80-84	3,534	2,514	71.1	1,020	13.7
85 y más	2,119	1,531	69.8	661	18.7
Total	**1,530,816**	**860,710**	**56.2**	**670,102**	**43.8**

Fuente: Fuente: CNSS (2014).

Al analizar la cobertura por grupos de edad se evidencia que las personas de ambos sexos por debajo de los 20 años son las más desprotegidas, mientras que la población con mayor cobertura de riesgos laborales se encuentra en el tramo de edad entre los 25 y 39 años, para ambos sexos.

Brechas en la cobertura de la Seguridad Social

A pesar de que la Ley 87-01 tiene un carácter universal, obligatorio y no discriminatorio, debido a

la lentitud con la cual se está poniendo en función el Sistema Dominicano de Seguridad Social, se aprecian todavía muchas brechas de cobertura.

Ante todo, el hecho que el régimen contributivo subsidiado no haya entrado en vigencia deja formalmente descubierta de la seguridad social a la población compuesta por profesionales y técnicos independientes, así como a trabajadores por cuenta propia con ingresos iguales o mayores al mínimo salarial.

Tomando como referencia los datos más recientes disponibles en la ENFT, y el salario mínimo cotizable fijado en RD$ 8,645.00, mediante resolución No. 322-02 del 1º. de agosto del 2013, se estima que la no implementación del régimen contributivo subsidiado deja descubierto un total de 768,084 trabajadores por cuenta propia (44,630 que se definen profesionales y 723,454 que se definen no profesionales), de los cuales el 82% son hombres y el 18% son mujeres[59].

TABLA 6.12 POBLACIÓN QUE ESTARÍA CUBIERTA POR EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO SUBSIDIADO, A AGOSTO DE 2013

INTERVALOS DE INGRESOS	CUENTA PROPIA PROFESIONAL				CUENTA PROPIA NO PROFESIONAL				RÉGIMEN CONTRIBUTIVO SUBSIDIADO			
	H	%	M	%	H	%	M	%	H	%	M	%
de 1 a menos de 2 salarios mínimos	3,041	9.3	3,576	30.1	391,494	65.5	91,710	72.8	394,535	62.6	95,286	69.1
de 2 a menos de 3 salarios mínimos	8,973	27.4	3,809	32.1	133,710	22.4	19,816	15.7	142,683	22.6	23,625	17.1
de 3 a menos de 4 salarios mínimos	3,522	10.8	1,504	12.7	34,696	5.8	6,591	5.2	38,218	6.1	8,095	5.9
de 4 salarios mínimos y más	17,217	52.6	2,988	25.2	37,593	6.3	7,844	6.2	54,810	8.7	10,832	7.9
TOTAL UNA PERSONA	32,753	100	11,877	100	597,493	100	125,961	100	630,246	100	137,838	100
Totales	**44,630**				**723,454**				**768,084**			

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENFT 2013, tomando como base el salario mínimo fijado en RD$ 8,645.00 mediante Resolución No. 322-02 del 1º de agosto del 2013.

El 64% del total de estos trabajadores perciben entre uno y dos salarios mínimos.

[59] El estudio realizado por la OIT (2013) tiene datos superiores. La diferencia se debe a que se ha aumentado el salario mínimo cotizable lo que ha implicado que parte de la población que antes se consideraba elegible para este régimen pasaría al régimen subsidiado. Este traspaso, sin embargo, no se da de manera automática, debido a que la población que se beneficia del régimen subsidiado no se define en base al salario, sino en base a una estimación de las necesidades básicas insatisfechas. De aquí que otra vez se resalta la necesidad de mejorar y compatibilizar con la legislación los criterios para definir las poblaciones metas de los diferentes regímenes, especialmente del régimen subsidiado, para poder definir una estrategia de extensión horizontal que permita avanzar hacia la universalidad del derecho a la seguridad social.

Brechas en la cobertura en salud

Un estudio realizado por la OIT (2013), actualmente en fase de publicación, sistematiza las brechas de coberturas en salud estimadas por cada régimen (al corte de septiembre del 2013), en la tabla a continuación.

TABLA 6.13 BRECHAS DE COBERTURAS EN SALUD, A SEPTIEMBRE DEL 2013

			AFILIADOS AL 30 DE SEPTIEMBRE				PENDIENTES AFILIAR			
Distribución de la Población por Régimen (estimación a partir de la ENT y DGJP)			Titulares Afiliados	Dependientes Afiliados	Total Afiliados	%	Titulares	Dependientes	Total por Afiliar	%
Contributivo	48.9%	4,962,317	1,300,657	1,541,386	2,842,043	53.4%	1,110,118	1,010,156	2,120,274	44.0%
Subsidiado	30.1%	3,055,374	1,203,705	1,244,428	2,448,133	46.0%	399,081	208,160	607,241	12.6%
Contributivo Subsidiado	19.5%	1,975,749	–	–	–		931,957	1,043,792	1,975,749	41.0%
Especial Pensionados	1.0%	100.526	30,528		30,528	0.6%	53,244	16,754	69,998	1,5%
Leyes Especiales	0.5%	48,000					40,000	8,000	48,000	1.0%
	100.0%	10,141,966	2,534,890	2,785,814	5,320.704	100.0%	2,534,400	2,286,862	4,821,262	100.0%
Cobertura en relación a Proyección CISS 2013 a Septiebre 2013			54%				45.5%			

Fuente: OIT (2013).

Con relacion al regimen subsidiado, actualizando los datos al inicio del 2014, se denota un aumento de cobertura: la poblacion identificada como pobre por el SIUBEN resulta cubierta en un 89.73%. Los datos del CNSS que hacen referencia a la pobreza monetaria son menos optimistas y resaltan una brecha de cobertura del 30% (resulta cubierto el 70% de la poblacion pobre).

Según datos del CNSS (2014), desde septiembre de 2013 a enero de 2014 ha aumentado la cobertura también del regimen contributivo, reduciéndose la brecha del 44% al 24%.

Brechas en la cobertura del sistema previsional

La no ampliación del Sistema de Pensiones al régimen subsidiado ha privado hasta el año 2013 a los grupos poblacionales con mayores niveles de vulnerabilidad (personas con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, desempleadas, con discapacidad y en condición de indigencia) de los beneficios de la pensión solidaria por vejez y discapacidad y de la pensión de sobrevivencia. Este problema requiere una solución urgente debido a que, según datos de la Oficina Nacional de Estadísticas (2013), el país está experimentando un progresivo envejecimiento poblacional (fenómeno prevalentemente femenino) con un consecuente aumento en la relación de dependencia para la población envejeciente. Alrededor de 7 de cada 10 personas adultas mayores son afectadas por la pobreza y no cuentan con ingresos suficientes para una vida con calidad en esta etapa.

Mientras se estima una cobertura con seguro de vejez, discapacidad y sobrevivencia de dos tercios de la población ocupada formal (74.8%), solo el 28% de la PEA se encuentra cubierta, según estimaciones del CNSS.

Trabajadoras domésticas y seguridad social

La ratificación del Convenio No. 189 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) por parte del Congreso dominicano en fecha 3 de julio de 2013 llama la atención sobre la pertinencia y la importancia de garantizar trabajo decente al conjunto de personas que realizan el trabajo doméstico remunerado (trabajadoras domésticas y del hogar), compuesto mayoritariamente por mujeres.

El trabajo doméstico se encuentra legislado de forma específica en el capítulo IV del Código de Trabajo; esta característica implica que 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.

Uno de los desafíos principales es la afiliación de estas personas trabajadoras al sistema de seguridad social del que han quedado excluidas[60].

Hasta el momento las trabajadoras domésticas siguen siendo invisibles dentro del Sistema de Seguridad Social, a causa de la subvaloración que a lo largo de la historia se ha dado al trabajo desempeñado por estas personas. Lo justo sería reconocer que su trabajo constituye la base del buen funcionamiento de los hogares donde se desempeñan y del bienestar de sus integrantes. Es importante notar que, en la mayoría de los casos, los hogares utilizan el trabajo doméstico remunerado como estrategia para abordar las nuevas necesidades que han emergido tras la creciente inserción laboral de las mujeres, en consideración de que este fenómeno no ha sido acompañado ni por políticas públicas de conciliación, ni por la reorganización social y corresponsabilidad dentro de las familias. El aumento de la inserción laboral femenina no ha coincidido con una disminución proporcional en el desempeño de las tareas domésticas por parte de las mujeres del hogar y la colaboración de los demás miembros se conceptualiza generalmente como una ayuda, no como una corresponsabilidad.

Dentro de la categoría de trabajo de hogar se incluyen diferentes oficios y ocupaciones, como personal doméstico y afines, limpiadoras, lavanderas y planchadoras, y trabajadoras de los cuida-

[60] En marzo del 2010 se emitió la resolución 235-06 que asignaba a la Comisión Especial de Salario Mínimo Cotizable el estudio y la evaluación de la situación de las trabajadoras domésticas para determinar si este segmento poblacional pertenecía al régimen contributivo, presentar un informe al CNSS sobre su afiliación y así poder preparar una propuesta de salario mínimo cotizable aplicable al sector (CNSS 2010). Por encargo de la Comisión, la firma Jorge Pratts ha realizado un análisis legal que determinó que el régimen de financiamiento que corresponde a este colectivo es el contributivo, debido a su condición de trabajo asalariado y de dependencia de un empleador.

dos personales y afines (que incluye cuidado de niños y personas que prestan servicios personales a domicilio), ocupaciones en las cuales priman las mujeres (ONE 2009b). La mayoría de esta población no cotiza para la cobertura en salud del Sistema de Seguridad Social ni para el Sistema de Pensiones (ONE 2009b); los últimos datos oficiales a los cuales se ha tenido acceso sobre el tema son de 2007 (ENIGH 2007) y reportan que solo el 15% de este colectivo estaba afiliado a algún servicio de salud, independientemente del sexo.

Hay que considerar que, debido a los bajos salarios devengados por las personas que desempeñan este trabajo, es posible que las trabajadoras domésticas se beneficien de programas de protección social[61]. Algunas trabajadoras domésticas, además, pueden haberse afiliado al programa creado por la Asociación Mutual de Servicios Solidarios (AMUSSOL), entidad de servicios de la Confederación Autónoma Sindical Clasista (CASC), que funciona como agente de retención de las cotizaciones de trabajadoras y trabajadores independiente o cuentapropistas, así como de empleados y trabajadores catalogados en la Ley 87-01 como sujetos al régimen contributivo subsidiado y que están dispuestos a cotizar.

En el año 2013 la Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo (ENFT) reporta 288,635 personas dentro de la categoría ocupacional trabajadores de hogar. La misma fuente informa que el 92% de quienes se desempeñan en esa actividad son mujeres y el 8% hombres. Esta ocupación representa para las mujeres el 15.78% de la PEA femenina.

Oferta de servicios de salud

En 2001, conjuntamente con la Ley de Seguridad Social, se aprobó la Ley General de Salud (Ley 42-01) con el objetivo de que, para el 2011, toda la población dominicana estuviese incorporada al Seguro Familiar de Salud y se hubiera completado un proceso de reforma estructural del sistema de salud a fin de lograr un sistema más eficiente, que ofertara servicios de calidad.

La Ley 87-01 establece un seguro social con pretensión de universalidad y de carácter obligatorio, mediante el cual se contempla un Plan Básico de Salud (PBS) con atenciones curativas y preventivas individuales en los tres niveles de atención y de un valor per cápita promedio. Todas las personas afiliadas al sistema deberían tener acceso al conjunto de servicios de atención a la salud contemplados en el PBS.

Paquete básico de salud

Con la puesta en marcha del seguro contributivo de salud se definió, como etapa transitoria, un plan de salud más limitado que el PBS: el Plan de Servicios de Salud (PDSS). De manera que actualmente coexisten el PBS y el PDSS. El PBS es gestionado por SENASA a través de la red pública y no requiere copago. El PDSS es ofrecido por SENASA a las personas afiliadas contributivas y, aunque contempla una cobertura menos amplia respecto al PBS, permite el acceso a un pa-

[61] Según CEG-INTEC (2013:3) «El 62% de las trabajadoras domésticas reciben salarios iguales o inferiores a RD$ 5,000 mensuales. El 29% devenga salarios entre RD$ 5,000 y RD$ 8,000. El 8% obtiene salarios entre RD$ 8,000 y RD$ 12,000 y solo el 1% percibe salarios por encima de ese monto».

quete de prestaciones de salud, incluyendo tratamientos por enfermedades de alto costo, antes reservados solo a sectores de mediano y alto ingreso (Matías 2013). Según informantes claves ya la Comisión Técnica Permanente en Salud (CPS) ha avanzado un programa para unificar el PBS.

El paquete básico de prestaciones de salud asegura atención a los grupos pobres y vulnerables (incluyendo personas que viven con VIH, que a nivel nacional son prevalentemente mujeres[62] y personas con enfermedades crónicas o catastróficas preexistentes) y cubre enfermedades de alto costo, que incluyen cáncer y operaciones de corazón abierto.

En las Unidades de Atención Primaria se ofrecen una gama de servicios: servicios de medicina general, atención prenatal y postnatal, consultas, diagnóstico y tratamientos sobre infecciones de transmisión sexual, visitas domiciliarias, tratamiento integral a niños, niñas y adolescentes y tratamientos sobre hipertensión arterial, así como servicios de prevención de enfermedades como el cáncer cérvico-uterino, tuberculosis, malaria, fiebre reumática, diabetes mellitus, salud escolar, planificación familiar, atenciones odontológicas y otros servicios de prevención sanitaria.

Desde una perspectiva de género es importante destacar que el Plan Básico de Salud tiene un importante componente para la promoción y la prevención en salud reproductiva[63] y materno-infantil, que se estima en un 10% del PBS (UNFPA 2012), componentes vinculados directamente a la condición de la mujer. Sin embargo, es importante destacar que del conjunto de trece intervenciones contempladas en el PBS y por las cuales las ARS cotizan, muchas no se otorgan debido a problemas relacionados con la calidad y equidad en salud. No fue posible en el presente estudio profundizar sobre la respuesta del PBS y PDSS en términos de cobertura respecto a las afecciones más comunes en las mujeres dominicanas, por lo que en consideración de la importancia de este tipo de análisis, se recomienda abordar este punto en una investigación específica.

Resulta de igual importancia destacar que el porcentaje del PBS destinado a medicamentos es muy limitado y esto implica altos gastos de bolsillos por parte de las familias pobres y su mayor empobrecimiento (se estima que el gasto en medicamentos constituye el 75% del gasto en salud de las familias en condiciones de indigencia).

Calidad y equidad en salud

Por el lado de la oferta de servicios, según la mayoría de los actores escuchados y la bibliografía secundaria consultada, el sistema de salud presenta todavía muchas carencias en términos de calidad, eficiencia en su funcionamiento y equidad en el acceso financiero a los servicios, en especial por parte de la población más pobre.

Los indicadores básicos de salud (destacados en el acápite salud del perfil país) evidencian un bajo desempeño en este sector por parte del país, lo que está relacionado con la baja inversión

[62] Al 2013 se estimaban 14,000 personas viviendo con VIH, siendo el 60% de sexo femenino, de las cuales 1,397 estaban embarazadas.

[63] 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 mama, servicios dirigidos a la disminución de la mortalidad materna (con la exclusión de servicios de aborto prohibido en todas las circunstancias) y otros servicios de salud sexual y salud reproductiva. Se cubren el 100% de las consultas, exámenes y medicamentos.

en salud: según el Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (2012), en el 2010 el gasto en salud del Ministerio de Salud Pública apenas alcanzó un 1.2% del PIB nacional, porcentaje que sube a 3.2% si se agregan los gastos de los demás agentes financieros públicos, incluyendo la Seguridad Social; este porcentaje está muy por debajo de las metas propuestas en el Plan Decenal de Salud, que establece una inversión de un 4% del PIB.

Este bajo gasto público en salud se traduce en un consistente gasto del propio bolsillo familiar (es decir, del pago por el servicio demandado); lo que incide en los ingresos de las familias más pobres, constituyendo una barrera al acceso oportuno a los servicios y a la calidad y cantidad requeridos (Castellano et al. 2009). Según Rathe (s. f.), a pesar de los subsidios y de estar afiliados a SENASA, los hogares pobres dominicanos afrontan de su propio bolsillo los gastos en salud que constituyen una carga financiera importante «que reduce su nivel de vida y agrava su situación de pobreza»[64]. El mismo estudio considera como plausible que la disponibilidad de seguro «fomente el consumo de bienes y servicios de salud no cubiertos por el mismo, como por ejemplo, la compra de medicamentos», pruebas de diagnóstico y consultas en clínicas privadas ya sea para evitar la cola o para servicios no disponibles en la red de salud pública.

Calidad en salud

Se pueden resaltar avances con enfoque de género en el sector salud, como el trato que se está dando a temáticas importantes, como la atención a las necesidades específicas de adolescentes (con la creación de normas específicas de atención integral en salud a adolescentes conformes a los estándares internacionales sobre salud sexual y salud reproductiva; la dotación de cada regional de salud con unidades de atención integral en salud para adolescentes; la redacción de un plan nacional de prevención de embarazos dentro de este grupo poblacional y la dotación de los centros de salud de un sistema de información para el registro de la atención en salud a adolecentes denominado Historia Clínica de Adolescente) y el manejo de la problemática de la mortalidad materno-infantil (se ha lanzado en 2012 un nuevo plan plurianual de reducción de mortalidad materno-infantil). A pesar de esto, los análisis sobre la calidad en salud resaltan fortalezas y debilidades.

Según Mesa Lago (2009, cit. en Guzmán y Cruz 2010), si bien la República Dominicana es uno de los pocos países que cubre enfermedades de alto costo, la red de servicios públicos es de baja calidad. Según la misma fuente, además, el per cápita asignado para el régimen subsidiado no se está indexando adecuadamente. Debido a la limitada cobertura de enfermedades de alta complejidad, según el citado autor, los usuarios deben recurrir a prestadoras de servicios privadas, de manera que «entre 26 y 59 por ciento de los pacientes pagan un depósito ilegal para la emergencia o internamiento».

Matías (2013) informa que, debido a la baja calidad de la atención en la red pública de salud, para garantizar a los afiliados la cobertura de los servicios de salud el SENASA ha estado comprando servicios a las redes de prestadores mixtas y privadas (sobre todo las prestaciones de alto costo): «en el 2012 el SENASA ha dedicado aproximadamente el 41% de los ingresos recibidos per cápita

[64] A estos gastos en salud se suman costos indirectos como el transporte, la alimentación y la pérdida de ingresos.

del Régimen Subsidiado para el pago de servicios fuera de la red pública» (Matías 2013, 75) lo que implica altos costos para el sistema.

En otro orden, aunque se brinde una capacitación continua al personal de la red de atención primaria, diferentes estudios han resaltado el desconocimiento y la baja aplicación de las normativas, los reglamentos y los protocolos de atención en salud por parte del personal médico (CEG-INTEC 2010; CESDEM 2008; CONAPOFA 2007), lo que impacta negativamente en la calidad de los servicios otorgados. Esta baja calidad de los servicios afecta de manera muy significativo la salud y la vida de las mujeres; en particular, resultan alarmantes los datos relativos a las altas tatas de muertes maternas evitables (que se resaltaron en el capítulo 2 sobre el perfil del país), entre las más altas en la región caribeña y latinoamericana.

Equidad en salud

Guzmán y Cruz (2010) consideran que para evaluar la equidad en el funcionamiento del seguro de salud se pueden utilizar dos criterios complementarios: el grado de incorporación de la población pobre y el grado de cobertura por grupo demográfico, definido en términos de características como sexo, edad y zona de residencia.

En ocasión de la Encuesta Mundial sobre el Cumplimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo y su Seguimiento después del 2014 (UNFPA 2012), informantes claves del Ministerio de Salud declararon que uno de los logros prioritarios del Sistema de Salud para el periodo 2009-2012, alcanzados gracias a los convenios de gestión con los sistemas regionales de salud, fue el desarrollo de una Red de Atención Primaria. En términos de cobertura, en fecha 3 de abril del 2013 (Batista 2013), en el país existían 1,728 Unidades de Atención Primaria en Salud (UNAP) y habían planes de construir en el 2013 61 UNAP adicionales: 30 en el Gran Santo Domingo, 15 en Santiago, 8 en San Cristóbal, 6 en San Juan de la Maguana, 1 en Azua y 1 en Elías Piña (no se cuenta con información sobre los avances en el cumplimiento de estas metas).

El Informe Preliminar de la Encuesta Nacional Demográfica en Salud (ENDESA) 2013 resalta que el 99.3% de las mujeres ha tenido acceso a la atención prenatal (CESDEM et al. 2014), porcentaje que ha aumentado respecto a las ya adecuadas estadísticas del 2007 (97.8%), lo que constituye un indicador de la buena cobertura de hospitales y unidades de atención primaria a nivel nacional[65].

Según los datos del CNSS (2014), la cobertura de la población pobre no es homogénea entre las diferentes regiones: los mayores niveles de cobertura se encuentran en la región VIII (La Vega, Sánchez Ramírez y Monseñor Noel), con el 81% y, en segundo lugar, en la región III con el 70% de cobertura (Duarte, Hermanas Mirabal, Samaná y María T. Sánchez); la peor tasa de cobertura (41%) la tiene la Región 0, que comprende las provincias de Santo Domingo, Monte Plata y el Distrito Nacional, lo que está relacionado con la masa de población en condiciones de pobreza extrema y moderada presente en esta zona geográfica[66].

[65] Este indicador es incoherente con las altas tasas de mortalidad materna, lo que otra vez llama la atención sobre el problema principal que está relacionado con la calidad de los servicios.

[66] No obstante esta es la región que cuenta con el mayor número de unidades de atención primaria (aquí hay la mayor densidad de afiliados por unidad de atención).

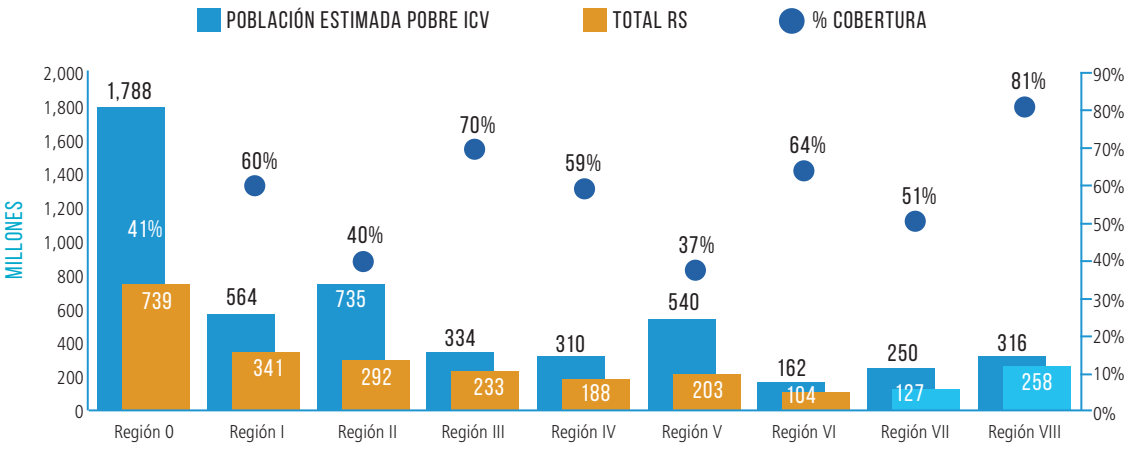
Según los datos del CNSS (2014), se encuentran cubiertos por el régimen subsidiado poco menos del 50% del total de la población categorizada como pobre (pertenecientes a las categorías de pobreza extrema —ICV 1— y pobreza moderada —IVC 2—) por el Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN)[67].

TABLA 6.14 COBERTURA CON RÉGIMEN SUBSIDIADO DE LA POBLACIÓN POBRE (ICV 1 E ICV 2) POR REGIÓN

REGIÓN	POBLACION ESTIMADA POBRE ICV	TOTAL RS	% COBERTURA
Región 0	1,788,129	738,960	41%
Región I	563,716	340,555	60%
Región II	734,709	292,343	40%
Región III	333,967	232,970	70%
Región IV	309,842	182,961	59%
Región V	540,421	202,550	37%
Región VI	162,168	104,082	64%
Región VII	250,414	126,600	51%
Región VIII	316,405	257,853	81%
Total general	4,999,771	2,478,874	50%

Fuente: Fuente: CNSS (2014).

GRÁFICO 6.11 COBERTURA DE LA POBLACIÓN POBRE POR REGIÓN DE SALUD

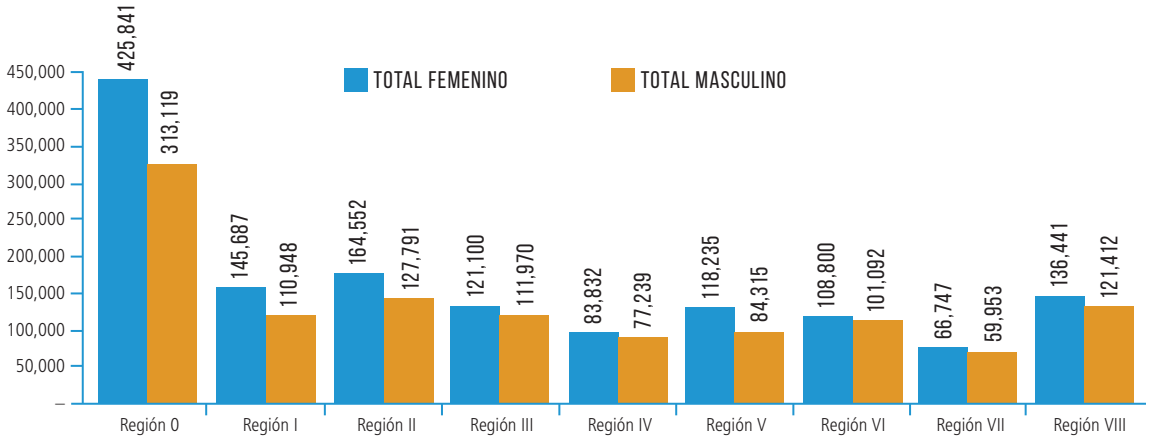


Fuente: CNSS (2014).

[67] Es preciso profundizar el análisis para entender por qué los datos sobre la población estimada pobre en esta tabla superan los obtenidos por el SIUBEN.

Estos datos confirman lo expresado en el estudio de Guzmán y Cruz (2010), es decir, que las personas pobres de las distintas regiones del país enfrentan diferencias en sus capacidades de acceso al aseguramiento. Los datos demuestran, además, que la cobertura del SFS en el régimen subsidiado varía también en función del sexo, siendo mujeres la mayoría de personas afiliadas en todas las regionales de salud.

GRÁFICO 6.12 PERSONAS AFILIADAS REGISTRADAS EN LA BASE DE DATOS DEL SENASA DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO POR REGIÓN Y SEXO, SEPTIEMBRE 2013



Fuente: CNSS (2014).

Según Matías (2013) «los recursos humanos están concentrados en los centros hospitalarios de segundo y tercer nivel en los principales centros urbanos, limitando las capacidades de resolución de los servicios en el primer nivel de atención»; el mismo autor resalta, además, que aún persiste la presencia de dos subsistemas dentro del SENASA, pues no obstante tanto el sistema público como el privado se regulen bajo el mismo esquema legal, la red privada sigue funcionando de forma autónoma e independiente.

6.2 Programa de Atención Integral a Niños y Niñas de las Estancias Infantiles del SDSS-EI (ficha 3)

1) El Programa de las Estancias Infantiles del SDSS y su coherencia con la Iniciativa del Piso de Protección Social

El actual sistema de Estancias Infantiles trae sus orígenes en la promulgación de la Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, que en su capítulo tercero (artículos de 134 a 139) establece que el Estado desarrollará servicios de Estancias Infantiles para los hijos de edad comprendida entre los 45 días y los 5 años de trabajadores. Anteriormente, desde los años 1990, el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) ofrecía servicios de estancias infantiles, pero

con una baja cobertura y sin existir un marco normativo específico (lo que llevaba a la discrecionalidad en la selección de los niños a recibir)[68].

En consideración de la gradualidad con la cual se estuvo poniendo en función el Sistema Dominicano de Seguridad Social y de los limitados recursos disponibles, solo en el 2008 el CNSS creó una comisión interinstitucional de seguimiento para definir los mecanismos de inicio del funcionamiento de las Estancias Infantiles y solo en el mes de julio de 2009 empezaron a otorgarse los servicios de Estancias Infantiles —contemplados dentro del Seguro Familiar de Salud— pero limitados al Régimen Contributivo, como estipulado por el Procedimiento para el Inicio Gradual de los Servicios de Estancias Infantiles del Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo (CNSS 2009).

i) Coherencia entre los objetivos del Programa de Estancias Infantiles del SDSS y la finalidad de la Iniciativa del Piso de Protección Social

OBJETIVO GENERAL:

Ofrecer atención física, educativa y afectiva para potencializar el desarrollo integral y promover un estilo de vida saludable a los hijos de los trabajadores, desde los 45 días de nacidos hasta cinco años de edad, dentro del Sistema Dominicano de Seguridad Social.

Las Estancias Infantiles son uno de los servicios de aseguramiento contemplados por el Sistema Dominicano de Seguridad Social con el objetivo de ofrecer atención integral a los niños desde los 45 días de nacidos hasta los cinco años de edad. En este orden, según la Iniciativa del Piso de Protección Social, los servicios otorgados por las Estancias Infantiles corresponden a una de las prestaciones que, en el paradigma de «la escalera» de la política de seguridad social, se posiciona en el segundo peldaño.

ii) Coherencia entre los criterios de focalización y el objetivo de la universalidad

La Ley 87-01 de Seguridad Social contempla los servicios de Estancias Infantiles (EI) dentro del Seguro Familiar de Salud de los regímenes contributivo, subsidiado y contributivo subsidiado. En consideración de los limitados fondos disponibles, desde el 2009 se empezaron a ofrecer los servicios de las Estancias Infantiles, pero dirigidos solo a los hijos de personas adscritas al régimen contributivo que aportan al sistema (CNSS 2009). Estas estancias, además, tienen una cobertura por debajo de las necesidades de las personas derechohabientes por ser adscritas al régimen

[68] Las Estancias Infantiles han recibido niños antes cubiertos por el IDSS, aunque no cumplieran con los criterios de elegibilidad. Una cantidad limitada de este grupo (que al momento de la transición del IDSS al AEISS tenían menos de un año de edad) en la actualidad se beneficia del servicio.

contributivo, así que dentro del total de las personas elegibles se priorizan los hijos de trabajadores que perciben entre uno y dos salarios mínimos.

Según las proyecciones de la Oficina Nacional de Estadísticas, el total de la población dominicana entre los 0 y 4 años y 11 meses de edad al 2014 se estima en 1,051,583, de la cual solo el 0.7% se encuentra cubierta por el Programa de las Estancias Infantiles del SDSS (como sumatoria de la oferta de servicios por parte de las EI propias de la AEISS, las que se encuentran en cogestión con ONG o grupos empresariales, y las subrogadas).

TABLA 6.15 ESTIMACIONES DE LA COBERTURA DE LAS ESTANCIAS INFANTILES

POBLACIÓN INFANTIL, PROYECTADA POR LA ONE, 2014				POBLACIÓN DE LA PRESTADORA DE SERVICIOS DE ESTANCIAS INFANTILES		
Grupo de edad	Sexo masculino	Sexo femenino	Total	Sexo masculino	Sexo femenino	Total
< 1 año	107,109	102,291	209,400	226	192	418
1	106,843	102,626	209,469	500	438	938
2	107,331	102,918	210,249	777	748	1,525
3	107,467	103,275	210,742	872	788	1,660
4	107,816	103,907	211,723	762	686	1,448
Totales	536,566	515,017	1,051,583	3,137	2,852	5,989
Cobertura ofrecida por el CIANI como servicio subrogado de la AEISS[69]				691	638	1,329
Totales de cobertura entre EI y CIANI				3,828	3,490	7,318
Porcentaje de cobertura total de EI y CIANI respecto al universo de niños y niñas de 0 a 4 años y 11 meses						0.70

Fuente: Proyecciones de la ONE para el 2014, estadísticas de cobertura del AEISS y del CONANI.

Tomando en cuenta de que las Estancias Infantiles están operando desde 2009 según una lógica mercantil, que otorga el servicio exclusivamente a las personas adscritas al régimen contributivo[70], se reproducen los cálculos de cobertura sobre el total de hijos de esta población, llegando a la conclusión que del total de población meta (343,016 niños beneficiarios del SFS[71]) solo el 2.13% recibe los servicios de atención integral ofrecidos en las Estancias Infantiles.

[69] El AEISS paga al CIANI el costo per cápita de estas personas.

[70] Según la directora de la AEISS, entrevistada para este estudio, hay algunas excepciones: se estima que un 15-25% de los niños que reciben servicios en las Estancias Infantiles no pertenecen al régimen contributivo y no están cubiertos (no se sabe si pertenecen al subsidiado o aplicarían para el régimen contributivo subsidiado). Esto depende de diferentes factores: una parte de estos niños ya se beneficiaban de las estancias antes de la puesta en función del sistema en el 2009; por otro lado, se permite la entrada de niños, que necesiten del servicio, de las comunidades donde se encuentran las estancias (se deja un cupo de un promedio del 8% a niños no cubiertos).

[71] Los hijos de 0 a 5 años de las personas adscritas al régimen contributivo corresponden al 32.62% del total de la población dominicana en el mismo tramo de edad.

TABLA 6.16 ESTIMACIÓN DE LA COBERTURA DE LAS ESTANCIAS INFANTILES SOBRE EL TOTAL DE NIÑOS ELEGIBLES POR SER DEPENDIENTES DE PERSONAS ADSCRITAS AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SDSS

DESAGREGADOS POR GRUPOS DE EDAD	POBLACIÓN DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO			POBLACIÓN DE LA PRESTADORA DE SERVICIOS DE ESTANCIAS INFANTILES		
	Niños	Niñas	Total	Niños	Niñas	Total
Menor de un año	35,400	36,866	72,266	226	192	418
1	35,718	37,794	73,512	500	438	938
2	33,629	34,588	68,217	777	748	1,525
3	33,318	35,083	68,401	872	788	1,660
4	29,671	30,949	60,620	762	686	1,448
Totales	167,736	175,280	343,016	3,137	2,852	5,989
Porcentaje de cobertura de las EI de hijos (de 0 a 4 años y 11 meses) de las personas adscritas al régimen contributivo						1.75%
Cobertura ofrecida por el CIANI como servicio subrogado de la AEISS				691	638	1,329
Totales de cobertura entre EI y CIANI				3,828	3,490	7,318
Porcentaje de cobertura de parte de las EI y de los CIANI de hijos (de 0 a 4 años y 11 meses) de las personas adscritas al régimen contributivo						2.13%

Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas recibidas por AEISS y CONANI comparadas con datos del CENSO 2010 (ONE 2012).

iii) Financiación de las Estancias Infantiles del SDSS

Los servicios de Estancias Infantiles están cubiertos por los recursos provenientes de la partida del 0.1% del total de la cotización de trabajadores y empleadores al Seguro Familiar de Salud y de otras fuentes, según lo establecido en el Art. 140 de la Ley 87-01. La TSS transfiere a una cuenta especial de la AEISS el monto correspondiente a la suma de los per cápita por niño por mes establecido por el CNSS (por resolución), según la factura detallada recibida por la AEISS a finales de cada mes, con indicación del número de niños destinados a cada Estancia Infantil.

A diciembre del 2013, para la cobertura de 6,516 niños dentro de las 93 Estancias Infantiles existentes, la asignación a la Administradora de Estancias Infantiles fue de RD$ 141,194,000.

iv) Instituciones que desarrollan el Programa de Atención

La Ley 87-01 y los procedimientos específicos sobre Estancias Infantiles regulan de forma precisa los roles de las diferentes instituciones involucradas en el programa, permitiendo una coordinación que se puede considerar fluida.

La AEISS tiene la responsabilidad de la prestación de los servicios de Estancias Infantiles. Para la implementación del programa de atención integral a la primera infancia, la AEISS coordina con la

gerencia del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), así como con el Consejo Nacional de Estancias Infantiles (CONDEI), la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) y la Tesorería de Seguridad Social (TSS).

El CONDEI tiene el rol de formulación de políticas, normas y procedimientos para la creación y habilitación de estancias y la responsabilidad de velar por la calidad de los servicios de atención en las EI.

La TSS, por otro lado, es un órgano dependiente del CNSS que tiene a su cargo el Sistema Único de Información y el proceso de recaudo, distribución y pago, garantizando regularidad, transparencia, seguridad, eficiencia e igualdad.

La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) es la entidad estatal, autónoma, con personalidad jurídica y patrimonio propio, la cual, a nombre y representación del Estado dominicano, ejerce a cabalidad la función de velar por el estricto cumplimiento de la ley 87-01, incluyendo el sistema de Estancias Infantiles. La SISALRIL hace visitas periódicas a las estancias de la AEISS (3-4 veces por año) aplicando auditoría de gestión, evaluación del personal, supervisión, monitoreo y acompañamiento en general. Dado que la TSS paga a las EI por los niños que asisten a las estancias, la SISALRIL audita que cada niño por el cual se paga esté recibiendo la atención.

CONDEI y SISALRIL presentan al CNSS informes bimensuales sobre el desarrollo de la prestación de los servicios de EI del SDSS.

Según las personas clave entrevistadas, no hay mecanismos de coordinación, pero las instituciones conforman equipos de ejecución y estrategias de conducción para acciones específicas.

v) Participación de la sociedad civil en el diseño del programa

Según la Directora de la AEISS, la inserción de las Estancias Infantiles en la Ley de Seguridad Social es un logro de la incidencia ejercida por las mujeres trabajadoras dominicanas en las vistas públicas de discusión de la Ley 87-01. Las demandas hechas por estas mujeres fueron acogidas por mujeres senadoras y diputadas pertenecientes a diferentes partidos políticos (Milagros Ortiz Bosch, Altagracia Guzmán Marcelino, Nelly Pérez de Duvergé y Milagros Díaz).

El programa cuenta, desde hace más de tres años, con una Comisión de Veeduría, constituida por 12 dominicanos y dominicanas notables y sin afinidad política, representantes de los sectores: empresarial, academia, médico, iglesia y de otros sectores de la sociedad civil. De las 12 personas que integran la Comisión de Veeduría, solo tres son hombres y las otras nueve son mujeres; aparte de esta presencia femenina no hay representación de organizaciones que promueven los derechos de las mujeres y la igualdad de género.

vi) Participación de las personas beneficiarias en el desarrollo y evaluación del programa

Cada estancia Infantil cuenta con un Comité de Padres, Madres, Tutores y Amigos de la Estancia (COPMAE) en el que participan padres, madres, tutores y representantes de las distintas instituciones de la comunidad. La función fundamental del COPMAE es apoyar el funcionamiento y el proyecto educativo de la Estancia Infantil y velar por el cumplimiento de los estándares de calidad

de los servicios. La Estancia Infantil involucra al COPMAE en diferentes decisiones, planes y actividades propias de su desempeño. Los integrantes de los comités, además de participar activamente en la vida de las estancias, constituyen el principal mecanismo de monitoreo del programa, pues se ocupan de llamar la atención frente a los problemas.

La Estancia Infantil fomenta la creación de Espacios de Crecimiento Familiar (escuelas de padres y madres), como forma de desarrollar habilidades, destrezas, actitudes y conocimientos en los padres, madres y tutores sobre las prácticas de crianza de menores de cinco años, además de fortalecer los vínculos entre familia, Estancia Infantil y comunidad.

2) Población beneficiaria

La cantidad total de la población atendida en las estancias infantiles es de 7,318 personas, de las cuales el 47.70% (3,490) son niñas y el 52.30% (3,828) son niños dentro de los 45 días de nacidos y los 5 años de edad.

i) Condicionalidad

No se contemplan condiciones en el programa de las Estancias Infantiles. Sin embargo es importante aclarar los siguientes aspectos:

- Una condición fundamental para la recepción de los servicios es que el afiliado titular del régimen contributivo debe tener un trabajo remunerado y su empleador debe pagar para su SFS (si estas condiciones no persisten para un periodo mayor a los 60 días se pierde el derecho a los servicios de EI).
- El personal del programa da seguimiento a las familias para que los niños reciban más del 85% de la propuesta curricular en atención integral de las EI. Cuando un infante deserta, se le da seguimiento y se averigua las causas, acompañándole en el proceso de traslado a otra estancia o de retiro (si son estas las razones de la deserción).
- Igualmente, el personal sensibiliza, orienta y monitorea a las familias con relación a los controles médicos y las vacunas de sus niños.

ii) Población que participa en el programa y criterios de salida

Entre los hijos de trabajadores adscritos al régimen contributivo, se priorizan para las nuevas entradas a quienes cuentan con salarios más bajos (uno o dos salarios mínimos cotizables, en algunos casos se llega a tres). Otros aspectos que se toman en cuenta son los cupos disponibles en la estancia por la edad correspondiente y el orden de recepción de las solicitudes.

Asimismo, salen del programa los niños que cumplen los cinco años de edad cuando deben pasar al sistema educativo (MINERD). El procedimiento para el inicio gradual de las EI, en su Art. 7, contempla la conservación temporal (para un periodo de 60 días) del derecho a los servicios de estancias infantiles en el caso de que el afiliado titular quedara privado de su trabajo remunerado o si su empleador se retrasara con los pagos.

3) Componentes del programa en relación a la Iniciativa del Piso de Protección Social

i) Estímulo a la oferta de servicios

El programa contempla oferta de servicios dirigidos a la atención integral institucionalizada a niños desde los 45 días de nacidos hasta los cinco años de edad. Los servicios ofrecidos dentro de las Estancias Infantiles son: servicios de cuidado, alimentación apropiada de acuerdo a la edad y situación de salud del niño, educación preescolar (conforme al currículo del MINERD), evaluación y estimulación del desarrollo, atención de salud y recreación.

En términos de cantidad de estancias[72] y cobertura, las estadísticas del CNSS reportan para diciembre 2013, la existencia de 93 Estancias Infantiles a nivel nacional con una cobertura de un total de 6,516 niños. Datos recibidos desde la AEISS, actualizados a junio de 2014, reportan un total de 118 Estancias Infantiles (de las cuales 33 son propias del AEISS, 8 son cogestionadas, 60 subrogadas y 17 centros fronterizos preescolares) para una cobertura total de 7,051 niños. La AEISS se coordina a nivel nacional con proveedores de servicios de Estancias Infantiles fuera de su Red (especialmente el CONANI) por solicitud de estos proveedores, con la finalidad de completar los cupos requeridos, para responder a la demanda en aquellos lugares que no cuenten con instalaciones debidamente habilitadas para ello.

TABLA 6.17 DISTRIBUCIÓN DE LAS ESTANCIAS INFANTILES POR MODELO DE GESTIÓN

DATOS ACTUALIZADOS A JUNIO DE 2014	
Modalidad	Cantidad
Propias	33
Cogestionadas	8
Subrogadas	60
Prescolares (centros fronterizos)	17
Total	118

Fuente: Archivos AEISS.

En el año 2012 se arrancó con un proceso de ampliación de la cobertura, gracias a la motivación que se les hizo a los tres sectores que conforman el CNSS (sindicatos, sector empresarial y Gobierno) sobre la necesidad de aumentar la cobertura. Esta cobertura se está ampliando a través

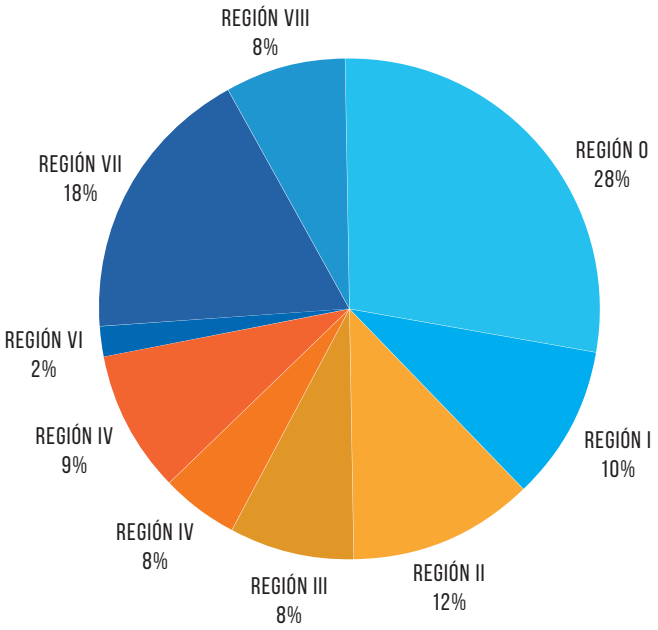
[72] Los centros de atención integral para prestar servicios de Estancias Infantiles en el ámbito del SDSS deben haber pasado un proceso de habilitación que permite verificar que cumplan con los requisitos mínimos contenidos en la Normativas Generales de las Estancias Infantiles.

del incremento de la capacidad instalada: se han construido seis estancias nuevas y se han remodelado siete más. En la actualidad se siguen remodelando otras estancias y se están construyendo 13 nuevas con la meta de tener, para el final de 2014, una capacidad de recepción de 4,980 niños adicionales (Resolución No. 340-01 del CNSS del 24 de abril del año 2014).

Estas EI se construyen en localidades identificadas tras estudios mercadológicos, que toman en cuenta donde están o estarán concentradas las personas afiliadas que perciben menos de tres salarios mínimos cotizables (en consideración de la apertura de nuevos polos industriales, por ejemplo). Según la directora de la AEISS, se priorizan las localidades donde se concentran el mayor número de mujeres en edad reproductivas empleadas y remuneradas con un salario inferior a tres salarios mínimos cotizables: donde operan zonas francas y localidades donde haya industrias hoteleras y esté desarrollado el sector turístico (de acuerdo a MMUJER 2012, el sector productivo de servicios concentra el 88.9% del empleo femenino).

Los datos relativos a la distribución geográfica de las Estancias Infantiles resaltan que más de la mitad de las Estancias Infantiles están localizadas entre la Región 0, correspondiente a la provincia de Santo Domingo y Distrito Nacional; la Región VII (Norte) donde se encuentran muchas de las zonas francas, y la Región II, donde está la segunda gran metrópolis del país (Santiago). Según informantes claves, si bien las estancias infantiles benefician a las mujeres madres trabajadoras,

GRÁFICO 6.13 DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LAS ESTANCIAS INFANTILES DEL SDSS



Fuente: Elaboración propia a partir de datos recibidos por la AEISS.

su localización en proximidad de las empresas no siempre es un aspecto positivo e implica una carga adicional para las mujeres madres trabajadoras respecto a estancias que están localizada a nivel de la comunidad de pertenencia[73].

Con relación al personal empleado, las Estancias Infantiles, por reglamento, deben contar con profesionales con actitud y aptitud al trabajo con población de la primera infancia que debe haber pasado un proceso de formación e inducción específico. Las figuras profesionales con las cuales cada EI debe contar son:

a) Personal administrativo: encargado y asistente administrativo.

b) Personal docente: coordinador educativo, educador y educador asistente.

c) Personal multidisciplinario: enfermero, psicólogo y trabajador social.

d) Personal de apoyo: personal de cocina, personal de limpieza, portero y sereno.

El personal ocupado en las Estancias Infantiles es predominantemente femenino; en casos muy raros se encuentran hombres trabajando en estos espacios.

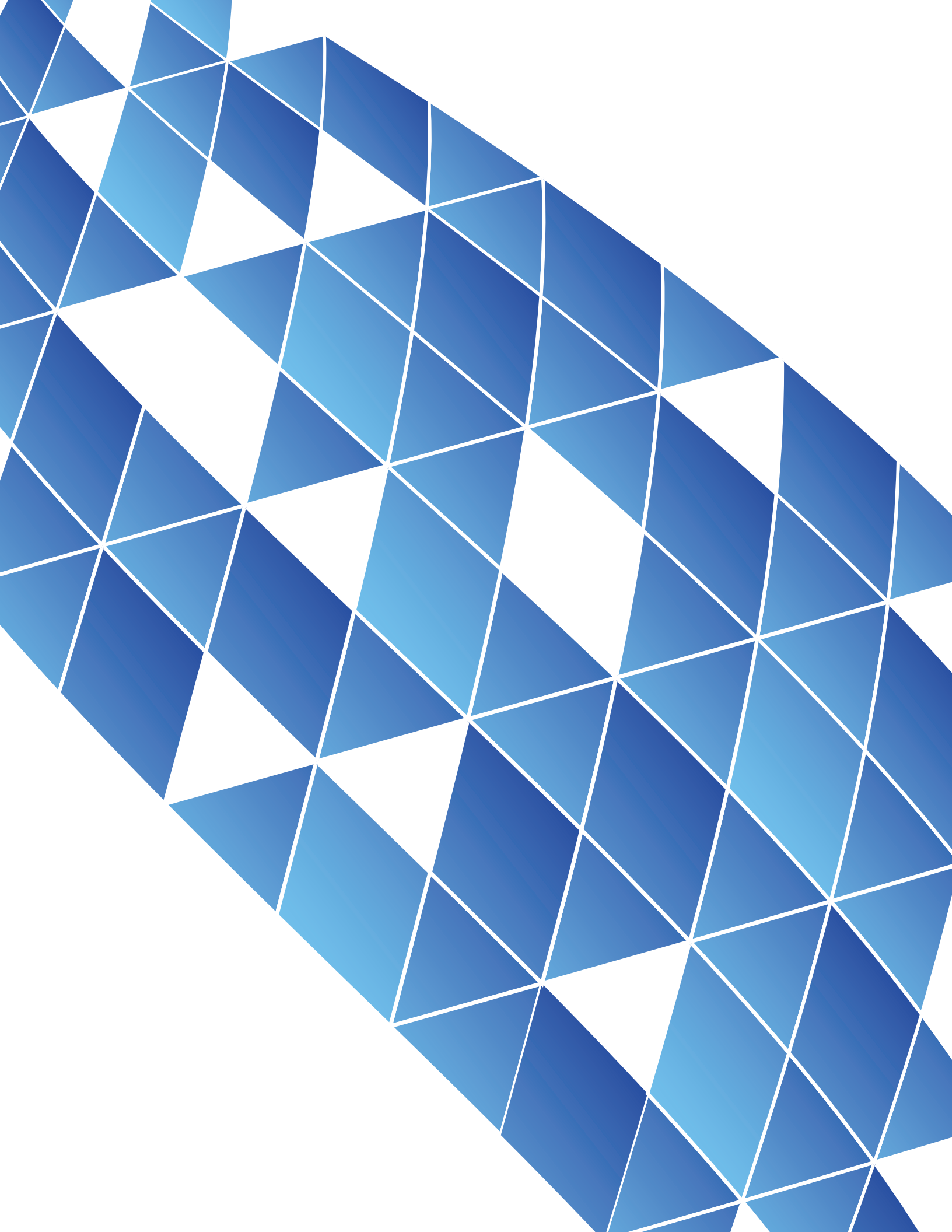
La prestación de servicios de especialistas en neurodesarrollo, de logopeda, terapeuta ocupacional, terapeuta físico-motor, nutricionista, así como la atención a necesidades educativas especiales, es obligatoria en todas las Estancias Infantiles, y se ofrecen mediante acuerdos con instituciones o profesionales que brinden estos servicios, tanto en la misma EI como en otros espacios.

En término de servicios de salud, el personal de las Estancias Infantiles promueve jornadas, encuentros u otras actividades interactivas de carácter preventivo para los familiares del niño, con la finalidad de que desarrollen una mejor salud física y mental, coordinando actividades de promoción de salud con las Unidades de Atención Primaria (UNAP) del sector u otras entidades de salud.

La Estancia Infantil debe contar con un Plan Anual para el área de Salud que contemple todas las acciones a realizar en este ámbito con los niños, la familia y la comunidad. La Estancia Infantil debe organizar un espacio físico para el área de salud, en el que se disponga de archivos para guardar los expedientes de salud de todos niños. Igualmente, la Estancia Infantil debe velar para que se realicen evaluaciones de salud periódicas relacionadas con la edad de los niños, en función de las Normas Nacionales para la Atención al Niño y Niña de 0-5 años de edad del Ministerio de Salud Pública (MSP).

Para cada niño la Estancia Infantil deberá contar con: una cédula de salud del Ministerio de Salud Pública (MSP); una ficha integral con datos generales e informaciones sobre etapa prenatal, post natal, registro de inmunizaciones y datos de la familia; una historia clínica, llenada por un médico con datos generales del niño; antecedentes perinatales (pre y post), familiares y personales, e historia alimentaria.

[73] La cercanía de las Estancias Infantiles a los centros de trabajo (fuera de la comunidad donde habitan las madres trabajadoras) implica que la madre es quien debe, necesariamente, ocuparse del traslado del niño de la casa a la estancia y viceversa, así como de estar en disposición en caso de que su niño necesite la presencia de algún familiar. Hay inquietudes también con relación al aspecto de la contaminación ambiental.



CAPÍTULO 7

Programas de transferencias monetarias y subsidios (fichas 4, 5, 6, 7 y 8)

7. PROGRAMA DE TRANSFERENCIAS MONETARIAS Y SUBSIDIOS (FICHAS 4, 5, 6, 7 Y 8)

7.1 Programa Progresando con Solidaridad (PROSOLI) (ficha 4)

Dentro del Sistema de Protección Social del Gobierno dominicano, se destaca el programa Progresando con Solidaridad (PROSOLI), considerado por el Gobierno como el pilar principal de su estrategia de lucha contra la pobreza. El programa PROSOLI surgió en agosto del 2012 (a través de los decretos 488-12 y 489-12) como articulación e integración entre varios programas preexistentes: el Programa Solidaridad, que desde el 2004 se estuvo gestionando desde el Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales (GCPS), y dos programas gestionados por el anterior Despacho de la Primera Dama: Progresando y Centros Tecnológicos Comunitarios (CTC).

El actual diseño del programa PROSOLI se dirige a la promoción del desarrollo integral de las personas que integran los hogares beneficiarios, de acuerdo a su ciclo de vida y a través de acciones que se pueden agrupar en las siete líneas de impacto que se enumeran a continuación:

1) Salud integral: incentivo al acceso y uso de los servicios de salud de todos los integrantes de las familias beneficiarias, priorizando como grupos de intervención a las mujeres embarazadas y a los niños de 0 a 5 años de edad.
2) Educación: apoyo a la inscripción y a la asistencia escolar de los niños, niñas y adolescentes miembros de hogares beneficiarios, de edades entre 5 y 21 años y que cursan el nivel inicial, el primero u octavo curso de la educación básica o el primero o segundo grado del nivel medio en escuelas públicas.
3) Identificación: apoyo a la identificación y registro de personas sin acta de nacimiento o cédula para garantizarles el derecho a nombre, nacionalidad y disfrute de los derechos ciudadanos.
4) Formación humana y conciencia ciudadana: promoción dentro de los hogares beneficiarios de los valores positivos y de su conciencia sobre sus derechos y deberes ciudadanos para contribuir a la construcción de una cultura de paz.
5) Seguridad alimentaria, nutrición y generación de ingresos: las familias con tarjeta solidaridad reciben un subsidio para la compra de alimentos que favorezcan la sana nutrición de la familia, a lo que se asocian diferentes estrategias como: capacitación en nutrición sana; creación o identificación de oportunidades para

la generación de ingresos; implementación de proyectos agropecuarios para autoconsumo y venta; apoyo a la instalación de unidades pecuarias (gallinita ponedoras y crianza de cabras) a través del Fondo Especial para el Desarrollo Agropecuario (FEDA); producción de abono orgánico; promoción de la capacitación técnico-vocacional a través del Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional (INFOTEP), el Ministerio de Trabajo, organizaciones no gubernamentales y otras dando énfasis a la formación en sectores que permitan la inserción en el mercado laboral; fomento del microcrédito y de cooperativas para el desarrollo.

6) Habitabilidad y protección del medio ambiente: promoción del acceso de las personas a viviendas dignas con dos habitaciones, pisos de cemento, sistema sanitario y acceso a agua potable, así como sensibilización de las familias sobre el ahorro de los recursos naturales y reciclaje.

7) Acceso a las tecnologías de la información y la comunicación y reducción de la brecha digital: capacitación en alfabetización y cursos sobre tecnologías de la información y la comunicación, mediante los Centros Tecnológicos Comunitarios, Centros de Capacitación Informativa o estrategias similares

Según las entrevistas realizadas debido a las numerosas diferencias en términos de modalidades operativas, grupos metas y otras características del antiguo programa Solidaridad y de los programas anteriormente impulsados desde el Despacho de la Primera Dama, el proceso de articulación e integración entre estos todavía no se puede considerar concluido, sino que está en proceso. Asimismo, se pudo constatar que los avances no han sido homogéneos en las siete líneas estratégicas. El análisis que se presenta intenta ofrecer una idea integral del programa, con mayor énfasis en los componentes más consolidados

1) El programa Progresando con Solidaridad y su coherencia con la Iniciativa del Piso de Protección Social

i) Coherencia entre los objetivos de PROSOLI y la finalidad del piso de protección social

OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA PROSOLI:

Contribuir a romper la transmisión intergeneracional de las causas que generan o arraigan la pobreza, a través de la inversión que los hogares pobres realizan en educación, salud y alimentación, y de la creación de capacidades y oportunidades para la vida y el trabajo, potenciando la acumulación del capital humano de los integrantes del núcleo familiar.

El objetivo general del programa PROSOLI, así como los objetivos específicos, se pueden considerar coherentes con las finalidades del piso de protección social.

En línea con la Iniciativa del Piso de Protección Social, la atención principal del programa se dirige a las personas más necesitadas (pertenecientes a los hogares identificados en situación de pobreza extrema o moderada), con transferencias monetarias específicamente dirigidas a garantizarles un mínimo de ingreso, seguridad alimentaria y acceso a servicios esenciales (salud, educación, gas y luz).

A través de la promoción del cumplimiento de las condiciones y las actividades de sensibilización, el programa contribuye también a elevar el acceso a los servicios de salud poniendo un énfasis especial en dos grupos priorizados por la Iniciativa del Piso de Protección Social: la niñez y las mujeres embarazadas.

Desde mediados del año 2012, además, el programa contempla componentes que apuntan a la acumulación de capital humano y a la interrupción de la transmisión intergeneracional de la pobreza, por medio de acciones dirigidas a la creación de capacidades y oportunidades que permitan a las personas que componen las familias beneficiarias el acceso a mejores oportunidades de trabajo y de generación de ingresos. En este sentido, el programa tiene la potencialidad de crear condiciones para que las personas beneficiarias que accedan al mercado laboral puedan ascender al segundo peldaño de la escalera de protección social, pasando del piso de protección social a niveles de protección más elevados, garantizados por el régimen contributivo del sistema de seguridad social.

Aunque el programa hace referencia a una medición de la pobreza multidimensional (y no monetaria), resulta interesante comparar el monto otorgado a cada familia como transferencia condicionada Comer Es Primero con la canasta básica y la línea de pobreza monetaria: la transferencia monetaria mensual del componente Comer Es Primero es de RD$ 825.00, cifra que corresponde al 7.9% de la canasta básica del quintil más pobre, al 8.4% de la línea de pobreza monetaria de la República Dominicana (RD$ 9,824) y al 16.8% de la línea de pobreza extrema (RD$ 4,912[74]) (BCRD 2011). Sin embargo, es importante resaltar que muchas de las familias reciben, en adición a la transferencia condicionada Comer Es Primero, los subsidios focalizados (Bono Gas y Bono Luz) y las transferencias condicionadas para la escolaridad de hijos en edad escolar (el Incentivo a la Asistencia Escolar —ILAE— y el Bono Escolar Estudiando Progreso —BEEP—); las familias con personas adultas mayores, además, podrían también recibir la transferencia monetaria del Programa de Protección al Envejeciente en pobreza extrema (PROVEE).

ii) Coherencia entre los criterios de focalización y el objetivo de la universalidad

El programa tiene alcance nacional al beneficiar a los hogares más empobrecidos de todas las regiones y provincias del país, los cuales son identificados en base a un proceso de focalización en dos etapas: una geográfica a través de los datos censales sistematizados en el mapa de pobreza, y una individualizada por hogar, que clasifica los hogares en base a su situación socioeconómica mediante un estudio sociodemográfico realizado por el Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN).

[74] Considera solo los bienes de primera necesidad de la canasta básica del primer quintil (que representa el estrato social más pobre del país). La canasta familiar de 2010 para el primer quintil era de RD$ 10,407.56 y las canastas básicas de los otros cuatro quintiles eran: RD$ 15,005.43 para el segundo; RD$ 18,545.95 para el tercero y respectivamente RD$ 24,368.00 y RD$ 48,665.81 para el cuarto y quinto.

En base a una serie de variables, el SIUBEN calcula el índice de calidad de vida (ICV) basado en una escala de 0 a 100 en la que el hogar con ICV igual a 0 representa una carencia absoluta en todas las variables del modelo, mientras que un ICV igual a 100 corresponde a mejores condiciones de vida en todas las variables (SIUBEN 2012). Son elegibles para el programa Progresando con Solidaridad los hogares que entran dentro de las categorías «pobreza extrema», identificados con el índice de calidad de vida 1 (ICV 1) y los hogares en «pobreza moderada» (ICV 2)[75].

Este sistema de focalización permite ordenar los hogares identificados como pobres en base a su nivel de vulnerabilidad y concentrar las intervenciones en los grupos con más necesidades. Según el nivel de pobreza, los hogares son elegibles para diferentes componentes del programa, que en muchos casos se suman el uno al otro:

TABLA 7.1 HOGARES ELEGIBLES PARA LOS SUBSIDIOS Y LAS TRANSFERENCIAS, SEGÚN EL ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA

NIVEL DE POBREZA	ZONA URBANA	ZONA RURAL	SUBSIDIOS Y TRANSFERENCIAS
ICV 1: pobreza extrema	0.00 – 47.20	0.00 – 37.50	ILAE, CEP, Bono Gas, Bono Luz
ICV 2: pobreza moderada	47.20 – 60.30	37.50 – 54.50	ILAE, CEP, Bono Gas, Bono Luz
ICV 3: no pobre	60.30 – 66.00	54.50 – 61.00	Bono Gas, Bono Luz
ICV 4: no pobre	66.00 – 75.80	61.00 – 73.90	No aplica
ICV 5: no pobre	75.80 – 100.00	73.90 – 100.00	No aplica

Fuente: Fuente: adaptación propia de informaciones recibidas por PROSOLI[76].

La existencia de una estructura de garantías de los ingresos en beneficio de grupos de población que, por su situación de pobreza, tienen necesidades específicas, puede ser considerada un punto de partida hacia la consecución del objetivo global de extender a todos un piso de protección social.

En otro orden, a través del sistema de focalización gestionado por el SIUBEN, el programa PROSOLI promueve el acceso de estas personas a los servicios públicos universales de educación y salud; en este sentido, la focalización y la universalidad se pueden considerar complementarias más que sustitutiva la una de la otra.

Es importante resaltar que, en aras de avanzar hacia el reconocimiento de los derechos humanos de todas las personas, incluido el derecho a la protección social, el programa promueve desde 2012 la identificación de personas sin acta de nacimiento y sin cédula[77].

[75] Algunos hogares de categoría ICV 3, considerados de clase media, perciben los subsidios Bono Gas y Bono Luz.

[76] No se cuenta con informaciones sobre los rangos que se consideran para la zona metropolitana.

[77] No se ha tenido acceso a datos relativos a la cantidad de personas que han registrado acta de nacimiento o han obtenido la cédula en el marco de esta línea de acción.

Según las estadísticas ofrecidas por el sistema de información de Progresando con Solidaridad y sistematizadas en la tabla a continuación, a mediados de marzo del año 2014 resultaban beneficiarios del programa el 74.02% de los hogares elegibles (ICV 1 + ICV 2) y, en términos de población, el 76.91% de las personas en situación de pobreza extrema y moderada. El presupuesto disponible explica las limitaciones del programa. En la tabla a continuación se presenta la cobertura de la población elegible para la transferencia monetaria condicionada Comer Es Primero (CEP) que es la transferencia que reciben todos los hogares beneficiarios, a la que pueden sumarse otros componentes.

TABLA 7.2 CANTIDAD DE HOGARES POR JEFATURA Y TIPO DE TRANSFERENCIA

ICV 1 + ICV 2	TRANSFERENCIA CONDICIONADA	
	COMER ES PRIMERO (CEP)	
Total hogares elegibles (1)	Total hogares beneficiarios de la transferencia monetaria CEP	
	Absoluto (2)	%
929,816	688,287	74.02
Total de personas elegibles	Total de personas beneficiarias	
	Absoluto (2)	%
3,055,374	2,349,853	76.91

Fuente: Elaboración propia a partir de (1) SIUBEN (2012) y (2) Sistema de Información Progresando con Solidaridad (SIPS).

A nivel regional, la cobertura y las brechas se presentan en la tabla a continuación:

TABLA 7.3 COBERTURAS Y BRECHAS DE PROSOLI A NIVEL REGIONAL

REGIÓN	HOGARES BENEFICIARIOS DE LA TMC COMER ES PRIMERO	HOGARES ELEGIBLES ICV 1 + ICV 2	COBERTURA (%)	BRECHA A CUBRIR (%)
CENTRAL	64,806	70,483	91.95	8.05
DISTRITO NACIONAL	48,350	91,993	52.56	47.44
EL VALLE	67,980	73,877	92.02	7.98
ENRIQUILLO	43,972	54,560	80.59	19.41
ESTE	88,114	113,295	77.77	22.23
NORCENTRAL	93,061	129,049	72.11	27.89
NORDESTE	80,100	76,140	105.20	-5.20
NOROESTE	47,686	60,711	78.55	21.45
SANTO DOMINGO	94,770	167,947	56.43	43.57
VALDESIA	85,628	91,761	93.32	6.68
TOTAL	**714,467**	**929,816**	**76.84**	**23.16**

Fuente: Fuente: CNSS (2014).

Según datos recibidos en fecha 29 de julio del 2014, a nivel nacional queda una brecha del 23.16% de hogares elegibles pendientes de acceder a la transferencia monetaria Comer Es Primero. Se destaca que en la región Nordeste hay una cobertura que supera en 5.20% los hogares elegibles; las regiones que presentan una brecha restringida son Valdesia (6.68%), El Valle (7.98%) y la región Central (8.05%), mientas que las mayores brechas de cobertura se encuentran en el Distrito Nacional (47.44%) y en Santo Domingo (43.57%).

iii) Financiación del Programa Progresando con Solidaridad

El programa PROSOLI se financia completamente desde el Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales, con recursos asignados por el Ministerio de Hacienda. El presupuesto del programa está desvinculado por completo de la financiación por parte de la cooperación internacional[78].

TABLA 7.4 PRESUPUESTO ASIGNADO A LOS DIFERENTES COMPONENTES DEL PROGRAMA PROSOLI EN 2013 Y 2014

TRANSFERENCIAS MONETARIAS Y SUBSIDIOS	PRESUPUESTO AÑO 2013 RD$	PRESUPUESTO AÑO 2014 RD$
Programa Progresando con Solidaridad	260,691,360.00	260,691,360.00
Comer es Primero (CEP)	6,616,000,000.00	7,116,000,000.00[79]
Subsidio GLP Hogares	2,339,280,000.00	2,339,280,000.00
Subsidio Bono Luz	2,089,842,000.00	2,089,842,000.00
Incentivo a la Asistencia Escolar (ILAE)	1,067,580,000.00	1,067,580,000.00
Total	**12,373,393,360.00**[80]	**12,873,393,360.00**

Fuente: Sistema de Gestión Financiera SIGEF – 2014.

TABLA 7.5 PRESUPUESTO ASIGNADO A LA UNIDAD EJECUTORA DEL PROGRAMA PROSOLI EN LOS AÑOS 2013 Y 2014

TRANSFERENCIAS MONETARIAS Y SUBSIDIOS	PRESUPUESTO AÑO 2013 RD$	PRESUPUESTO AÑO 2014 RD$
Programa Progresando con Solidaridad	476,120,776.00	476,120,776.00
Total	**476,120,776.00**	**476,120,776.00**

Fuente: Sistema de Gestión Financiera SIGEF – 2014.

[78] Más de un informante clave expresó durante las entrevistas que el programa se beneficia de la cooperación técnica del Banco Mundial (BM) y del Banco Interamericano del Desarrollo (BID), que se enfoca en el fortalecimiento institucional y no implica el desembolso de fondos de la institución.

[79] Este es el único componente entre los estudiados para el cual en el 2014 el presupuesto asignado es superior respecto al 2013, la variación es de 7.6 puntos porcentuales.

[80] Se consideran también como parte del presupuesto de PROSOLI (y serán analizados en los apartados específicos sobre los componente pertinentes) los fondos destinados a los siguientes programas (en todos los casos invariados en los años 2013 y 2014): Centros Tecnológicos Comunitarios (RD$ 127,860,000.00); Ayuda al Envejeciente (RD$ 400,000,000.00) e Incentivo a la Educación Superior (RD$ 145,200,000.00). No son objeto de estudio y no se consideran las asignaciones financieras destinadas a los siguientes subsidios: Subsidios GPL Transporte (RD$ 683,830,000.00); Programa de Incentivo a la Policía Preventiva (RD$ 172,620,000.00) e Incentivo Alistado Marina de Guerra IAMG (RD$ 46,800,000.00). Contemplando todos estos componentes el presupuesto total manejado por PROSOLI en términos de transferencias monetarias y subsidios amontaría a RD$ 13,949,703,360.00 para el 2013 y RD$ 14,449,703,360.00 para el 2014, lo que equivaldría a aproximadamente el 0.6% del PIB nacional.

El monto total corresponde al 0.6% del producto interno bruto.

iv) Instituciones que desarrollan el programa Progresando con Solidaridad

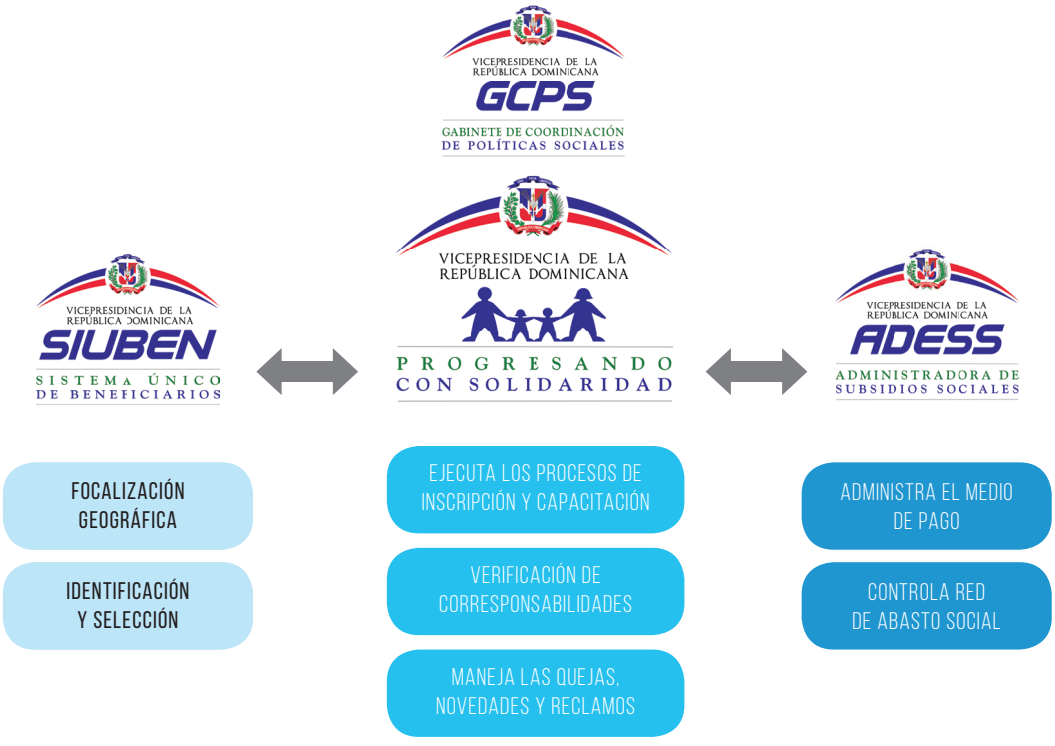
El programa PROSOLI se opera a través de una estrecha colaboración entre tres unidades ejecutoras adscritas al Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales: Progresando con Solidaridad (la unidad ejecutora que lleva el mismo nombre del programa), el Sistema Único de Beneficiarios y la Administradora de Subsidios Sociales.

El Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN) se ocupa de administrar la base de datos de los hogares pobres e identificar el padrón de hogares elegibles para asegurar su acceso a las transferencias y los subsidios.

La Administradora de Subsidios Sociales (ADESS) se ocupa de la administración y ejecución financiera de los subsidios, así como la fiscalización y verificación de los contratos y/o convenios con los comercios y expendedores afiliados al programa.

Progresando con Solidaridad (PROSOLI) ejecuta los procesos de inscripción y capacitación y da seguimiento al programa a través de la verificación de corresponsabilidades y el manejo de quejas, sugerencias y reclamos.

GRÁFICO 7.1 EL TRÍPODE INSTITUCIONAL QUE OPERA EL PROGRAMA PROSOLI



Fuente: GCPS s.f.

Este sistema operativo —que contempla tres instituciones separadas e independientes que se ocupan respectivamente de la selección de las personas elegibles, la ejecución del programa y el pago de las transferencias y subsidios— se considera, además de eficaz, una garantía de transparencia con relación a las acciones del programa.

Si bien se puede considerar que la operatividad del programa descansa en este trípode institucional, hay numerosas instituciones sectoriales que colaboran en la parte ejecutiva de los diferentes componentes que integran el Progresando con Solidaridad. Entre estas instituciones, se enumeran a continuación las principales[81]:

El Ministerio de Educación (MINERD), institución sectorial que, a través de su personal local, colabora con la implementación de la transferencia condicionada ILAE, ocupándose, entre otras cosas, del proceso de observancia de las condiciones en educación y de la producción de evidencias y archivos relativos a la matriculación y asistencia escolar de los niños beneficiarias.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) que, entre otras cosas, genera los archivos de registro de las atenciones realizadas a los miembros de los hogares beneficiarios y los envía al programa Progresando con Solidaridad.

v) Mecanismos de dirección y coordinación del programa PROSOLI

La colaboración con múltiples instituciones, necesaria para atender al enfoque de desarrollo integral del programa y su cobertura geográfica a nivel nacional, implica la necesidad de establecer diferentes nivel es de coordinación que permitan la implementación y el seguimiento adecuado tanto a nivel local, como a nivel central, respetando los compromisos asumidos con los hogares beneficiarios. En este sentido, se han establecido diferentes mecanismos de coordinación interinstitucional e intersectorial. Las principales instancias de coordinación citadas en el Manual operativo del programa son:

El Comité de Coordinación Interinstitucional (CCII), integrado por los máximos niveles de las principales instituciones que colaboran con la operatividad del programa (GCPS, SIUBEN, ADESS, PROSOLI y la dirección técnica del GCPS); tiene como funciones principales promover acciones que aumenten la eficacia y eficiencia de los procesos operativos transversales, con la finalidad de producir un servicio transparente, efectivo y oportuno al menor costo, así como dar seguimiento y

[81] En el Manual operativo transferencias condicionadas Progresando con Solidaridad aparecen, además, entre las instituciones colaboradoras: la Junta Central Electoral (JCE); el Ministerio de Agricultura; el Ministerio de Trabajo; el Consejo Nacional de Promoción y Apoyo a la Micro, Pequeña y Mediana Empresa (PROMIPYME); el Ministerio de la Mujer; la Procuraduría General de la República; el Instituto de las Telecomunicaciones (INDOTEL); el Instituto Tecnológico de las Américas (ITLA); el Centro de Contacto Gubernamental de la Oficina Presidencial de Tecnologías de la Información y Comunicación (OPTIC); los Núcleos de Hogares Progresando con Solidaridad y las organizaciones de la sociedad civil acreditadas en el programa. A estas, en base al análisis realizado y las informaciones recibidas durante las entrevistas a informantes claves, se agregarían: el Consejo Nacional de Personas Envejecientes (CONAPE); el Consejo Nacional de Personas con Discapacidad (CONADIS); el Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (MESCyT), el Instituto de Formación Técnico Profesional (INFOTEP), el Fondo Especial para el Desarrollo Agropecuario (FEDA); y los Centros Tecnológicos Comunitarios. Se destaca el rol del el Seguro Nacional de Salud (SENASA), la institución pública autónoma y descentralizada responsable de la administración de riesgos de salud de la población afiliada según los regímenes subsidiado, contributivo y contributivo-subsidiado del sector público y de las personas afiliadas al contributivo del sector privado que la escojan voluntariamente. El SENASA cubre, a través del Seguro Familiar de Salud, los gastos en salud de la población afiliada. El programa PROSOLI está apoyando a la población sin cobertura de seguro en la obtención de afiliación. Por último, entre las principales organizaciones internacionales que apoyan de alguna forma el programa se citaron: Fondo de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), Programa Mundial de Alimentación (PMA), Organización Internacional del Trabajo (OIT), Banco Mundial (BM) y Banco Interamericano para el Desarrollo (BID).

evaluar avances y resultados de las medidas acordadas en el mismo comité y conocer los informes de actividades de las instituciones que lo integran[82].

El Comité Técnico Intersectorial (CTIS), presidido por el coordinador del GCPS e integrado además por la dirección técnica del GCPS y por el Ministro de Educación y de Salud y las direcciones generales o ejecutivas del SENASA y del INFOTEP. Tiene las funciones de: promover la coherencia entre las intervenciones del programa PROSOLI y las prioridades sectoriales; informar sobre la oferta de servicios disponibles con base en las modalidades de intervención; supervisar y apoyar en la verificación de las corresponsabilidades; analizar los informes de avance y cumplimiento programático de las acciones del programa, revisando sus resultados e impactos y emitiendo recomendaciones para su mejor funcionamiento; y examinar el cumplimiento de las responsabilidades de las diferentes instituciones[83].

Las Mesas Técnicas Intersectoriales, integradas por los directores de los departamentos de vinculación, operaciones, planificación, tecnología y capacitación de Progresando con Solidaridad y sus pares en los ministerios de educación y salud (así como las personas encargadas respectivamente de la atención primaria y de los servicios regionales de salud), así como también por el encargado de monitoreo y evaluación de la dirección técnica del Gabinete y del INFOTEP. Tienen como objetivo coordinar y ejecutar las decisiones tomadas en el Comité Intersectorial e identificar y proponer mejoras a los procesos del programa.

En consideración de que uno de los principales puntos de debilidad del programa era la verificación del cumplimiento de las corresponsabilidades por parte de la población beneficiaria, principalmente a causa de la falta de asunción por parte de los Ministerios de Salud y Educación de su rol prioritario a estos fines, el CTIS ha organizado, desde el año 2011, jornadas de acercamiento local con los mencionados ministerios en todo el territorio nacional. Estas jornadas llevaron a la conformación de las Comisiones Mixtas para el Trabajo Local, atendiendo a la estructura regional de ambas instituciones (Programa Solidaridad 2011). Es así como se originan: 9 Comités Técnicos Regionales Intersectoriales (CTRIS).

Los CTRIS, por Reglamento (Presidencia de la República 2011), están compuestos en cada región por los gerentes regionales de las siguientes instituciones: PROSOLI, Ministerio de Salud Pública (MSP), Ministerio de Educación (MINERD), Seguro Nacional de Seguridad Social (SENASA), SIUBEN y delegados provinciales de ADESS. A estos se integraron desde el 2012 todas las demás instituciones con representación regional vinculadas a los siete componentes del programa, como son el Ministerio de la Mujer, el Ministerio de Agricultura, el Ministerio de Medio Ambiente y el INFOTEP. Los roles principales de los CTRIS son: facilitar la ejecución de las acciones definidas por el CTIS que procuran la ejecución y verificación del cumplimiento de las corresponsabilidades de los hogares

[82] Se destaca que, con la excepción de la ADESS, todas las instituciones que integran el CCII están actualmente bajo la dirección de una mujer.

[83] El 50% de las instituciones que integran el CTIS están bajo la dirección de una mujer.



con el programa y llevar a cabo acciones dirigidas a optimizar la interrelación en el ámbito local de las entidades prestadoras de los servicios y acciones operativas del programa; así como promover la coordinación de las entidades a nivel local para mejorar los servicios prestados a los hogares beneficiarios. Cada CTRIS se coordina con y supervisa las Comisiones Mixtas de Trabajo Local para que garanticen la prestación, calidad y registro de los servicios ofrecidos a los hogares beneficiarios. Las Comisiones Mixtas de Trabajo Local constituyen un espacio de coordinación del personal técnico-operativo de las diferentes entidades que participan en el programa que tiene por fin aplicar los lineamientos y resolver las dificultades operativas que se presentan a nivel local. En el 2012 existían:

- 105 Comisiones Mixtas Educación-Solidaridad para el Trabajo Local, una por cada distrito escolar. El rol de estas comisiones incluye la revisión de datos de integrantes y asignación de responsabilidades de las Comisiones Mixtas, Distritos Escolares y Centros Educativos correspondientes a cada comisión y la identificación de problemas presentados para el registro de código de identificación de estudiantes en los centros educativos.
- 162 Comisiones Mixtas MSP-Solidaridad para el Trabajo Local, una por cada zona de salud. Cada comisión está conformada por un coordinador de zona y personal de solidaridad que desarrolla trabajo en la misma. Las comisiones Mixtas Salud-Solidaridad se ocupan en primer lugar de actividades relacionadas con la revisión de los datos de las personas que integran los hogares, la identificación de inconvenientes y la reubicación de los hogares beneficiarios en otras Unidades de Atención Primaria (UNAP) así como de la asignación de responsabilidades entre la Comisión Mixta y las zonas de salud.

Del año 2012 al año 2013 (Gómez Hermosillo 2014)[84] se puede apreciar un aumento en la verificación de las corresponsabilidades y en la recolección de los reportes de cumplimiento: la verificación en salud para niños de 0 a 2 años de edad ha aumentado del 37.7% al 98%; la verificación de los chequeos médicos de las mujeres embarazadas ha pasado del 21.7% al 99.3%; la verificación en educación ha pasado del 55% al 99.4%. Esta mejora se considera fruto, además de la existencia de las Comisiones Mixtas a nivel local, de los acuerdos establecidos entre la vicepresidencia y los ministerios responsables de la verificación.

La verificación de las corresponsabilidades se considera fundamental para garantizar el éxito del programa, pues, si por un lado contribuye a estimular a la población beneficiaria a aumentar la demanda de servicios y cumplir con su rol dirigido a mejorar las condiciones de vida, educación y salud de sus integrantes, por otro lado contribuye también a estimular la oferta de servicios por parte del Estado.

Informantes claves resaltan que, en la práctica, las reuniones bilaterales entre la vicepresidencia y las instituciones colaboradoras han ido sustituyendo a las reuniones de los mecanismos de coordinación oficiales (como el CCII y el CTIS).

El programa operativamente está organizado en una estructura de 10 direcciones regionales, coordinada cada un gerente que tiene a cargo supervisores provinciales (gestores locales), supervisores de campo y supervisores de enlaces familiares. En la base de dicha estructura se encuentran los enlaces familiares, quienes tienen el contacto directo con los beneficiarios del programa. Cada enlace familiar tiene asignado un promedio de 10 a 12 núcleos de familia a los cuales brinda acompañamiento socioeducativo (realiza visitas a domicilio para realizar las actividades de sensibilización y seguimiento relativo al árbol del progreso; ver acápite sobre participación de los beneficiarios en el desarrollo y evaluación del programa); el Enlace Familiar también mantiene relación con las instituciones que conforman la Red de Apoyo al Programa, convoca y promueve las reuniones de los núcleos de familias donde se ofrecen informaciones sobre el programa y se realizan capacitaciones, da seguimiento a las gestiones necesarias para solucionar eventuales quejas y problemas identificados en las comunidades.

No se tuvo acceso a datos relativos a la distribución por sexo de estas figuras, las cantidades totales hablan de 17,313 personas de las cuales aproximadamente el 88% laboran a título voluntario (el caso de los enlaces familiares)[85] y el restante 12% es remunerado.

TABLA 7.6 PERSONAL DE CAMPO REMUNERADO Y VOLUNTARIO DEL PROGRAMA

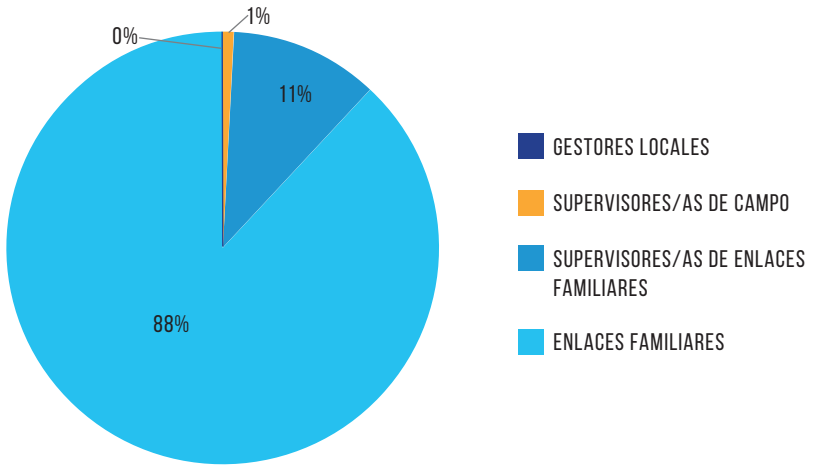
PERSONAL DE CAMPO REMUNERADO			PERSONAL DE CAMPO VOLUNTARIO	
Gestores locales	Supervisores de campo	Supervisores de enlaces familiares	Enlaces familiares	Total
67	180	1,881	15,185	17,313

Fuente: Datos recibidos por la Dirección de Sistemas y Tecnología de la Información de PROSOLI.

[84] Se aclara que estas estadísticas no se refieren al respeto de las corresponsabilidades por parte de la población beneficiaria, sino de la captación y verificación por parte del programa.

[85] Reciben una suma destinada a cubrir los gastos que afrontan por su rol.

GRÁFICO 7.2 PERSONAL DE CAMPO DE PROSOLI



Fuente: elaboración propia a partir de los datos recibidos por la Dirección de Sistemas y Tecnología de la Información de PROSOLI.

Resulta importante destacar que el personal de campo (enlaces familiares voluntarios), es decir, el que tiene relación con las personas beneficiarias, no tiene capacitación y preparación específica para abordar el tema de la igualdad de género. Entre las personas con el rol de supervisión tampoco hay una sólida formación en género, solo algunas de estas han sido capacitadas sal respecto. En general los módulos formativos son de muy corta duración (4 horas) para poder interiorizar dicha temática y convertirse en agentes multiplicadores.

Se destaca, además, que en ocasión de las reuniones de los núcleos de familia algunos enlaces introducen los encuentros con rituales religiosos, lo que puede resultar discriminatorio hacia beneficiarios que profesan una religión diferente o no son creyentes[86].

vi) Participación social y comunitaria en la operación y en la veeduría social del programa

El principal mecanismo de participación de la sociedad civil a nivel nacional está representado por el Consejo Consultivo de la Sociedad Civil, creado en 2001 mediante el Decreto 466-01 y operativo desde 2004. El Consejo Consultivo de la Sociedad Civil es un órgano integrado por alrededor 20 representantes de la sociedad civil y organizaciones no gubernamentales de la República Dominicana y que por decreto ejerce el rol de asesoría y consultoría en materia de política social del Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales con el objetivo de cooperar en la definición, formulación, ejecución y seguimiento de los planes y programas sociales en el país.

[86] La sociedad dominicana es heterogénea, hay religiones de diferentes denominaciones, cristianas y no cristianas, así como hay personas que se consideran ateas.

En el marco del programa PROSOLI, en otro orden, se contemplan diferentes mecanismos de participación de la sociedad civil, tanto en el desarrollo del programa, como en su evaluación; estos son: (i) la Red Social de Apoyo al Programa con sus Comités de Apoyo a Progresando con Solidaridad; (ii) el monitoreo participativo de los servicios sociales a través de los reportes comunitarios y puntos solidarios; (iii) la Alianza contra la Pobreza.

El programa PROSOLI firma convenios de cooperación mutua con organizaciones de base comunitaria y otras entidades de la sociedad civil organizada que, en su conjunto, conforman la Red Social de Apoyo al Programa (en el 2012 la Red contaba con 3,057 organizaciones activas, cifra que ha seguido aumentando). Según el Manual Operativo, las finalidades principales de la Red son garantizar a la ciudadanía el acceso a la toma de decisiones en materia de políticas y acciones sociales que les atañen, dar seguimiento a la operatividad del programa y realizar la función de auditoría social. Todas las organizaciones que pertenecen a la red pueden reportar anomalías, pero para garantizar un mayor nivel de interacción entre el programa y estas organizaciones de la sociedad civil, dentro de la red se conforman los Comités de Apoyo al Programa (CAP). Los CAP se organizan a nivel local[87] con cinco representantes de organizaciones comunitarias o ciudadanas de base, que incluyen entidades religiosas y otras pertenecientes a la sociedad civil debidamente acreditadas, electas en una asamblea comunitaria que se convoca para estos fines. Los Comités de Apoyo al Programa se ocupan de apoyar los procesos de identificación de hogares elegibles, reportar anomalías en el proceso de selección y la oferta de servicios; apoyan las reuniones de los Núcleos de Familias y brindan apoyo logístico-operativo de los distintos procesos como observadores y validadores de los mismos, y como receptores de quejas y reclamos.

Hasta ahora la veeduría ejercida por los Comités de Apoyo a Solidaridad ha sido una mera veeduría coordinada, es decir, que se ha realizado —por invitación del programa— en las ocasiones de entrega de las tarjetas Solidaridad.

Según las personas entrevistadas, entre las organizaciones de la sociedad civil que participan en los CAP no es significativa la presencia de organizaciones de mujeres, ni en términos numéricos ni en términos de aportes sobre el tema de género.

Sobre el monitoreo participativo de los servicios sociales a través de los reportes comunitarios y de los Puntos Solidarios se abundará en el acápite relativo a la participación de los beneficiarios en el desarrollo y evaluación del programa pues, aunque se contempla la participación de organizaciones de la sociedad civil, estos mecanismos se dirigen prevalentemente a las personas que se benefician del programa para que, en cuanto sujetas de derechos, puedan expresar sus inquietudes y quejas.

Desde 2012 funciona la Alianza contra la Pobreza[88], convocatoria lanzada por la vicepresidencia de la República está dirigida a coordinar acciones con entidades tanto públicas como privadas que trabajan en el sector social y que abordan el tema de la pobreza. A la convocatoria han acudido más de 2,000 organizaciones de diferentes tipos (organizaciones de la sociedad civil re-

[87] A nivel de municipios, distritos municipales o barrios.

[88] Creada el 17 de octubre de 2012, ver decreto en el enlace: http://www.opd.org.do/index.php?option=com_content&id=949:alianza-contra-la-pobreza.

presentantes de los sectores género, discapacidad y personas que viven con VIH y sida; de la academia, sector empresarial, confesiones religiosas, organizaciones de base comunitaria y del Consejo Consultivo de la Sociedad Civil y de la Red de Apoyo al Programa[89]).

A continuación se presenta, a grandes rasgos, el plan de implementación de acciones conjuntas con el programa PROSOLI, que tiene muchas potencialidades para reforzar las acciones del programa dirigidas a romper la transmisión intergeneracional de las causas que generan o arraigan la pobreza. Este plan de implementación ha sido diseñado a través de un proceso participativo, en el cual las diferentes organizaciones proponen acciones en consideración de su área de especialidad y de sus potencialidades (sin que esto signifique que existen fondos para el desarrollo de las mismas o que se establezca un compromiso formal e irrevocable para realizarlas). No obstante la importancia de todas las acciones contempladas en los ocho ejes estratégicos del plan, a continuación se presentan solo los relacionados a los temas de principal interés para el presente estudio (igualdad de género, seguridad social y garantía de un piso básico en términos de ingreso y acceso a la salud para todos, especialmente para las personas pertenecientes a los grupos vulnerables priorizados):

1) Creación de sinergia para el desarrollo y la erradicación de la pobreza.

2) Sistema de identificación de las familias y personas en extrema pobreza.

   Este eje busca apoyar al SIUBEN en la identificación de hogares pobres; en este se contemplan acciones específicas dirigidas a promover la integración en el programa de hogares con personas con discapacidad, buscando compensar la invisibilidad de las personas con discapacidad para los mecanismos de selección de las personas beneficiarias del programa PROSOLI y de los demás programas de protección social (SIUBEN).

3) Creación de una plataforma de información, educación y comunicación para la reducción de la pobreza extrema y de la vulnerabilidad social.

   Este eje incluye diferentes actividades dirigidas a sensibilizar y mejorar la participación ciudadana en la lucha contra la pobreza. Se aprecia que dentro de la planificación se encuentran actividades de sensibilización de género del personal de los Centros Tecnológicos Comunitarios (para que garanticen la integración efectiva de mujeres y niñas); además, se contemplan estudios regionales para abordar el tema de la inclusión en la seguridad social de los trabajadores informales, así como acciones de información y sensibilización a la población pobre sobre los beneficios de tener seguridad social. Por último, no de menor importancia, está la creación de Estancias Infantiles y Espacios de Esperanza para la educación temprana de niños, que tienen un doble impacto potencial sobre el desarrollo integral de ambos grupos, así como sobre las madres y cuidadoras que tendrán a disposición más tiempo para dedicarse a otras actividades.

4) Apoyo en la creación de oportunidades de generación de ingresos en las familias pobres y vulnerables.

   Este componente promueve la participación activa de la sociedad civil en el diseño del

[89] Por ahora limitada a Santo Domingo, Distrito Nacional.

Programa de Capacitación de PROSOLI y en la promoción del empleo de mujeres y hombres, con énfasis en las personas jóvenes, de las familias beneficiarias. Dentro de este eje, según el informe de avance, se han establecido alianzas con instituciones que otorgan créditos a pequeñas empresas, con la intención de priorizar a jóvenes y madres solteras. Entre las iniciativas novedosas se encuentra la propuesta de FENAMUTRA que, a través de la colaboración con INFOTEP, contempla la creación de centros especializados en servicios domésticos (esta iniciativa, que no ha sido ejecutada todavía, tiene potencialidad de mejorar las condiciones de empleo decente entre las personas que se dedican al trabajo de hogar).

5) Fortalecimiento de las estrategias, programas, proyectos y mecanismos interinstitucionales e intersectoriales dirigidos a la atención a la pobreza extrema y vulnerabilidad.

   Este eje busca identificar brechas de mejoramiento de los servicios ofertados (de salud, de capacitación, etc.) y mejorar la coordinación entre instituciones que ejecutan programas dirigidos a responder a las necesidades de grupos u hogares vulnerables. Se contempla un diagnóstico para la inclusión de la perspectiva de género en el funcionamiento de los CTC, mientras que la mayoría de las otras acciones se dirigen a mejorar la calidad de la atención en salud (promoción para la apertura de nuevas farmacias del pueblo y de centros de salud).

6) Auditoría social.

   Este eje apunta a la formación de personas y organizaciones de base comunitaria en veeduría social, para dar seguimiento a la entrega del medio de pago de las transferencias (la tarjeta Solidaridad) y a la calidad de los servicios ofertados. Las acciones ejecutadas hasta ahora han involucrado al Consejo Consultivo de la Sociedad Civil, la Red de Apoyo al Programa e integrantes del sector discapacidad.

7) Estrategia por una sociedad en valores.

   Este eje contempla diferentes acciones para promover valores a nivel comunitario.

8) Seguimiento.

   Entre octubre del 2012 y enero del 2013 se han realizado reuniones en mesas de trabajo que han involucrado al Consejo Consultivo de la Sociedad Civil, al sector de iglesias, ONG de las áreas de desarrollo, género, VIH, sida y discapacidad, y al sector empresarial.

La Alianza contra la Pobreza, además de constituir un importante espacio de veeduría, tiene una importancia trascendental ya que involucra en la identificación de las necesidades y problemáticas locales a las organizaciones de base comunitaria y a organizaciones representativas para el territorio; en otro orden, tiene muchas potencialidades para reforzar y complementar el alcance de sus acciones, mejorando la eficacia de la ayuda.

vii) Participación de los beneficiarios en el desarrollo y evaluación del programa

El programa promueve la participación de las familias beneficiarias a través de la creación, a nivel local, de Núcleos de Familias Solidarias. Estas instancias, constituidas por un promedio de 45

familias y un enlace familiar voluntario (una persona seleccionada dentro de la comunidad y capacitada para dar acompañamiento familiar), constituyen unidades de organización social de base.

Los Núcleos de Familias Solidarias cuentan con una directiva de duración anual compuesta por un equipo de 5-7 madres y padres solidarios y tienen entre sus objetivos:

- empoderar a las familias beneficiarias para que, a partir de acciones conjuntas, se conviertan en protagonistas de su desarrollo;
- ocuparse de la comunicación directa con las familias;
- servir de espacio para la capacitación de las familias en cada uno de los temas contemplados en las Escuelas de Familias.

Investigaciones realizadas sobre el Programa Solidaridad, antes de la articulación e integración de los programas Solidaridad y Progresando, reportaban que los temas tratados con los Núcleos de Familias estaban prevalentemente relacionados al adecuado manejo, uso y cuidado de la tarjeta y a la importancia de cumplir con las corresponsabilidades en salud y educación.

Desde la integración entre los diferentes programas se ha trabajado en el refuerzo del componente de acompañamiento socioeducativo, con el objetivo de motivar a las personas que integran los hogares beneficiarios a mejorar sus condiciones de vida. En este sentido, se ha estado trabajando en planes familiares relacionados con indicadores de bienestar en las siete líneas de acción del programa (identificación; salud integral; educación; seguridad alimentaria, nutrición y generación de ingresos; formación humana y conciencia ciudadana; acceso a las tecnología de la información y comunicación; habitabilidad y protección del medioambiente). En la imagen del Árbol del Progreso se grafica la lógica utilizada en este componente.

Por cada línea de acción se realizan dos encuentros de información, sensibilización y orientación para luego darle seguimiento en los encuentros siguientes[90], con el objetivo de que los hogares beneficiarios logren recoger los «frutos» de su corresponsabilidad y compromiso (es decir, nuevas situaciones que corresponden a un avance más hacia el combate de la pobreza y el empoderamiento ciudadano del hogar).

Según las entrevistas realizadas y la literatura consultada, todavía no se toman en cuenta temas relativos a la igualdad de género (y no se promueve la corresponsabilidad entre hombres y mujeres en el seguimiento de las condiciones y, en general, en los mecanismos de participación ciudadana en el programa). Igualmente, el material utilizado (por ejemplo, el calendario que se utiliza como recordatorio de las fechas de verificación de la condicionalidad y el manual de familia), no obstante el esfuerzo de introducir un lenguaje no sexista, siguen, a través de las imágenes, resaltando el rol de la mujer ama de casa y cuidadora.

A partir de las entrevistas realizadas a diferentes colectivos de personas beneficiarias durante la investigación (personas reunidas en los núcleos de familia, mujeres que participan en los cursos de formación profesional de los CCPPS, mujeres microemprendedoras) se tuvo confirmación de

[90] Las etapas que se contemplan para llegar desde la raíz del árbol a los frutos son: concienciación, acción, integración y participación.

que son muy raros los casos en los cuales en los hogares hay asunción de tareas y responsabilidades de forma compartida. Las mujeres son las que se ocupan de todas las tareas domésticas, tareas que esperan por su regreso de los encuentros realizados en el marco del programa y que, solo en algunos casos, son asumidas por otras mujeres del hogar (sobre todo las hijas).



Cabe destacar que desde el 2014 se está implementando un proyecto denominado Familias en Paz que tiene como objetivo la prevención y reducción de la violencia intrafamiliar (VIF) y de género en los hogares que se benefician del programa. El proyecto contempla la sensibilización y formación de jóvenes, niños y personas adultas (mayormente de sexo masculino) en nueva masculinidad y respeto a la mujer con el propósito de que sean multiplicadoras y agentes de cambio

dentro de sus comunidades al promover el buen trato y el manejo pacífico de los conflictos, y contribuir a prevenir la violencia intrafamiliar y en contra de las mujeres[91]. Sería interesante dar seguimiento a este componente especifico y analizar los contenidos de las capacitaciones para ver si tienen, efectivamente, las potencialidades de generar un cambio cultural, desmontando los estereotipos de género y la estructura patriarcal sobre los cuales se basan las desequilibradas relaciones de poder entre hombre y mujer que dan origen a la violencia de género. El proyecto, bien enfocado, podría ser una herramienta importante para avanzar hacia la igualdad de género dentro de los grupos más vulnerables del país.

La observación participante en encuentros de núcleos de familia y las entrevistas realizadas han permitido validar lo resaltado por anteriores investigaciones realizadas sobre el programa Solidaridad, a saber, que la participación en las actividades de seguimiento socioeducativo a los hogares, en los encuentros de las escuelas de familia y demás actividades realizadas en el marco del programa se perciben como una condicionante por lo que muchas personas participan por miedo a ser excluidas del programa.

Asimismo, se ha confirmado que las mujeres constituyen la gran mayoría entre las personas participantes en tales actividades. Aunque las mujeres entrevistadas no han expresado quejas con relación al tiempo que dedican a estas reuniones, han hecho declaraciones del tipo «cuando te llaman, hay que dejarlo todo». Las pocas que trabajan comentaron que ya han acordado con sus titulares que les permitan asistir a las actividades. Es la mujer la que tiende a participar, aun en los casos en los que su pareja está subempleada o desempleada.

Además de participar en esos espacios organizados, las personas beneficiarias tienen la oportunidad de levantar sus quejas y reivindicaciones a través de la Unidad de Atención Ciudadana y de los Puntos Solidarios; en la actualidad se está estructurando también un sistema de reportes comunitarios.

El sistema de reportes comunitarios contempla un proceso en el cual todos los actores involucrados en la parte operativa del programa (beneficiarios, puntos de venta de productos alimenticios y escolares, unidades de atención primaria en salud y centros educativos, centros de formación profesional, centros tecnológicos comunitarios, JCE, entre otros) tienen la oportunidad de expresar inquietudes de diferentes naturaleza en un cuestionario cerrado. Estas inquietudes son analizadas y sistematizadas por el personal del programa y, luego de algunos meses, reconsideradas durante una reunión con los Núcleos de Familia (en los cuales, como ya se dijo, hay una alta participación de mujeres) y los proveedores de servicios con el objetivo de definir, de forma conjunta y participativa, planes de acción para la resolución de cada problemática. En este proceso participan activamente las organizaciones que integran la Red de Apoyo al Programa, que juegan un rol clave tanto en realizar acciones dirigidas a mejorar la situación (contactar a los proveedores de servicios y alentar a una mejora), así como en la veeduría.

[91] El proyecto, todavía en su fase inicial, contempla múltiples estrategias, como: tratar el tema en las Escuelas de Familia, crear redes de familias de paz en las comunidades, crear redes locales de prevención de la VCM a nivel municipal, implementar una campaña de información, educación y comunicación en colaboración con los Puntos Solidarios, los Centros Tecnológicos Comunitarios, los Centros de Capacitación y Producción Progreso, Alianza Contra la Pobreza, SIUBEN, ADESS y la Red de Abasto Solidaridad (Departamento Familias en Paz 2014).

El formulario de reporte comunitario contiene preguntas cerradas con respuestas múltiples, permitiendo recoger quejas e informaciones relativas a hogares que se considera que no deberían beneficiarse del programa o que tienen prácticas contrarias a las reglas establecidas; quejas relativas a las personas que se desempeñan como enlaces, así como quejas y deficiencia relativas a los servicios recibidos por las UNAP, los Centros de Atención Primaria[92], los centros educativos[93], los colmados[94] y demás proveedores (CCPP y CTC). Por ser cerrado, el formulario no permite recoger quejas o sugerencias adicionales, como problemáticas relacionadas con las necesidades específicas de género; sin embargo, este instrumento juega un rol importante en la recolección de informaciones sobre algunas de las principales dificultades prácticas encontradas por las mujeres en el cumplimiento de las corresponsabilidades que la participación en el programa implica, así como en la búsqueda de soluciones. El Manual de implementación del monitoreo participativo de servicios sociales mediante reportes comunitarios (Progresando con Solidaridad 2013) contempla, además, estrategias de seguimiento a los planes de acción diseñados con la participación de los beneficiarios, incluyendo el análisis y la asunción de las problemáticas por parte de los Comités Técnicos Regionales Intersectoriales (CTRIS).

Los Puntos Solidarios[95], implementados por el Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales, son ventanillas de Servicio Directo a la ciudadanía para que las personas que se beneficien de los programas de las instituciones que conforman el GCPS y para que la ciudadanía en general puedan dirigir sus solicitudes (cambio de jefatura de hogar, cambio de dirección, corrección de datos en la tarjeta, inclusión de subsidios, inclusión o exclusión de miembros), así como sus reclamaciones y denuncias. En los Puntos Solidarios también es posible consultar acerca de los hogares beneficiarios, hogares pendientes, listas de comercios afiliados a la Red de Abastecimiento y organizaciones comunitarias de apoyo.

En base a las investigaciones anteriores y las entrevistas a beneficiarios e informantes claves, se puede afirmar que todavía la mayoría de las personas destinatarias del programa no se perciben como sujetos de derechos, sino como beneficiarias de una dádiva.

2) Población beneficiaria y abordaje de las brechas de género

i) Criterios de focalización

Como ya se tuvo la oportunidad de explicar, los hogares que se benefician de los programas se identifican a través de un proceso de focalización en dos etapas: una geográfica, basada en los datos censales sistematizados en el mapa de pobreza; la otra individualizada por hogar, a partir

[92] Se recolectan informaciones relativas a los recursos con los cuales cuenta el centro y a sus deficiencias.

[93] Se aplica, además que a los hogares beneficiarios de la TC ILAE, a la directiva del centro educativo donde asiste un buen número de alumnos pertenecientes a hogares beneficiados de esta transferencia, indagando sobre el estado de la operación del programa.

[94] Se indaga sobre las condiciones físicas e higiénicas del establecimiento, además que sobre dificultades en abastecerse de productos, lista de productos que se pueden comprar con la tarjeta, su calidad y transparencia en los precios.

[95] Los puntos solidarios se iniciaron con un piloto en mayo de 2013; se espera a alcanzar la cobertura nacional con la puesta en función de 202 oficinas.

de la clasificación los hogares en base a su situación socioeconómica, a través de un estudio sociodemográfico realizado por el Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN).

El modelo utilizado por el SIUBEN es el del índice de calidad de vida y cuenta con cuatro dimensiones, cada cual conformada por múltiples variables que definen los niveles de carencias de los hogares. Estas dimensiones y el peso de sus variables son diferentes según el dominio geográfico sea metropolitano, urbano o rural.

Variables comunes a todos los dominios tienen que ver con el capital humano (escolaridad y analfabetismo dentro del hogar, con especial atención a la persona con la jefatura de hogar), características de la vivienda y nivel de hacinamiento; y servicios básicos (combustible para cocinar, iluminación y servicios sanitarios). El dominio urbano y el dominio rural tienen, adicionalmente a las variables del metropolitano, las relativas al tipo de vivienda, provincia y recolección de basura (la distribución de estas variables cambia en los dos dominios). En cambio, el dominio metropolitano se destaca por ser el único que incluye dos variables que toman en cuenta la presencia de niños en el hogar y el estado de escolaridad: «proporción de niños menores de 5 años» y «asistencia escolar».

En consideración de estas variables, utilizadas para la categorización de los hogares y su priorización, se puede afirmar que la selección de la población beneficiaria del programa no considera un enfoque de género. Según informantes claves del SIUBEN, el índice de calidad de vida no toma en cuenta la variable de género porque esta resultó no ser significativa en el modelo que se utilizó.

Tampoco se encuentran criterios explícitos dirigidos a priorizar hogares con personas adultas mayores y personas con discapacidad, lo que no permite tomar en consideración las necesidades diferenciales de los hogares, sobre todo en términos de cuidado y de mayores gastos de bolsillo (por salud, traslado, etc.).

Entre las variables, además, no se consideran informaciones relativas a la capacidad de sustento familiar (ingresos, integrantes de los hogares en edad de trabajar y su situación laboral) y no se prioriza a familias cuyos integrantes son desempleados o subempleados.

Cabe destacar que, aunque estas informaciones (situación laboral, género, presencia de personas con discapacidad, etc.) no se toman en cuenta como variables para el cálculo del ICV por hogar, son recogidas y sistematizadas por el SIUBEN[96], más no por la Dirección de Sistemas y Tecnología de la Información del programa Progresando con Solidaridad.

La niñez se considera explícitamente en la variable «proporción de niños menores de 5 años» solo en el dominio metropolitano. La reciente integración en el sistema de categorización de los hogares de esta variable constituye un significativo avance no solo hacia mayores garantías para los niños, sino también hacia la integración de una perspectiva de género en el programa debido a que los infantes de este tramo de edad son totalmente dependientes y necesitan de cuidados. Esta situación, ante la insuficiencia de estancias infantiles, comporta la interrupción o limitación

[96] Con estas informaciones se ha producido un documento de muy alta calidad: SIUBEN (2013). Calidad de Vida. Estudio Socioeconómico de Hogares en República Dominicana.

del acceso al mercado del trabajo (y, en consecuencia, a la seguridad social) de las mujeres madres y cuidadoras que son quienes, por lo general, asumen estas tareas familiares.

Como el SIUBEN es la institución que se ocupa de la categorización de hogares elegibles y no maneja los datos relativos a las familias beneficiarias, se considera importante resaltar que el Sistema de Tecnología e Información del programa PROSOLI tampoco se ocupa de recoger informaciones importantes que puedan ayudar a tener en cuenta las necesidades específicas de los hogares (empleo, desempleo, cobertura por seguro SENASA, presencia de personas con discapacidad u otras personas no autónomas, etc.).

Tras evidenciar estas fallas se coincide con lo resaltado en el diagnóstico de brechas sobre el Programa Solidaridad realizado en el 2012 (GASO y PNUD 2012) en lo referido a las limitaciones que derivan del uso del concepto de «hogar» para la identificación de la población beneficiaria: este no permite visualizar las relaciones entre las personas que integran el grupo familiar (sobre todo las relaciones de género y entre diferentes grupos etarios; las relaciones de dependencia, y el acceso y uso diferenciado a los recursos entre diferentes grupos de edad) y, en consecuencia, limita la posibilidad de atender las necesidades específicas de cada persona o grupo vulnerable.

Según datos obtenidos por el Sistema de Información Progresando con Solidaridad (SIPS), en todos los componentes del programa Solidaridad la población beneficiaria es mayoritariamente femenina (en promedio el 71.2%, ver tabla 7.7); de igual modo, la mayoría de los hogares beneficiados por los diferentes componentes son de jefatura femenina (el 69.8% en promedio, ver tabla 7.8).

TABLA 7.7 CANTIDAD DE MIEMBROS POR SEXO Y TIPO DE TRANSFERENCIA/SUBSIDIO

TRANSFERENCIA/SUBSIDIO	SEXO		TOTAL	%		TOTAL
	F	M		F	M	
COMER ES PRIMERO	1,635,145	714,708	2,349,853	70	30	100
BONO GAS	1,834,916	791,659	2,626,575	70	30	100
BONO LUZ	1,184,239	465,806	1,650,045	72	28	100
ILAE	872,785	357,340	1,230,125	71	29	100
BEEP	167,014	60,743	227,757	73	27	100

Fuente: Sistema de Información Progresando con Solidaridad (SIPS), según datos de marzo del 2014.

La mayor proporción de mujeres y de hogares con jefatura femenina entre la población beneficiaria no se debe a criterios explícitos de discriminación positiva para la selección de las personas beneficiarias en base al sexo y de los hogares en base al sexo de la jefatura (criterios que no se toman en cuenta en la selección de las personas beneficiarias)[97], sino que se debe directamente

[97] Aunque hay que reconocer que podría ser una herencia del sistema utilizado años atrás, cuando la titularidad de la tarjeta debía ser femenina.



TABLA 7.8 CANTIDAD DE HOGARES POR SEXO Y TIPO DE TRANSFERENCIA/SUBSIDIO

TRANSFERENCIA/SUBSIDIO	SEXO		TOTAL	%		TOTAL
	F	M		F	M	
COMER ES PRIMERO	458,863	229,424	688,287	67	33	100
BONO GAS	561,246	274,106	835,352	67	33	100
BONO LUZ	356,577	152,135	508,712	70	30	100
ILAE	189,471	76,121	265,592	71	29	100
BEEP	33,885	11,765	45,650	74	26	100

Fuente: Sistema de Información Progresando con Solidaridad (SIPS), según datos de marzo del 2014.

a la mayor presencia de hogares con jefatura femenina entre la población dominicana pobre. A continuación, se presentan dos tablas con datos desagregados por sexo sobre la distribución de las personas y de los hogares en las áreas de carencia a nivel nacional según categoría de ICV.

A partir de las tablas es interesante resaltar que los hombres, según el ICV, constituyen la mayoría de la población en pobreza extrema (53.7%) y son jefes de la mayoría (52.0%) de los hogares más

pobres. Las mujeres son mayoría dentro de la población en la categoría ICV de pobreza moderada y tienen la jefatura de la mayoría de los hogares en pobreza moderada (62.8%)[98].

TABLA 7.9 DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS DE LAS ÁREAS CON CARENCIAS A NIVEL NACIONAL POR CATEGORÍA DE ICV, SEGÚN SEXO

CATEGORÍA ICV	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	PERSONAS	%	PERSONAS	%	PERSONAS	%
ICV 1	330,861	53.7	285,790	46.3	616,651	100.0
ICV 2	1,215,057	49.8	1,223,666	50.2	2,438,723	100.0
ICV 3	1,042,708	47.4	1,157,092	52.6	2,199,800	100.0
ICV 4	188,926	45.8	223,996	54.2	412,922	100.0
	2,777,552	**49.0**	**2,890,544**	**51.0**	**5,668,096**	**100.0**

Fuente: Unidad de Análisis del SIUBEN.

TABLA 7.10 DISTRIBUCIÓN DE LOS HOGARES DE LAS ÁREAS CON CARENCIAS A NIVEL NACIONAL POR CATEGORÍA DE ICV, SEGÚN SEXO

CATEGORÍA ICV	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	PERSONAS	%	PERSONAS	%	PERSONAS	%
ICV 1	107,923	52.0	99,442	48.0	207,365	100.0
ICV 2	268,569	37.2	453,882	62.8	722,451	100.0
ICV 3	202,191	30.5	460,844	69.5	663,035	100.0
ICV 4	42,263	31.1	93,760	68.9	136,023	100.0
Total	**620,946**	**35.9**	**1,107,928**	**64.1**	**1,728,847**	**100.0**

Fuente: Unidad de Análisis del SIUBEN.

[98] El peso que el ICV da a las condiciones de la vivienda para medir la pobreza ignora los planteamientos según los cuales las mujeres tienen una distribución de gastos más atenta al desarrollo y al bienestar de sus hogares, mientras que los hombres son más egoístas en sus gastos, ideas que están a la base de las afirmaciones cada vez más frecuentes de que para lograr el desarrollo es necesario invertir principalmente en las mujeres (Banco Mundial 2011; PNUD 2005). Un estudio realizado en Honduras (Flores 2003 cit. en ONE 2007, 23) resalta que muchos hogares con jefatura femenina tienden a presentar mejores niveles de vida, debido a que las jefas se preocupan más de que sus hogares tengan los servicios y enseres básicos cubiertos. En base a los datos de los últimos tres censos de la República Dominicana (1981, 2002 y 2010), parecería que algo similar se puede decir para los hogares de jefatura femenina dominicanos; según estos datos, las viviendas de las jefas de hogar han ido mejorando sus condiciones y tienen, en general, mejor estructura respecto a las viviendas de los jefes de hogar masculinos: han aumentado el uso de zinc y de concreto para los techos, y han mejorado los materiales usados para las paredes y los pisos. De similar manera, las casas de las jefas de hogar resultan estar mejor equipadas que las viviendas de los jefes de hogar masculinos. Los hogares encabezados por mujeres muestran, además, mejores condiciones de abastecimiento de agua, energía y de fuente de eliminación de excretas. Se considera que estas mejorías podrían no estar relacionadas con un menor nivel de pobreza femenino, sino con una mayor atención de las mujeres respecto a los hombres sobre el bienestar de las personas que integran el hogar.

Sumando ICV 1 e ICV 2, es decir, todos los hogares elegibles para los principales programas de protección social del país, se evidencia que el mayor número de hogares (59.5%) tiene jefatura femenina.

TABLA 7.11 HOGARES ELEGIBLES PARA EL PROGRAMA SIUBEN Y DISTRIBUCIÓN POR JEFATURA DE HOGAR

CATEGORÍA ICV	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	HOGARES	%	HOGARES	%	HOGARES	%
ICV 1	107,923	52	99,442	48	207,365	100.0
ICV 2	268,569	37.2	453,882	62.8	722,451	100.0
Total	**376,492**	**40.5**	**553,324**	**59.5**	**929,816**	**100.0**

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Unidad de Análisis del SIUBEN.

En términos de población elegible, los hombres elegibles superan a las mujeres elegibles en 0.4 puntos porcentuales.

TABLA 7.12 POBLACIÓN ELEGIBLE PARA EL PROGRAMA SIUBEN Y DISTRIBUCIÓN POR JEFATURA DE HOGAR

CATEGORÍA ICV	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	PERSONAS	%	PERSONAS	%	PERSONAS	%
ICV 1	330,861	53.7	285,790	46.3	616,651	100.0
ICV 2	1,215,057	49.8	1,223,666	50.2	2,438,723	100.0
Total	**1,545,918**	**50.6**	**1,509,456**	**49.4**	**3,055,374**	**100.0**

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Unidad de Análisis del SIUBEN.

Según estadísticas del PROSOLI entre los hogares beneficiarios con jefatura femenina, hay muchas jefas de hogar que no tienen cónyuge[99]; lo que significa que, en la mayoría de los casos, estas mujeres deben asumir la responsabilidad completa del sustento económico de la familia. Esto permite valorar como fundamental el aporte a estas familias de las transferencias y subsidios contemplados en el programa, los cuales en algunos casos constituyen el único ingreso estable para el hogar (PNUD y GASO 2012).

En la tabla 7.13 se presenta una distribución por tramos de edad de las personas que se benefician del componente principal del programa, la transferencia condicionada Comer Es Primero, que a principio de mayo de 2014 beneficiaba a un total de 692,681 hogares pobres dominicanos.

[99] Aunque hay que reconocer que podría ser una herencia del sistema utilizado años atrás, cuando la titularidad de la tarjeta debía ser femenina.

TABLA 7.13 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN BENEFICIARIA DE LA TRANSFERENCIA CONDICIONADA COMER ES PRIMERO POR SEXO Y EDAD, MAYO DEL 2014

TRAMO DE EDAD	%	F	M	TOTAL
De 0 a 5 años	4.36	51,957	51,982	103,939
De 6 a 15 años	23.27	273,093	281,075	554,168
De 16 a 21 años	15.38	179,904	186,263	366,167
De 22 a 64 años	45.74	600,121	489,133	1,089,254
De 65 a 85 años	8.52	110,208	92,792	203,000
De 85 años	2.72	32,070	32,655	64,725
Totales	**100.00**	**1,247,353**	**1,133,900**	**2,381,253**

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Sistemas y Tecnología de la Información Progresando con Solidaridad.

Entre los beneficiarios casi la mitad (45.74%) son personas entre los 22 y 64 años; entre los niños hay un bajo porcentaje de menores de 5 años (4.36%)[100], mientras que casi un cuarto de las personas beneficiarias son jóvenes en edad escolar (el 23.27% de las personas beneficiarias tiene una edad comprendida entre los 6 y 15 años) y el 15.37% son beneficiarios entre 16 y 21 años. Las personas adultas mayores corresponden al 11.25%, de las cuales el 8.52% tiene 65 y 85 años, y el restante 2.72% es mayor de 85 años, es decir, personas con altas necesidades de cuidado.

Es interesante notar que, mientras las personas beneficiarias menores de 16 años en su mayoría son de sexo masculino (50.6%), entre la población en edad de trabajar, la mayoría son de sexo femenino (53.6%).

En base a estos datos fue posible calcular la tasa de dependencia demográfica[101], que relaciona la cantidad de personas dependientes con la cantidad de personas en edad de trabajar; el cálculo dio una razón del 63.61% que indica que por cada 100 personas en edad de trabajar se estiman 63.61 personas dependientes.

Este índice es muy elevado y supera en 1.51 puntos porcentuales la razón de dependencia calculada por el SIUBEN para la población total de las áreas prioritarias y objeto de la encuesta socio-demográfica de hogar (62.1%); y en 7.51 puntos porcentuales la razón de dependencia calculada para la población dominicana total, según el CENSO 2010 (56.1%). Estas diferencias revelan que la focalización permite llegar a los hogares con mayores niveles de dependencia demográfica.

[100] Grupo poblacional en edad preescolar cuyo cuidado recae sobre las mujeres, en consideración de la baja cobertura de las Estancias Infantiles en el país.

[101] Relación entre la población en edad no productiva (menores de 6 años y personas adultas mayores) y la población que potencialmente tiene la capacidad de generar ingresos (de 15 a 65 años)

$$\text{Relación de dependencia demográfica} = \frac{\sum \text{personas} (< 15 \text{ años} + > 65 \text{ años})}{\sum \text{personas entre 15 y 65 años}} * 100$$

Igualmente, fue posible calcular la tasa de dependencia de cuidado que indica cuántas personas necesitan de cuidado por cada 100 potenciales cuidadores.

La tasa de dependencia de cuidado entre las personas beneficiarias del componente Comer Es Primero del programa PROSOLI es de 11.59%[102], es decir, que 11.59 personas necesitan potencialmente de cuidado por cada 100 personas potencialmente cuidadoras.

Entre la población que se beneficia de la transferencia condicionada Comer es Primero, se estima la presencia de 3,275 personas con discapacidad, pertenecientes a 3,211 hogares, que corresponden al 0.14% del total de la población que se beneficia de este componente.

TABLA 7.14 POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD BENEFICIARIA DE LA TRANSFERENCIA CONDICIONADA COMER ES PRIMERO POR SEXO, MAYO DEL 2014

PERSONAS CON DISCAPACIDAD BENEFICIARIAS DE LA TRANSFERENCIA CONDICIONADA COMER ES PRIMERO	
SEXO	CANTIDAD
Femenino	1,258
Masculino	2,017
Total	3,275

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sistemas y Tecnología de la Información Progresando con Solidaridad.

En consideración de la ausencia de políticas de corresponsabilidad social en el cuidado, de la baja cobertura de las estancias infantiles y de la tradicional división sexual del trabajo el cuidado de personas en edad preescolar, de personas con discapacidad y de adultas mayores no autosuficientes recae sobre las mujeres. Al realizar este cálculo contemplando en el denominador solo la población femenina, la carga del cuidado sube a 21.62%.

La carga de cuidado limita, entre otras cosas, el acceso de las mujeres al mundo laboral y a la formación personal, sobre todo entre las más pobres, quienes para cuidar a las personas dependientes se ven en la necesidad de posponer sus estudios o retirarse temporal o de forma definitiva del mercado laboral. Algunas mujeres, debido a la asunción de estas tareas (socialmente impuestas), consideran improbable tener acceso a un trabajo remunerado y no buscan empleos de forma activa.

[102] $$\text{Relación de dependencia de cuidado} = \frac{\sum \text{personas} (< 6 \text{ años} + > 85 \text{ años})}{\sum \text{personas entre 15 y 75 años}} * 100$$

Al no contar con los datos para el mes de mayo relativos a los tramos de edad 65 -75 y 75-85, el denominador se redujo hasta los 65 años. Una vez obtenidos los datos desagregados para la fecha 7 de julio, se estimó proporcionalmente cual podría ser en mayo la población entre los 55 y 65 años y se realizó el cálculo reduciendo la población cuidadora. Con esta aproximación la tasa de dependencia de cuidado se ha reducido al 10.69% (según el cálculo: 168,664/1,577,650*100); al incluir en el nominador, como personas dependientes, a las personas con discapacidad hay un leve aumento de la tasa de 0.21 puntos porcentuales: (171,939.00/1,577,650.85)*100 = 10.90%.

Tomando en consideración el total de 692,681 hogares beneficiarios, el 13.6% (94,273) tiene personas entre los 0 y 5 años de edad, siendo la mitad hogares de jefatura masculina y la mitad hogares de jefatura femenina (según información recibida por la dirección del PROSOLI tres cuartas partes de las jefas de hogar no tienen cónyuge), lo que implica que las mujeres con jefatura de hogar solteras tienen, al mismo tiempo, que desempeñar un rol de cuidadora y de proveedora.

Por otro lado, poco menos del 0.5% (3,211) de los hogares beneficiarios cuentan con integrantes con discapacidad, de estos hogares más del 60% son de jefatura masculina.

ii) Condicionalidad

Las transferencias condicionadas contempladas por el Programa PROSOLI son tres:

- COMER ES PRIMERO (CEP): condicionada a la asistencia a los servicios de salud de acuerdo al protocolo y el esquema del reglamento para hogares con niños menores de cinco años o para mujeres embarazadas. En algunos documentos aparece como corresponsabilidad para obtener esta transferencia la inscripción a los núcleos de alfabetización de los integrantes del hogar mayores de 14 años que no saben leer y escribir.

  Las condiciones se resumen del modo siguiente:

  Mujeres embarazadas: acudir a los servicios de asistencia prenatal y posnatal al menos una vez por bimestre.

  Niños de 0 a 2 años: acudir a los servicios de salud para atención integral por lo menos una vez por bimestre (atención en salud priorizada: esquema de vacunación y chequeo médico habitual para el control de peso y talla).

  Niños de 2 a 5 años: acudir a los servicios de salud para atención integral por lo menos una vez por semestre (atención esquema de vacunación y chequeo médico habitual para el control de peso y talla).

- El INCENTIVO DE LA ASISTENCIA ESCOLAR (ILAE): condicionado por el cumplimiento de las corresponsabilidades en educación (estar inscritos en la escuela y cumplir con una asistencia de 80% o más de las clases efectivas); se entrega únicamente a hogares con niños en edad escolar que acuden con regularidad a la escuela.
- El BONO ESCOLAR ESTUDIANDO PROGRESO (BEEP): condicionado por el cumplimiento de las corresponsabilidades en educación (estar inscritos en la escuela y cumplir con una asistencia de 80% o más de las clases efectivas).

El programa anteriormente requería que la persona titular del medio de pago fuese una mujer. Esto ya no es obligatorio y pueden ser titulares, según la familia elija, un hombre o una mujer del hogar, lo que constituye un buen punto de partida para favorecer la corresponsabilidad de las diferentes personas de ambos sexos que integran los hogares en el respeto de la condicionalidad. Sin embargo, como se resaltará más adelante, el seguimiento a las condiciones sigue siendo un rol básicamente femenino, con una serie de consecuencias positivas y negativas sobre las responsabilidades, la autonomía y el uso del tiempo de las mujeres.



El pago de las transferencias de cada componente se realiza cuando se constata el cumplimiento de las corresponsabilidades. En el Manual operativo del 2010 del programa Solidaridad se consideraba que frente a un primer incumplimiento de las condiciones, se entregaba una advertencia a la persona identificada como jefe del hogar; en caso de que el incumplimiento se repitiese una segunda vez, se aplicaría una suspensión temporal y al tercero la suspensión definitiva[103].

Se considera un avance significativo, con un fuerte potencial para la igualdad de género, que en la nueva versión del programa ya no se aplique un sistema altamente punitivo (con suspensión definitiva del pago) en los casos de incumplimiento de las corresponsabilidades[104] y que, al contrario, cuando ocurre la suspensión temporal (de dos meses), se realiza un periodo de verificación y seguimiento del hogar por parte de los enlaces familiares para orientar sobre el cumplimiento regular de las condiciones.

Si, además de la mera orientación sobre la importancia de respetar la condicionalidad, las visitas de los enlaces familiares contribuyeran a la identificación de las dificultades que impiden su ob-

[103] No obstante lo contemplado en el reglamento, en la práctica la verificación de las corresponsabilidades se ha considerado en los últimos años como uno de los puntos débiles del programa Solidaridad (según un informante clave, se estima que al momento de la integración con el programa Progresando se verificaba meno del 40% de las corresponsabilidades en salud y menos del 55% en educación, porcentaje que a la fecha ha aumentado hasta superar el 95%) y no existían casos de suspensión del programa a hogares debido a incumplimiento de las condicionalidades.

[104] Suspensiones definitivas se aplican solo en el caso de que la persona con jefatura de hogar no cumpla con criterios de elegibilidad; que renuncie a la condición de beneficiario o que haga un uso impropio del medio de pago. Otras causas de la suspensión definitiva del programa están relacionadas con procesos operativos, como: seis meses continuos sin uso de los recursos depositados en la tarjeta; elección a cargos de senadores, diputados, síndicos, regidores de integrantes del hogar; empleo de algún miembro del hogar en controlaría, TSS, GCPS, ADESS, SIUBEN o PROSOLI.

servancia (como pueden ser trabajo remunerado, necesidades insatisfechas de cuidado, etc.), ello permitiría la búsqueda conjunta de soluciones para eliminar tales barreras (promoción de la redistribución del trabajo remunerado y no remunerado, productivo y reproductivo, dentro y fuera del hogar; así como la promoción de iniciativas de corresponsabilidad social y comunitaria, por ejemplo). Esta nueva forma de concebir los incumplimientos, no transformándolos en una verdadera obligación sino en una corresponsabilidad, respondería más a la lógica de que las transferencias condicionadas son un derecho de las personas destinatarias.

La nueva versión del programa complementa la figura de las corresponsabilidades con la figura de los «compromisos de la familia» (no obligatorios, pero recomendados). Se han definido una serie de compromisos e indicadores de verificación por cada línea de impacto del programa. Los indicadores para medir el respeto de los compromisos se enumeran a continuación (PROSOLI 2012; PROSOLI 2014):

COMPROMISOS EN IDENTIFICACIÓN
• Hacer las diligencias para que los niños, niñas y adolescentes integrantes de la familia tengan su acta de nacimiento.
• Hacer las gestiones necesarias para que las personas adultas de la familia tengan cédula de identidad y electoral.
COMPROMISOS EN SALUD INTEGRAL
• Mujeres beneficiarias mayores de 35 años se hacen la prueba de Papanicolaou y la mamografía una vez al año.
• Los hombres de 40 años o más se hacen la prueba PSA una vez al año.
• Mujeres y hombres en edad fértil usan métodos de prevención de infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH/sida y embarazos de alto riesgo.
• Adolescentes y jóvenes reciben orientación en prevención de ITS, VIH/sida y de embarazos.
• Mujeres orientadas sobre la importancia de la lactancia materna.
• Cada integrante de la familia consulta de manera preventiva las Unidades de Atención Primaria (UNAP).
• La familia está orientada sobre nutrición.
COMPROMISOS EN EDUCACIÓN
• Jóvenes y personas adultas que no sepan leer y escribir se alfabetizan.
• Estudiantes promovidos de curso en el nivel básico y medio.
• Los niños de la familia no trabajan.
COMPROMISOS DE SEGURIDAD ALIMENTARIA, NUTRICIÓN Y GENERACIÓN DE INGRESOS
• Familia capacitada en nutrición.
• Familias utilizando subsidios en dieta saludable.
• Niños entre uno y cinco años y las mujeres embarazadas que lo necesitan y califican reciben soporte nutricional.
• En las zonas rurales la familia con disponibilidad de terreno tiene un huerto en la casa y produce alimentos.
• Por lo menos un integrante de la familia asiste a los cursos de formación técnica profesional.
• Los jóvenes se capacitan.
• Integrantes de la familia desarrollan emprendimientos productivos o mejoran el empleo.

COMPROMISOS DE FORMACIÓN HUMANA Y CONCIENCIA CIUDADANA
• Integrantes de la familia participan en iniciativas comunitarias solidarias.
• La familia corrige a sus hijos sin abusos.
• Integrantes de la familia resuelven sus conflictos pacíficamente.
• Integrantes de la familia participan en actividades culturales, deportivas o recreativas.
• Las personas adultas mayores o con alguna discapacidad participan en iniciativas educativas y de inclusión.
• La familia vive libre de violencia intrafamiliar y de género.
COMPROMISOS DE HABITABILIDAD Y PROTECCIÓN DEL MEDIO AMBIENTE
• La familia mantiene la vivienda, el patio y el frente limpios.
• La familia ahorra para mejorar su vivienda.
• La familia es orientada sobre ahorro de agua y energía eléctrica.
• Integrantes de la familia se involucran en iniciativas de protección del medio ambiente.
• La familia se orienta acerca de la importancia de tener acceso a un refugio seguro.
• La vivienda cuenta con letrina o inodoro.
• La vivienda cuenta con techo impermeable.
• La vivienda cuenta con piso de cemento.
• La vivienda cuenta con dos o más habitaciones.
COMPROMISOS DE ACCESO A TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN
• Integrantes de las familias utilizan las TIC para su educación y formación.
• Jóvenes, niños, niñas y adolescentes usan las TIC y bibliotecas de los CTC para sus tareas y para el refuerzo escolar.
• Si hay CTC en su comunidad los integrantes de la familia se capacitan allí.
• Las mujeres y niñas de la familia adquieren conocimientos en las TIC.

El respeto de estos compromisos permitiría avanzar hacia el desarrollo integral de las personas que integran los hogares beneficiarios y su verificación permite averiguar el impacto del programa en la mejora de la calidad de vida de la población beneficiaria. Para la sensibilización sobre algunos de estos compromisos, el programa se apoya en grupos comunitarios y grupos juveniles.

Cabe destacar que el programa puede brindar apoyo concreto a los hogares beneficiarios para permitirles el cumplimiento de solo algunos de estos compromisos; en su conjunto, estos compromisos tienen un rol de concientización de las familias beneficiarias sobre su corresponsabilidad para el desarrollo personal de sus integrantes y de la sociedad.

iii) Las corresponsabilidades y los compromisos y el rol de las mujeres

La condicionalidad del programa implica efectuar una serie de quehaceres (atención a la alimentación de la familia, acompañamiento regular de los niños a las unidades de atención primaria para realizar las visitas contempladas en el Plan Básico de Salud, acompañamiento a la escuela y

seguimiento en la realización de las tareas, adecuado llenado de los documentos que comprueban el cumplimiento de las corresponsabilidades) y cumplir los compromisos, además de otras tareas (algunas similares en salud y educación, y participación en Escuelas de Familia, iniciativas comunitarias, etc.) que impactan en mayor medida sobre la intensidad del uso del tiempo femenino.

Numerosos estudios internacionales resaltan la tendencia de las mujeres, sobre todo de los estratos más empobrecidos de la población, a priorizar las necesidades inmediatas de sus hogares (alimentación, salud y condiciones de la vivienda), dejando en segundo plano el cuidado de sí misma y la atención hacia sus propias necesidades.

En coherencia con estos hallazgos, las investigaciones y los estudios realizados sobre el programa Solidaridad (el núcleo principal del programa Progresando con Solidaridad, que contempla las principales transferencias monetarias condicionadas) evidencian que el cumplimiento de las condiciones en el principal programa de protección social de la República Dominicana está prevalentemente a cargo de las mujeres debido a su rol de madres reproductoras y cuidadoras, lo que perpetua sin cuestionamientos la tradicional división sexual del trabajo, base de la subordinación de las mujeres.

La antropóloga Tahira Vargas (2011) destaca que, debido a las estructuras patriarcales de las familias, los hombres, aun cuando no son los titulares, tienen el poder sobre las tarjetas, mientras que «las decisiones con respecto a la compra de alimentos, consulta de salud y seguimiento a la asistencia escolar de niños está a cargo de las mujeres». No obstante, comentarios hechos por beneficiarios entrevistados en el marco de un diagnóstico de brechas de género en el programa Solidaridad «refieren ciertos cambios de actitud hacia una mayor responsabilidad familiar, mayor cuidado la población menor, no solo de las mujeres sino también de los hombres» (GASO y PNUD 2012, 50).

El programa tiene un efecto diferenciado en términos de responsabilidad sobre hombres y mujeres del hogar: mientras por un lado hay la asunción de mayores responsabilidades por parte de las mujeres, por otro lado las investigaciones indican que los hombres se sienten aliviados en términos de presión presupuestaria, al punto que algunos desvían el uso de los ingresos generados por sus actividades productivas a gastos no destinados a la familia (GASO y PNUD 2012).

Otros análisis resaltan la falta de promoción de la redistribución del trabajo doméstico al interno de los hogares beneficiarios (Centro de Estudios Sociales P. Montalvo 2008, cit. en GASO y PNUD 2012), mientras que un estudio de impacto realizado por el programa Solidaridad (2008), tiende a justificar la «maternalización de corresponsabilidades» (que se concretan en el acceso a servicios), evidenciando que cuando las transferencias se otorgan a las mujeres hay un impacto más positivo en términos nutricionales (medido por aumento diferencial en la talla) y en la asistencia escolar de los hijos. Estos análisis, que resaltan la ventaja comparativa que las mujeres ofrecen en el cumplimiento del programa (Solidaridad 2008; Newlink Research 2010; GASO y PNUD 2012) gracias a su «altruismo menos incompleto» (CEPAL 2011) y el más eficiente manejo del subsidio respecto a los hombres, destacan el rol de la mujer como instrumento. Dichas posturas, por un lado, implican el desconocimiento de que el rol de las mujeres como cuidadoras está construido socialmente y, por otro lado, subvaloran las desventajas que esto comporta en el desarrollo personal de las mujeres.

La normalización de la asunción por parte de las mujeres del seguimiento a la condicionalidad de la ayuda y a los compromisos contribuye a perpetuar las desigualdades de género y la sub-

ordinación de las mujeres. Estas tareas se suman a las demás tareas diarias (reproductivas[105] y productivas) que tienen las mujeres, incidiendo en su doble o triple jornada laboral.

La situación se hace particularmente desagradable cuando las autoridades, que deberían cumplir su deber y hacer los trámites que dan constancia del cumplimiento de la condicionalidad, dificultan el proceso o se niegan a firmar los documentos[106]. Esta actitud del personal público, además de hacer que las mujeres pierdan un tiempo valioso (por ejemplo, por acudir a los planteles escolares varias veces con la finalidad de obtener el documento validado), se puede considerar inaceptable pues constituye un maltrato hacia las personas beneficiarias, al subordinarlas y no considerarlas como sujetos de derecho, sino como personas a las cuales se concede un favor.

No solo existe por parte de los programas una aceptada instrumentalización de las mujeres —por sus roles tradicionales de cuidadoras y reproductoras— como meras «beneficiarias operativas»[107] que canalizan los beneficios del programa a su prole, sino que además la condicionalidad impuesta en el campo de la salud, que les atañe directamente, limita su identidad al rol de madre y reproductora.

Es cierto que las acciones dirigidas a promover y garantizar el acceso a atención en salud materna e infantil (aspectos principales de la condicionalidad en salud) son fundamentales y necesarias en un país como la República Dominicana, donde las tasas de mortalidad materno-infantil están entre las más altas de la región latinoamericana y caribeña: 106 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos, con un 20% entre adolescentes entre los 13 y 19 años; 31 muertes infantiles cada 1,000 nacidos vivos[108]). Sin embargo, se considera que estas acciones deberían ampliarse para promover una atención en salud integral de las mujeres durante todo el ciclo de vida, tomando en cuenta otras vulnerabilidades a las cuales son sujetas y resaltando la importancia de acciones preventivas y de una adecuada atención en salud (cáncer intrauterino y mamario, prevención de VIH, Sida y otras ITS, embarazos no planificados, entre otras)[109]. En este sentido, se reconoce el valor de la integración del programa PROSOLI, respecto a la anterior versión del programa Solidaridad, de actividades de sensibilización (a las cuales se daría seguimiento con la verificación de los compromisos) dirigidas a fomentar las siguientes atenciones en salud: test de Papanicolaou y mamografía una vez al año para mujeres mayores de 35 años, uso de métodos de prevención de INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS), VIH/sida y embarazos de alto riesgo; orientación en prevención

[105] De las entrevistas realizadas se confirma, sin lugar a dudas, que las tareas domésticas, así como las de cuidado, están mayoritariamente a cargo de las mujeres (amas de casa o hijas); el rol masculino en el desempeño de estas tareas se limita al de «apoyo» cuando las mujeres, por alguna razón, no están presentes en el hogar.

[106] Situación que se ha detectado durante las entrevistas realizadas en el marco del diagnóstico de género (ob. cit.), y que ha sido confirmada por los enlaces familiares.

[107] El concepto de beneficiarias operativas se expresa en CEPAL (2012).

[108] Los datos relativos a mortalidad infantil son los datos reportados en la Encuesta Nacional Demográfica en Salud del 2007 (ENDESA 2007), mientras en relación a la mortalidad materna, aunque en la ENDESA 2007 se reportan 159 muertes maternas cada 100,000 nacidos vivos, aquí se cita el dato calculado con un ajustamiento y utilizado en el último informe del PNUD sobre el cumplimiento de los Objetivos del Milenio en la República Dominicana.

[109] Con la integración de los compromisos en la nueva versión del Programa ya se ha avanzado incluyendo otras visitas preventivas en salud, especialmente controles para la prevención del cáncer cérvico-uterino; esta parte del programa todavía no se ha promovido lo suficiente para generar un impacto, pero hay buenas perspectivas en este sentido.

de VIH/sida y otras ITS entre adolescentes y jóvenes; consulta preventiva para toda la familia, etc.

En última instancia, se puede resaltar el beneficio indirecto que tienen las mujeres que acompañan a los hijos a los chequeos médicos ya que pueden aprovechar la visita, que probablemente de otra forma no harían, para realizar sus controles.

iv) Población que participa en el programa

El Programa está dirigido a hogares, no a personas; los criterios de elegibilidad para que un hogar ingrese al programa PROSOLI son:

1) El índice de calidad de vida: hogares identificados y clasificados por el SIUBEN como hogares en pobreza extrema (ICV I) o en pobreza moderada (ICV II).
2) Documentación: el jefe o jefa de hogar, o un integrante de la familia mayor de edad, debe poseer la cédula de identidad personal válida para la Junta Central Electoral (JCE).
3) Criterios que dependen específicamente de cada componente (por ejemplo: ILAE y BEEP se dirigen a hogares con hijos en edad escolar).

v) Población que completa el programa

El programa no contempla estrategias de salida para las personas beneficiarias. Un estudio de impacto realizado sobre el programa Solidaridad resaltó que entre 2004 y 2011 salieron de la pobreza alrededor de 700,000 dominicanos (500,000 salieron de la indigencia)[110]; no obstante, los hogares beneficiarios del programa que hacían parte de este grupo de afortunados siguen entre los beneficiarios. Dada esta realidad, algunos informantes claves resaltan la urgencia de diseñar un plan de salida para la población cuya situación haya mejorado, de modo de dar espacio a personas en situación de necesidad que todavía no han podido acceder al programa.

En cuanto a los componentes relacionados con el componente educativo, es decir, el Incentivo de la Asistencia Escolar (ILAE) y el Bono Escolar Estudiando Progreso (BEEP), las transferencias se concluyen al finalizarse los estudios por parte de los integrantes familiares a quienes el apoyo se dirige.

3) Componentes del programa en relación al PPS y distribución en función del sexo

i) Estímulo a la demanda

A continuación se brinda una breve descripción de cada uno de los componentes principales del programa que constituyen un estímulo a la demanda de servicios, empezando por las transfe-

[110] Esta disminución en los niveles de pobreza se debe a una serie de factores asociados: para el periodo 2005-2007 cobran importancia el crecimiento económico, el control de la inflación, la reducción del desempleo, además del aumento de la cobertura de los programas sociales focalizados; después una deceleración de la tendencia (abril 2007-abril 2009), hubo una significativa disminución de la pobreza extrema entre abril de 2009 y abril de 2010, lo que se atribuye al aumento de los ingresos reales de la población de bajos ingresos por incremento de la cobertura de programas sociales y de los montos de las transferencias y la mitigación de la crisis.

rencias condicionadas, continuando con los subsidios focalizados y terminando con las iniciativas dirigidas a la formación profesional e introducción en el mundo de trabajo.

Transferencias condicionadas:

- Transferencia condicionada Comer Es Primero (CEP)

  Otorga una ayuda econó básica determinada. Como ya se aclaró, el monto de esta transferencia corresponde al 7.9% de la canasta básica del quintil más pobre; las personas entrevistadas declaran que esta ayuda les permite comprar alimentos (por lo general, arroz y aceite) solo para algunos días (difícilmente se llega a las dos semanas[111]).

  Esta transferencia monetaria, si bien cobra importancia para todas las personas que integran las familias en términos de mejor nivel nutricional, mejor salud (la condicionalidad está dirigida a estimular la demanda de servicio de salud) y menores gastos de bolsillo, ofrece ventajas diferenciales para hombres y mujeres. Las mujeres, que como se pudo confirmar en el estudio son las que se ocupan, casi exclusivamente, de la preparación de los alimentos y de las demás funciones de cuidado en el hogar, otorgan a esta transferencia un valor muy alto debido a que les garantiza el acceso a la comida y alimentación de la familia por un cierto número de días; en tanto que, entre los hombres proveedores, hay quienes se sienten aliviados financieramente y en condiciones de destinar los ingresos de su trabajo a otros tipos de consumo.

- Transferencia condicionada Incentivo a la Asistencia Escolar (ILAE)

  La transferencia condicionada ILAE busca apoyar a los hogares con la inscripción y la asistencia escolar de los niños, niñas y adolescentes con edades entre 5 y 21 años y cursando entre el nivel inicial, el primero y octavo curso de la educación básica y el primero y segundo grado del nivel medio en escuelas públicas.

  Con el objetivo de contribuir a la disminución de la deserción escolar en el nivel básico, se otorga una transferencia monetaria bimestral a los hogares, tomando en cuenta la cantidad de estudiantes miembros de las familias beneficiarias del programa en edad escolar (5-21 años) para la compra de útiles escolares, uniformes, medicinas y otros, de modo que:

  - hogares con un estudiante reciben un monto bimestral de RD$ 600.00;
  - hogares con dos estudiantes reciben un monto bimestral de RD$ 900.00 y
  - hogares con tres o más estudiantes reciben un monto bimestral de RD$ 1,200.00.

  La mayor participación femenina en este componente (el 71% de la población que integra los hogares que perciben esta transferencia son mujeres) deja presumir que este impactará positivamente en el futuro de un número mayor de niñas, niños y adolescentes que

[111] Es evidente que la duración está relacionada con el número de personas que componen el hogar; al aumentar el número de integrantes disminuye proporcionalmente el número de días cubiertos por esta ayuda, cuyo monto no depende de la dimensión de la familia. Un indicador de que la suma recibida cubre las necesidades por un periodo de días limitado, si bien constituye una ayuda necesaria para la economía familiar, es la práctica —que se está intentando corregir— de dejar la tarjeta como garantía de pago en los establecimientos de la red de abastecimiento.

tiene garantizada su educación, pues se considera que la educación es la base para el desarrollo integral de las personas y permite aumentar de manera exponencial las oportunidades de las personas respecto a las personas no educadas, incluyendo la predisposición al trabajo.

Es importante aclarar que, una vez que se han cubiertos los gastos relativos a la escolaridad (compra de uniformes, libros y otros útiles escolares), el monto percibido también se puede destinar a la compra de alimentos, lo que representa un valor adicional en la economía familiar, siendo la mayoría de los hogares beneficiados hogares con jefatura femenina.

Sin embargo, es preciso verificar con la Dirección de Sistemas y Tecnología de la Información si es cierto lo que expresan algunas beneficiarias entrevistadas, a saber, que en algunos casos son solo algunos integrantes de las familias elegibles los que reciben el subsidio; según el estudio realizado en el 2012 por PNUD y GASO hay mucha confusión y falta de información clara sobre el monto exacto de la ayuda, lo que probablemente está relacionado con el sistema escalar que se aplica (mientras para un estudiante el hogar recibe RD$ 600, para dos estudiantes la suma no se duplica sino se aumenta en un 50% y llega a un tope de RD$ 1,200 para hogares con 3 niños o más).

- Bono Escolar Estudiando Progreso (BEEP)

  Incentivo mensual de RD$ 500.00 pagado al hogar de forma bimestral por cada joven de hasta 21 años que curse el primero o segundo del bachillerato; RD$ 750.00 por los que estén matriculados y asistan al tercero y cuarto, y RD$ 1,000.00 por los que están en estos últimos cursos en la modalidad técnico profesional. Son alicientes para que la familia adquiera alimentos de la canasta básica, contribuyendo con ello a disminuir la deserción escolar.

  Este componente, que se dirige a garantizar la educación en el bachiller y en el nivel técnico profesional, recién se introdujo en el programa; se considera importante para permitir a jóvenes de bajos recursos continuar su formación educativa y tener más oportunidades para su inserción laboral futura. Se destaca que, como para los demás componentes, hay una mayoría de hogares con jefatura de mujeres entre los hogares beneficiados. Por otro lado, este componente contribuye a disminuir la presión sobre el mercado laboral.

TABLA 7.15 CANTIDAD DE HOGARES POR SEXO DE LA JEFATURA Y TIPO DE TRANSFERENCIA CONDICIONADA

TRANSFERENCIAS CONDICIONADAS	SEXO		TOTAL	%		TOTAL
	F	M		F	M	
Comer Es Primero (CEP)	458,863	229,424	688,287	67	33	100
Incentivo a la Asistencia Escolar (ILAE)	189,471	76,121	265,592	71	29	100
Bono Escolar Estudiando Progreso (BEEP)	33,885	11,765	45,650	74	26	100

Fuente: Sistema de Información Progresando con Solidaridad (SIPS), según datos del marzo de 2014.

TABLA 7.16 CANTIDAD DE PERSONAS POR SEXO Y TIPO DE TRANSFERENCIA CONDICIONADA

TRANSFERENCIAS CONDICIONADAS	SEXO		TOTAL	%		TOTAL
	F	M		F	M	
Comer Es Primero (CEP)	1,635,145	714,708	2,349,853	70	30	100
Incentivo a la Asistencia Escolar (ILAE)	872,785	357,340	1,230,125	71	29	100
Bono Escolar Estudiando Progreso (BEEP)	167,014	60,743	227,757	73	27	100

Fuente: Sistema de Información Progresando con Solidaridad (SIPS), según datos de marzo del 2014.

Según las estadísticas recibidas por el Sistema de Información Progresando con Solidaridad, entre las personas que se benefician de estos componentes la mayoría son mujeres, lo que significa que se está invirtiendo en aumentar el capital social de las niñas, mujeres y jóvenes de los sectores más vulnerables al ofrecerles oportunidades para sobresalir en el futuro y romper con la transmisión intergeneracional de la pobreza.

Subsidios focalizados

- Bono Gas Hogar (BGH)

Consiste en un subsidio focalizado de RD$ 228.00 mensual a los hogares pobres y de clase media baja[112], para la compra de dos galones de gas licuado de petróleo (GLP), a fin que puedan cocinar sus alimentos, sin que para ello medie obligación alguna.

Este subsidio permite un ahorro a los hogares beneficiarios y se reconoce que genera una mejora de la calidad de vida de la familia en general (en términos de nutrición y salud), especialmente de las mujeres que, como se tuvo ocasión de resaltar a lo largo del documento, son las que se ocupan, de forma casi exclusiva, de la preparación de los alimentos y del cuidado del hogar y de sus integrantes[113].

En el diagnóstico de brechas de género en el programa Solidaridad realizado por el PNUD y el GASO (2012) se han resaltado restricciones importantes de este subsidio, como la escasa duración de este recurso. En este sentido, se sugiere profundizar el análisis de este componente para ver cómo responder de forma adecuada a las necesidades diferenciales de los hogares categorizados con ICV 1 e ICV 2 (que, según la Encuesta Socioeconómica de Hogares del SIUBEN, son la mayoría de los que utilizan leña o carbón para cocinar, sobre todo en las áreas rurales) respecto a los hogares de ICV 3 que también perciben este subsidio, para que se puedan reducir eventuales fugas de recursos.

[112] Es el único componente que se asigna no solo a los hogares pertenecientes a ICV 1 e ICV 2, sino también a los de clase media cercanos al umbral de pobreza (ICV3).

[113] Durante la realización de las entrevistas, la mayoría de las mujeres resaltaron la importancia para su hogar del Bono Gas a la hora de ocuparse de la nutrición de las personas que integran la familia.

En otro orden, en algunas áreas el cubrir la distancia desde los hogares al punto de abastecimiento de GPL (que está a cargo de las familias) implica un aumento de la carga de trabajo y del tiempo dedicado al seguimiento del programa por parte de las mujeres (que, siendo las que se ocupan de la preparación de alimentos, también se ocupan de temas relacionados como el abastecimiento de GLP).

- Bono Luz

Subvención orientada a auxiliar a familias de escasos recursos económicos en el pago del servicio eléctrico. El rango de ayuda social se encuentra entre RD$ 4.44 - RD$ 444.00 mensuales. Se otorga a cambio de que la familia formalice un contrato de servicios con la Empresa de Distribución de Energía (EDE) que le corresponde. El Bono Luz juega un rol fundamental para el bienestar de la familia entera, especialmente de quienes pasan mayor tiempo en el hogar y de quienes necesitan de la electricidad para sus tareas diarias (amas de casa y estudiantes). Como para los demás subsidios, los hogares con titularidad femenina son la mayoría entre los beneficiados.

TABLA 7.17 CANTIDAD DE PERSONAS POR SEXO Y TIPO DE SUBSIDIO FOCALIZADO

SUBSIDIOS FOCALIZADOS	SEXO		TOTAL	%		TOTAL
	F	M		F	M	
BONO GAS	1,834,916	791,659	2,626,575	70	30	100
BONO LUZ	1,184,239	465,806	1,650,045	72	28	100

Fuente: Sistema de Información Progresando con Solidaridad (SIPS), según datos de marzo del 2014.

TABLA 7.18 CANTIDAD DE HOGARES POR SEXO Y TIPO DE SUBSIDIO FOCALIZADO

SUBSIDIOS FOCALIZADOS	SEXO		TOTAL	%		TOTAL
	F	M		F	M	
BONO GAS	561,246	274,106	835,352	67	33	100
BONO LUZ	356,577	152,135	508,712	70	30	100

Fuente: Sistema de Información Progresando con Solidaridad (SIPS), según datos del marzo de 2014.

Los diferentes componentes del programa PROSOLI se dirigen a hogares, no a determinados grupos vulnerables; de todas formas, a continuación se ofrece una tabulación de los colectivos a cuyas necesidades básicas cada componente intenta responder.

TABLA 7.19 GRUPOS POBLACIONALES A LOS QUE SE DIRIGE CADA UNO DE LOS COMPONENTES

TM O SUBSIDIO	ESTÍMULO A LA DEMANDA	NIÑEZ	JÓVENES EN EDAD ESCOLAR	PERSONAS EN EDAD DE TRABAJAR	PERSONAS ADULTAS MAYORES	PERSONAS CON DISCAPACIDAD
CEP	Estímulo a la demanda de servicios de salud y alimentación	x	x	x	x	x
ILAE	Estímulo a la demanda de educación	x				
BEEP	Estímulo a la demanda de educación					
Bono Gas	Estímulo a la demanda de GLP	x	x	x	x	x
Bono Luz	Estímulo a la demanda de electricidad	x	x	x	x	x

Fuente: Elaboración propia.

Transferencias en especie

En el marco del programa PROSOLI se contempla la entrega de un suplemento nutricional a niños de entre 6 meses y 5 años de edad, y a mujeres embarazadas. La entrega no es personalizada en los hogares, sino que se hace a través de las Unidades de Atención Primaria que se dotan de este suplemento nutricional para darlos a los pacientes (están destinados a las personas beneficiarias del programa, pero no necesariamente se limita a estas). Siempre a fines de complementar la nutrición de las personas en condición de pobreza, el programa Progresando contemplaba una harina fortificada llamada Progresina. Se ha rediseñado esta harina y se estará distribuyendo como transferencia en especie a niños, mujeres embarazadas y personas adultas del programa (todavía no se ha realizado la primera entrega formal del producto). La entrega de estos productos genera un mayor bienestar dentro de la población femenina de las comunidades en las cuales interviene el programa.

Programas de capacitación profesional y de fomento del emprendimiento y de la empleabilidad

Con la integración del programa Solidaridad y Progresando se ha logrado complementar el programa de transferencias condicionadas con componentes que buscan fortalecer el capital social y humano de las personas en edad activa y socavar las principales causas de la transmisión intergeneracional de la pobreza a través de la capacitación profesional, el fomento de la empleabilidad y el apoyo en el emprendimiento de actividades dirigidas a la generación de ingreso. En este sentido, el programa PROSOLI se considera un programa de protección social de tercera generación.

La promoción de mecanismos adecuados para la inserción de las personas que se benefician del programa en el mercado laboral y la generación de ingresos propios es fundamental para la

autonomía económica y constituye uno de los primeros pasos en el diseño de la estrategia de salida de los beneficiarios de los mecanismos de asistencia social. Según la misma lógica, estos mecanismos de empoderamiento podrían tener un efecto amortiguador en el caso que el monto total de transferencias recibido por el hogar se reduzca, por ejemplo, por la culminación del recorrido escolar de un hijo y el consecuente cese de componentes como ILAE o BEEP.

La estrategia Capacitando para el Progreso que, en base al análisis realizado, se puede considerar todavía en fase inicial, integra los siguientes componentes (PROSOLI 2013a):

- Promoción de la formación para el trabajo.
- Nivelación de estudios de educación primaria y secundaria.
- Generación directa e indirecta de empleo.
- Fomento del autoempleo.
- Microempresa.
- Servicios de empleo e intermediación laboral.
- Apoyo en el proceso de inserción laboral.

La pertinencia de estos componentes ha sido validada en ocasión de las entrevistas a participantes en reuniones de núcleos de familia, adonde se ha recolectado información acerca del número de integrantes de las familias que generan ingresos dentro y fuera del hogar; según estas entrevistas, menos de la mitad de las personas en edad de trabajar que pertenecen a estos hogares genera ingresos y, de estas, la mayoría se dedica a actividades informales; en algunos casos hay hogares donde no hay fuentes de ingreso.

ii) Formación para el trabajo

La oferta de cursos del Programa PROSOLI es muy variada, en términos de contenidos y duración de los cursos, y puede adecuarse a las exigencias de personas con perfiles diferentes. Los cursos ofrecidos en los Centros de Capacitación y Producción Progresando con Solidaridad (CCPPS) varían según el área geográfica para responder a las características de los mercados laborales locales que se identifican a través de los estudios de factibilidad realizados por el INFOTEP[114].

El abanico de ofertas académicas incluye:

1) Competencias transversales: competencias de gestión; competencias cognitivas superiores; competencias de gestión de calidad y la innovación; competencias de expresión y comunicación; trabajo en equipo; compromisos éticos; urbanismo y medio ambiente; etiqueta y protocolo; actitud frente al trabajo; y competencias tecnológicas.
2) Por cada sector, se dan diferentes acciones formativas de ciclo corto:
    a. Agropecuario: mecanización agrícola, producción agrícola, producción animal y acuacultura.

[114] Cada región tiene sus especificidades según su economía esté orientada a la agicultura, turismo, industria o al sector servicios.

b. Sector industrial: confección de ropas de decoración y eventos; muebles de mimbre y ratán; pintura de construcciones; mecánica automotriz; mantenimiento eléctrico; manualidades y producción de TV.

c. Sector comercio y servicios: recepción de hotel; servicio de habitación, servicio de animación turística; mantenimiento y conservación de edificaciones hoteleras; arte culinario; camarero de bar y restaurante; panadería; secretariado; contabilidad; almacén; ventas; servicios de salud; farmacología; informática; formación y desarrollo de mandos medios.

d. Sector artesanía: artesanías en fibras vegetales; artesanías con frutos/ artes naturales; alfarería; técnicas artesanales; cantería; talabartería; marroquinería; orfebrería; artesanía en madera; confección de muñecas; artesanía en hilo; y artesanía en hierro.

3) La oferta por sector se amplía significativamente con otros cursos del INFOTEP.

La oferta académica se promueve entre los beneficiarios del programa PROSOLI a través de las Escuelas Familias y de los Puntos Solidarios; las personas que van a atender a los cursos se seleccionan con un procedimiento estándar que incluye el llenado de una ficha con informaciones personales (como la edad y nivel educativo, cursos realizados antes, perspectivas personales para el futuro, entre otras).

Una vez identificada el área de interés de las personas, se realizan grupos focales en los cuales se guía a los potenciales estudiantes en la elección de las opciones que tengan mayores posibilidades de éxito, tanto en términos de aplicación práctica como de generación de ingresos. En estos encuentros se identifica, además, el horario del curso para que responda a las exigencias de los participantes, tomando en cuenta su disponibilidad de tiempo[115]. El contemplar en cada CCPPS diferentes tandas, una matutina, una vespertina y en muchos centros una nocturna, permite a personas que estudian o que tienen diferentes cargas de trabajo (productivo o reproductivo) atender los cursos. Según la responsable de los CCPPS, las personas que en la noche van a la escuela pueden participar en los cursos de la tarde o noche (complementando así la educación formal con aprendizajes técnicos); según la misma informante clave, por lo general las amas de casa atienden a los cursos por la tarde y la noche después de haber cumplido el resto de «sus deberes», es decir, el trabajo doméstico, de cuidado y eventuales actividades productivas extradomésticas.

En la oferta de los cursos no hay una atención específica para evitar la reproducción de los roles de género, pero hay experiencias que han aportado a la introducción de las mujeres en sectores anteriormente considerados masculinizados: por ejemplo, en el sector de tapicería, tradicionalmente masculino, las mejores maestras a nivel nacional hoy son mujeres egresadas de los CCPP. En otro orden, se analizará más adelante como los Centros Tecnológicos Comunitarios apuntan al empoderamiento femenino en la Tecnología de la Información y Comunicación[116].

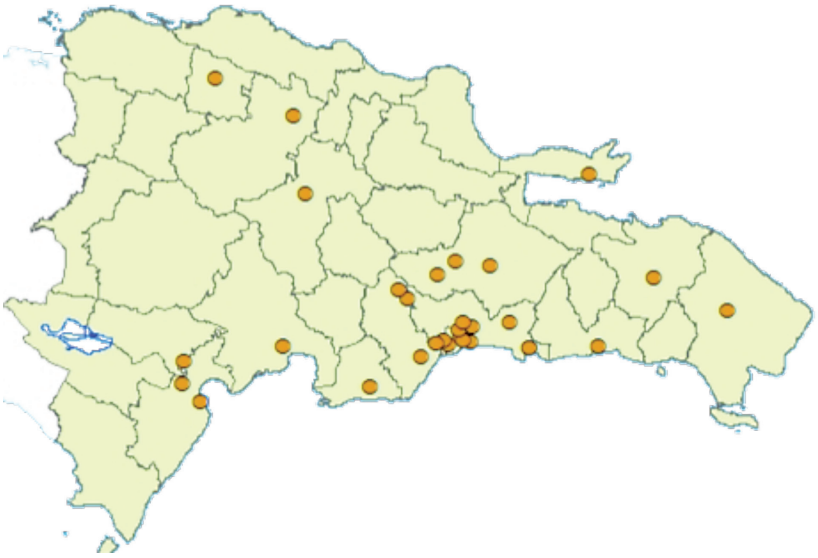
[115] Hay diferentes tandas, generalmente las personas que van a la escuela por la noche participan en los cursos por la mañana.

[116] El Programa de CTC se ha independizado del PROSOLI desde 2014 y se analizará en un apartado independiente (ver acápite 7.2 y ficha 5).

El Programa PROSOLI cuenta con 34 Centros de Capacitación y Producción Progresando con Solidaridad (CCPPS), cada uno con 4-6 aulas, infraestructura que se integra con alrededor de 300 centros comunitarios (espacios puesto a disposición por las comunidades, escuelas, salones, espacios de reunión de clubes de madre, entre otros[117]) en los cuales se imparten los cursos. Los CCPPS son certificados por el INFOTEP y están distribuidos a nivel nacional (ver el mapa a continuación).

Los 34 CCPPS se ubican en las zonas prioritarias por el nivel de pobreza y vulnerabilidad (según la informante clave, todas se colocan en áreas de prioridad I y II del mapa de pobreza) y están distribuidos en las diferentes regiones: doce en Santo Domingo, tres en el Distrito Nacional, uno en el Cibao Central, uno en El Valle, tres en Enriquillo, tres en el Este, uno en la Norcentral, dos en la Noreste y tres en Valdesia.

MAPA CON LOS CENTROS DE CAPACITACIÓN Y PRODUCCIÓN PROGRESANDO CON SOLIDARIDAD



Fuente: Dirección de capacitación.

De los 34 CCPPS y de los demás 300 centros comunitarios, solo dos CCPPS ponen a disposición de las mujeres que participan en los cursos la posibilidad de dejar sus hijos en edad preescolar en las Estancias Infantiles del centro[118]. Estas Estancias Infantiles atienden a un pequeño grupo de niños fijos y una mayoría de niños itinerantes (que acompañan a las madres).

[117] Esto aumenta el nivel de participación de la comunidad, que ejerce un rol de custodia del CCPP, apoyo y veeduría y, en consecuencia, contribuye a garantizar la sostenibilidad de los centros.

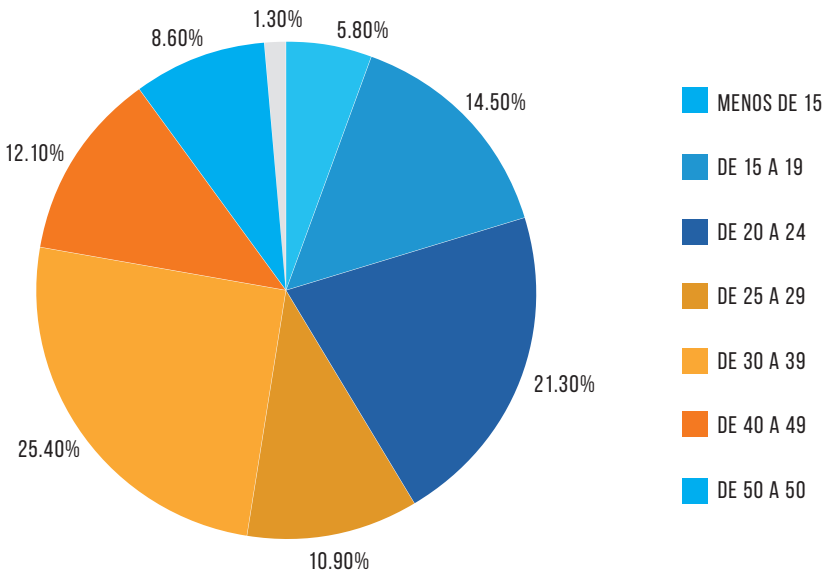
[118] Estas dos estancias infantiles reciben un número limitado de niños fijos, siendo la mayoría itinerantes ya que el servicio está dirigido en particular a los hijos de las personas que reciben la capacitación. Esto significa que este importante recurso para permitir la conciliación de la vida laboral y familiar es subutilizado.

El programa de capacitación no tiene un enfoque de género. Independiente a esta carencia y a la inexistencia de criterios de discriminación positiva para la selección de las personas beneficiarias, desde sus inicios[119] el programa cuenta entre sus estudiantes un número mayor de mujeres que de hombres. Según la informante clave, con la voluntad de promover la empleabilidad juvenil recién se empezó a perseguir un mayor involucramiento de los hombres, bajando el porcentaje de mujeres de un 90% a un 70-80%.

Desde el año 2006 hasta el año 2013 se estima que han sido capacitadas 120,000 personas, de las cuales alrededor de tres cuartas partes son mujeres.

El 25.4% de las personas capacitadas tiene una edad incluida entre los 30 y los 39 años, seguidas por jóvenes de 20 a 24 años (21.3%); en tercer lugar, con un porcentaje de 14.5%, se encuentran adolescentes de 15 a 19 años.

GRÁFICO 7.3 PERSONAS CAPACITADAS POR EL PROGRAMA PROSOLI POR GRUPOS ETARIOS



Según el estudio por muestreo para monitorear el desarrollo del programa PROSOLI en las comunidades de intervención (PROSOLI 2013b), el porcentaje de hogares en los cuales por lo menos uno de sus miembros había participado en los cursos de capacitación era del 22.3%. Las regiones con mayor porcentaje de familias con integrantes capacitándose son: Enriquillo (30.7%), Distrito Nacional (29.3%) y Santo Domingo (28.1%); las regiones con los porcentajes menores son: Noroeste (10.0%) y Nordeste (17.1%).

[119] Cuando todavía estaba bajo el Programa Progresando del anterior Despacho de la Primera Dama.

Seguimiento de las personas egresadas con iniciativas de fomento a la empleabilidad, a la generación de ingresos y al emprendimiento

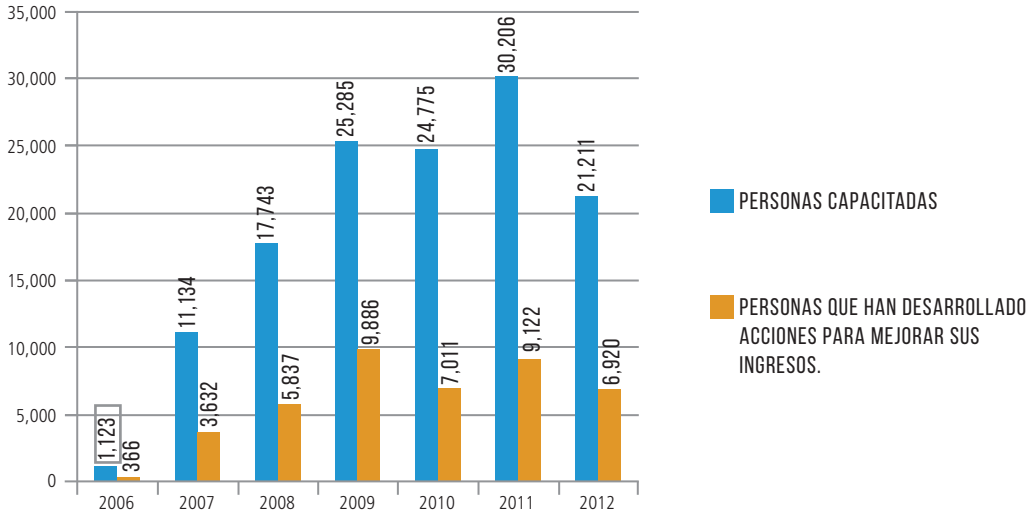
Estas capacitaciones se consideran potenciales puertas de entrada al mercado laboral, formal e informal. En este sentido, recién se ha empezado a ofrecer a las personas egresadas oportunidades, orientación y seguimiento:

- Orientación sobre cómo realizar búsqueda activa de empleo (las personas que finalizan los curso reciben orientación por el personal de intermediación de empleo e INFOTEP y se les ayuda a insertarse en la plataforma del Ministerio de Trabajo «Empléate Ya»).
- Contacto con empresas para la realización de pasantías de un mínimo de dos meses (recientemente se ha introducido un protocolo para pasantías y se ha empezado a inventariar empresas públicas)[120]. Hay dos tipo de pasantías, una que no implica compromisos significativos para la empresa y otra, la modalidad Contrato y Aprendizaje, en la cual la empresa tiene que pagar la seguridad social para las personas pasantes. Como no hay muchas empresas en la posibilidad de comprometerse con estos costos, según la informante clave, desde el programa PROSOLI se está contemplando la posibilidad de costear la cobertura de la seguridad social de las personas pertenecientes al grupo en pobreza extrema que realizan las pasantías.
- Orientación sobre cómo organizarse en cooperativas y/o montar una microempresa. A las personas interesadas se les apoya poniendo a su disposición el espacio y el equipamientos de los CCPP para que puedan utilizarlos para la incubación de su actividad y hasta el despegue; se les ofrecen, además, contactos y acuerdos con bancas que otorgan créditos a una baja tasa de interés (PROMIPYME, ADOPEM, Cooperativas, FIME de Visión Mundial, ASPIRE, Esperanza Internacional y Banca Solidaria). A las personas egresadas que montan una actividad propia, se le brinda, además, seguimiento y actualización.
- El programa está trabajando en el desarrollo de diferentes formas de apoyo a las personas beneficiarias para la comercialización de sus productos como son:
  - acuerdos establecidos con grandes grupos comerciales del país;
  - acuerdos con los colmados pertenecientes a la red de abasto social del programa PROSOLI;
  - promoción y venta a través de la marca registrada «Manos Dominicanas» para los productos artesanales, y
  - hay perspectivas para que las mujeres que atienden los huertos caseros se hagan suplidoras de alimentos para la elaboración de desayunos escolares.

A continuación se presenta un histograma con las cantidades de personas capacitadas y de personas que después de la capacitación han desarrollado alguna iniciativa dirigida a mejorar su ingreso.

[120] Según la informante clave, el 60-70% de las personas que realizan las pasantías se quedan empleadas en la empresa.

GRÁFICO 7.4 CANTIDAD DE PERSONAS CAPACITADAS POR LOS CCPP Y CANTIDAD DE PERSONAS QUE HAN DESARROLLADO ACTIVIDADES DIRIGIDAS A MEJORAR SUS INGRESOS ENTRE EL 2006 Y EL 2012[121]



Fuente: PROSOLI (2013a).

El muestreo realizado en octubre de 2013 (PROSOLI 2013b) sobre 3,400 familias beneficiarias (distribuidas en todas las regiones y provincias[122]) reporta que el 22.3% de los hogares encuestados han tenido por lo menos un integrante participando en los cursos de capacitación y que, entre los hogares que declaran haber desarrollado acciones para mejorar sus ingresos (el 53.3% de los hogares encuestados), el 13.1% dijo de haber conseguido un préstamo, el 18.8% había mejorado un negocio que tenía, el 37.2% había iniciado un negocio y el 39.9% había conseguido un empleo.

Si bien incipiente, se saluda la iniciativa de la modalidad «Contrato y Aprendizaje» que sienta las bases para que personas en condiciones de vulnerabilidad tengan acceso a trabajo decente; este componente y componentes similares necesitarían ser reforzados y dirigidos sobre todo a las mujeres con la finalidad de permitirles el disfrute, en un pie de igualdad, de las oportunidades económicas y de los esquemas de protección y promoción del bienestar (CEPAL 2012).

Para garantizar el éxito de estos componentes, en términos de lograr una mayor inserción laboral de las mujeres, es necesario reconocer que entre los principales factores que limitan la participación de las mujeres en recorridos formativos que implican muchas horas de capacitación, así como su acceso al trabajo, se encuentra la carga de cuidado que se les asigna socialmente. La

[121] Los datos del 2006 a 2011 se refieren al periodo en el cual los CCPP se gestionaban desde el despacho de la Primera Dama. No se cuenta con datos desagregados por sexo.

[122] La muestra seleccionada fue proporcional respecto a la cantidad de familias incluidas en el programa.

existencia de dos Estancias Infantiles en los CCPP resalta que el programa ha tenido en cuenta esta problemática y la necesidad de promover acciones dirigidas a garantizar la conciliación entre la vida familiar y las oportunidades de aprendizaje de las mujeres. Sin embargo, este esfuerzo se ha quedado limitado a 2 de los 34 centros de capacitación. En adición, las potencialidades de estas estancias son subutilizadas por dirigirse a la recepción prevalentemente de niños itinerantes, hijos de las participantes en los cursos, sin representar una opción efectiva en la liberación de tiempo de las mujeres para incentivar su inserción laboral.

4) Relación entre estímulo de la demanda de servicios y la oferta de servicios

i) Centros de salud en la zona de influencia del programa

El programa, a través de las corresponsabilidades y de los compromisos (así como del acompañamiento socioeducativo), fomenta el acceso a los servicios de salud. Una vez que el hogar entra a hacer parte de PROSOLI se le asigna una Unidad de Atención Primaria (UNAP) de referencia, a la cual acudir para cumplir con las corresponsabilidades en salud. La oferta de servicios de salud no depende del programa, sino de salud pública (a través de las UNAP y las Regionales de Salud) y del Seguro Nacional Salud (SENASA) que debería cubrir los gastos en salud para las personas más pobres afiliadas al régimen subsidiado.

No se tienen informaciones formales sobre la cantidad de personas que se benefician del programa PROSOLI que cuentan con una cobertura en seguridad social. Sin embargo, a partir de la realización de entrevistas a beneficiarios se ha podido constatar que hay muchas personas que siguen descubiertas; en diferentes casos se ha constatado que dentro de un mismo hogar se encuentran personas con cobertura y personas sin cobertura[123], por ello es aún un desafío lograr la cobertura de todas las personas con el Seguro Familiar de Salud.

El objetivo conjunto entre el programa PROSOLI y el sector salud ha sido la implementación del componente de promoción y prevención del Plan Básico de Salud.

Según un documento de memoria del Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales relativo al sistema de protección social (GCPS s. f., 1), la estrategia de construcción del Sistema de Protección Social desde un inicio enfatizó una serie de acciones dirigidas a elevar la eficiencia, calidad y cobertura de los servicios de atención primaria. Estas acciones son:

- Contratación de recursos humanos adicionales: médicos/as, asistentes, enfermeras y promotores.
- Desarrollo de un sistema modular de capacitación a distancia de los recursos humanos del primer nivel de atención, respecto al conocimiento de las guías y protocolos nacionales de atención.

[123] Esta situación probablemente está relacionada con la heterogeneidad de las familias dominicanas, cuyos vínculos van más allá de los de matrimonio o «sangre», con la consecuente dificultad burocrática de realizar los trámites para todos sus integrantes. Asimismo, puede estar relacionada con la falta de documentación ya que, como se vio desde el inicio, hay una parte significativa de la población dominicana sin acta de nacimiento o cédula.

- Inversiones en adecuación y construcción de infraestructuras que albergarían unidades de atención primaria.
- Equipamiento completo para fines de habilitación de centros de primer nivel de atención a los que se adscriben y asisten beneficiarios de Solidaridad.
- Desarrollo del Sistema de Gestión Clínica con el objetivo de facilitar la gestión del primer nivel a través del registro electrónico de la historia clínica y del registro histórico de prestación de servicios de cada paciente, además de proveer la información requerida por las entidades vinculadas al sector salud.

Desde la dirección del programa PROSOLI no hay información actualizada relativa al grado de implementación de las mencionadas acciones ni tampoco sobre la calidad de los servicios ofrecidos y la accesibilidad a los servicios de parte de las personas beneficiarias (se les asigna una UNAP que debería estar cerca de sus hogares, pero no se confirma si siempre es así). En este sentido, juegan un rol muy importante los Centros Técnicos Regionales Intersectoriales (CTRIS), las Comisiones Mixtas en Salud y el trabajo de sistematización de los reportes comunitarios que se está realizando, pues permitirá tener una idea de la calidad de los servicios, identificar carencias y encontrar soluciones compartidas[124].

De acuerdo a las entrevistas realizadas a la dirección del programa, en este momento y con el apoyo del Banco Interamericano al Desarrollo (BID), se está trabajando en la creación de un sistema de gestión clínica a través del medio de pago, lo que agilizaría la verificación de las condiciones.

En 2010, al momento de la conformación de las Comisiones Mixtas Salud-Solidaridad, los 534,524 hogares que se beneficiaban del programa Solidaridad —correspondientes a 1,768,102 personas—

TABLA 7.20 COMISIONES MIXTAS CON EL MINISTERIO DE SALUD

REGIONAL SALUD	REGIONAL SOLIDARIDAD	HOGARES BENEFICIARIOS DE SOLIDARIDAD	MIEMBROS BENEFICIARIOS DE SOLIDARIDAD	COMISIONES MIXTAS SALUD-SOLIDARIDAD	CPN/UNAP SEGÚN ZONA/COMISIONES MIXTAS
0	Santo Domingo-D.N. (M. Plata)	95,590	351,079	29	313
I	Valdesia (sin Monte Plata)	69,564	231,148	21	105
II	Norcentral	53,582	168,365	18	179
III	Nordeste	65,086	187,073	11	123
IV	Enriquillo	43,655	149,828	10	118
V	Este	54,527	173,683	13	163
VI	El Valle	61,289	217,637	8	114
VII	Noroeste	37,491	120,673	12	94
VIII	Cibao Central	53,740	168,616	14	121
TOTALES		**534,524**	**1,768,102**	**136**	**1,330**

Fuente: Elaboración propia.

[124] Según las entrevistas realizadas, la corresponsabilidad en salud es la que ocupa más tiempo entre todas debido a que en los servicios de salud hay largos tiempos de espera: «hay que ir desde la mañana temprano y no siempre se logra ser atendida». Los reportes comunitarios permiten levantar informaciones sobre calidad del trato, ausencia de insumos, condiciones higiénicas, etc., tal y como se pudo comprobar en una observación participante durante un encuentro de Núcleos de Familia.

se atendían en 1,330 Centros de Primer Nivel (CEP) y Unidades de Atención Primarias (UNAP) distribuidas a nivel nacional. Para garantizar la prestación, calidad y registro de los servicios ofrecidos por estos CEP y UNAP a los hogares beneficiarios del programa en el año 2010 se crearon 136 Comisiones Mixtas, como muestra la tabla a continuación (Programa Solidaridad 2011).

En la tabla 7.21 se presentan los servicios de atención en salud por ciclo de vida, cuyo acceso se promueve desde el programa Progresando con Solidaridad a través de condicionalidades o compromisos[125] (se habla de compromiso y no de condicionalidad en relación a una serie de acciones que se promueven dentro de los hogares beneficiarios para que se hagan actores de su desarrollo, sin condicionar la transferencia a su respeto). Destaca que, no obstante el programa apunta a la disminución de los embarazos en adolescentes y del contagio por infecciones de transmisión sexual como el VIH, no se contemplan dentro de los servicios de atención promovidos iniciativas dirigidas a la atención en salud específica para adolescentes.

TABLA 7.21 SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD POR CICLO DE VIDA

GRUPO ETARIO	SEXO M (MASCULINO) F (FEMENINO)	SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD	TIPO DE PROMOCIÓN
2 a 4 meses	M/F	Suplemento alimenticio para niños desnutridos	Compromiso
2 a 4 años	M/F	Suplemento alimenticio para niños desnutridos en recuperación	Compromiso
0-5 años	M/F	Consultas de programa de control de crecimiento y desarrollo (cuatro por año)	Corresponsabilidad
	M/F	Programa ampliado de inmunizaciones (esquema de vacunación al día)	Corresponsabilidad
5-10 años	M/F	Atención médica preventiva	Compromiso
15-65 años	M/F	Atención médica preventiva	Compromiso
Edad reproductiva	F	Control de embarazo para mujeres embarazadas	Corresponsabilidad
	F	Complemento alimenticio para mujeres embarazadas	Compromiso
Mayores de 35 años	F	Prevención cáncer cérvico uterino (Papanicolaou)	Compromiso
Mayores de 65 años	M/F	Programa de control de persona sana	Compromiso

Aunque en las Escuelas Familias de PROSOLI se promueve la importancia del acceso a todos los servicios enumerados en la tabla, el énfasis principal está en la atención a niños de 0-5 años y a mujeres embarazadas, cuyo acceso a servicios específicos son parte de la condicionalidad y, como tales, su incumplimiento implica la suspensión del pago de la transferencia monetaria por un periodo de dos meses, seguido por un seguimiento específico a la familia por parte de los enlaces familiares y coordinadores de enlaces para explicar la importancia de atender las consultas.

[125] Los compromisos son de nueva introducción en el programa, el componente de sensibilización tiene todavía que ser reforzado.

A continuación se presenta una tabla con una comparación en el acceso a estos servicios de la población beneficiaria y un grupo de control para los años 2010 y 2011 que resalta algunos efectos en salud del programa (aunque se refiere al programa Solidaridad, no al PROSOLI).

TABLA 7.22 EFECTOS DEL PROGRAMA SOLIDARIDAD SOBRE INDICADORES DE SALUD DE LOS HOGARES

INDICADOR	VARIACIÓN 2010-2011		DIFERENCIA (EFECTO ATRIBUIBLE A SOLIDARIDAD)
	BENEFICIARIOS DE SOLIDARIDAD	NO BENEFICIARIOS	
Asistencia a control prenatal en el último embarazo	1.6	-2.7	**4.3**
Asistencia a control puerperio en el último embarazo	2.3	-2.8	**5.1**
Madres que reciben consejería sobre nutrición	7.9	1.9	**6.0**
Madres que reciben consejería sobre nutrición por parte de un médico	20.6	17.1	**3.5**
Asistencia al control o consulta del niño sano hace al menos un mes	1.9	-10.9	**12.8**
Niños de 18 a 60 meses con vacunación completa	3.0	-0.7	**3.7**
Última consulta del niño sano realizada en Centro de Atención Primaria (CAP)	9.4	4.2	**5.2**
Última consulta del niño enfermo realizada en CAP	9.8	0.8	**9.0**

Fuente: Encuestas de evaluación de la protección social (BID).

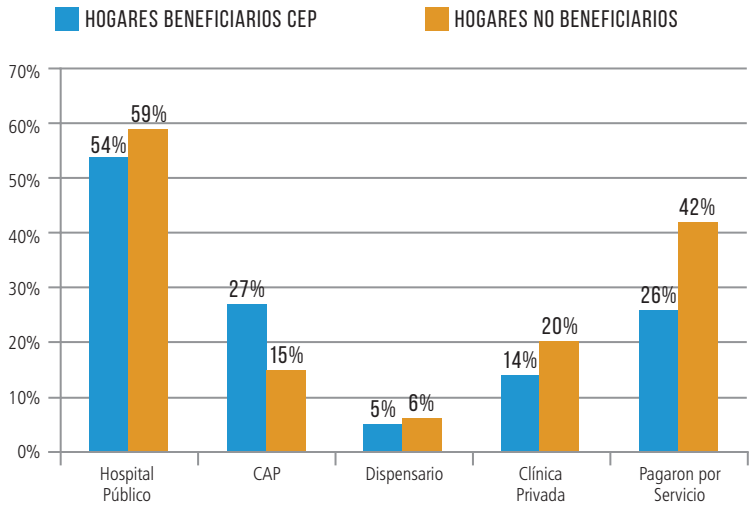
De estos datos se puede notar que entre el 2010 y el 2011 ha habido, en general, un aumento en las visitas de control por parte de las personas que se benefician del programa (Solidaridad); el grupo control de personas no beneficiarias ha tenido incrementos a un nivel mucho menor y, en algunos ámbitos (control prenatal, control puerperio, consulta de niños sanos y vacunaciones), ha tenido una disminución de los chequeos.

Analizando la tabla se destaca, entre otras ventajas comparativas que ofrece el programa en el ámbito de acceso a servicios de salud, que las mujeres embarazadas beneficiarias de Solidaridad superan a las no beneficiarias en un 4.3% en la asistencia al control del último embarazo y en un 5.1% en control en el puerperio, chequeos que tienen suma importancia para prevenir muertes maternas.

Un estudio realizado por la economista Magdalena Rathe (s. f.), que comparó la prevalencia del gasto catastrófico en salud en hogares beneficiarios del componente Comer Es Primero del programa Solidaridad (que contempla la corresponsabilidad en salud) con la de hogares pobres —también inscritos en el SIUBEN—, aunque no beneficiarios de la misma transferencia condicionada, confirmó que la situación es efectivamente mejor para los hogares que reciben la transferencia[126]. Según Rathe, es posible que el subsidio Comer Es Primero mejore la situación de pobreza del hogar y que esto lo haga menos vulnerable a las enfermedades. Según el mismo estudio, otro factor que puede contribuir a la menor vulnerabilidad de estos hogares, respecto a los que no reciben el subsidio, es el seguimiento al cumplimiento de las corresponsabilidades en salud.

[126] El estudio hace referencia a los datos de la Encuesta de Evaluación de la Protección Social del 2010.

GRÁFICO 7.5 UTILIZACIÓN DEL SERVICIO POR PROVEEDOR (NIÑAS Y NIÑOS ENFERMOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD)



Fuente: Rathe (s. f.).

De la gráfica se observa que los hogares que perciben la transferencia monetaria utilizan menos los servicios de salud respecto a los hogares que no reciben la transferencia. Sobresale la diferencia porcentual de los hogares que pagaron por el servicio de salud: un 26% de los hogares beneficiarios en contraposición a un 42% de los hogares no beneficiarios de la transferencia.

ii) Educación

El Programa Solidaridad, desde su inicio, ha impulsado acciones dirigidas a promover la inversión en el capital humano de la niñez como estrategia para romper con la transmisión intergeneracional de la pobreza. A estos fines ha tomado en cuenta las prioridades del Ministerio de Educación y ha establecido entre sus objetivos garantizar a niños que desde los cinco años alcancen, al menos, nueve años de educación inicial y básica, y que los jóvenes entre los 14 y 21 años tengan acceso, permanencia y promoción de, al menos, el primer ciclo del nivel medio. Con este fin se creó el componente de Incentivo a la Educación (ILAE) y desde el 2012 se introdujo un nuevo componente dirigido a la promoción de la asistencia en el bachiller (BEEP). Otra intención de estos componentes, sobre todo del ILAE, es generar cambios en los comportamientos que corresponden a los principales problemas del sector como son la repitencia, sobre-edad y deserción.

Según la encuesta de evaluación de la protección social (BID 2012, cit. en GCPS s. f.) la tasa de matriculación en el programa supera en 2.4% la de los niños no beneficiarios; también la asistencia escolar continua es superior en 5.7% para los estudiantes beneficiarios respecto a los no beneficiarios. El efecto del programa que en el análisis del BID (2012, cit. en GASO, s. f) se considera más importante es el incremento de la asistencia escolar continua de los niños beneficiarios de Solidaridad en 34.7 puntos ya que se traducirá en mejores opciones cuando pasen a la adultez.

En el 2010, al momento de la conformación de las Comisiones Mixtas Educación-Solidaridad, se contaba con un total de 7,313 centros educativos atendiendo a 1,044,906 niños pertenecientes a 218,607 hogares beneficiarios del Incentivo de Asistencia Escolar (ILAE).

TABLA 7.23 CENTROS EDUCATIVOS POR REGIONAL DE EDUCACIÓN

R. MINERD	R. SOLIDARIDAD	HOGARES (ILAE)	HOGARES (ILAE)	COMISIONES MIXTAS MINERD-SOLIDARIDAD	CENTROS EDUCATIVOS SEGÚN COMISIONES MIXTAS
Santo Domingo - Distrito Nacional	Santo Domingo - Distrito Nacional	38,960	180,045	11	909
San Cristóbal - Monte Plata	Valdesia	29,273	140,776	11	755
Santiago - Puerto Plata	Norcentral	20,424	96,449	14	1,022
San Francisco - Nagua	Nordeste	22,770	105,477	11	862
Barahona - Bahoruco	Enriquillo	19,198	94,741	9	827
San Pedro de Macorís - Higüey	Este	22,855	108,139	13	444
Azua - San Juan	El Valle	27,772	140,239	11	931
Valverde Mao - Montecristi	Noroeste	16,287	77,613	10	480
La Vega - Cotuí	Cibao Central	21,068	101,427	13	1,083
18 regiones	10 regiones	218,607	1,044,906	103	7,313

Fuente: Programa Solidaridad 2011.

7.2 Centros Tecnológicos Comunitarios (ficha 5)

Los Centros Tecnológicos Comunitarios (CTC) constituyen una de las estrategias que el Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales está empujando para promover el desarrollo personal y comunitario en áreas geográficas identificadas como las más pobres del país por el mapa de pobreza. Los CTC, a través de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), ofrecen una amplia gama de cursos[127], actividades y programas especiales dirigidos a facilitar el acceso de la

[127] La oferta educativa de los CTC comprende una amplia variedad de cursos y talleres de capacitación. Entre los más ofrecidos y solicitados por las comunidades están los siguientes cursos: alfabetización digital; talleres tecnológicos; Power Point; Internet; web blog; redes sociales; utilización TIC; Photoshop; técnicas de digitación; Micromundos (introducción a la informática para niños); Word; Excel; Front Page; Access; páginas web; comercio electrónico; cursos virtuales; mercadeo electrónico; presentación de negocios; IT Essentials; introducción a la programación; programación HTML; programación PHP; soporte técnico; alfabetización radial; Publisher y Photoshop avanzado.

población de estas áreas marginales a la educación, al conocimiento y a la información, promoviendo su inclusión social[128] y la empleabilidad.

En las entrevistas realizadas a diferentes instituciones se ha resaltado que se está poniendo muchas expectativas en este programa, que se interpreta como una estrategia para permitir a la población dominicana más pobre salir de la pobreza y de los programas de transferencia condicionada.

1) El programa de los CTC y su coherencia con la Iniciativa del Piso de Protección Social

i) Coherencia entre los objetivos de los CTC y la finalidad del piso de protección social

OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA DE LOS CTC:

Reducir la brecha digital y del conocimiento existente en la República Dominicana.

El programa de los CTC, al tener por fin la reducción de la brecha digital y del conocimiento en la República Dominicana, no se percibe como un nudo central de la Iniciativa del Piso de Protección Social; sin embargo, los servicios formativos que brinda, conjuntamente a los ofertados por los Centros de Capacitación y Producción Progresando, constituyen estrategias dirigidas a la formación humana y promoción social de la población más pobre y a su habilitación al trabajo[129].

ii) Coherencia entre los criterios de focalización y el objetivo de la universalidad

El programa de los CTC utiliza un sistema de focalización territorial. Los CTC están localizados en las áreas geográficas reconocidas por ser las más pobres del país, según el mapa de pobreza. Toda la población que reside en las comunidades donde se encuentran los CTC tiene derecho a beneficiarse de los servicios ofertados. Entre las personas interesadas en la oferta formativa se priorizan a las más vulnerables (en particular las beneficiarias del programa PROSOLI), pero no se excluye al resto de la población.

iii) Financiación del programa de los CTC

No obstante en el año 2013 el programa no pudo gastar el presupuesto asignado (se utilizó menos del 8% del presupuesto disponible), para el año 2014 el presupuesto destinado a este programa

[128] La atención a la reducción de la brecha digital en la República Dominicana se origina a finales de los años 1990 cuando se crearon los primeros Centros Tecnológicos Rurales del Proyecto Pequeñas Comunidades Inteligentes (LINCOS), que consistían en cinco furgones instalados en comunidades marginales de la República Dominicana equipados con instrumentos para realizar cursos en Tecnología de la Información y Comunicación (TIC). Este programa fue asumido y ampliado desde el 2004 por el despacho de la Primera Dama como Centros Tecnológicos Comunitarios (CTC); desde el 2012, bajo la disposición 489-12, los CTC se transfirieron al Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales como un componente del Programa Progresando con Solidaridad. Desde el año 2014 el programa de los CTC es un programa separado del PROSOLI, pero actúa en estrecha coordinación con este.

[129] Según las personas entrevistadas, no hay todavía un registro de personas que gracias a los cursos se hayan insertado en el mundo laboral.

se ha mantenido invariado en la suma de RD$ 127,860,000 que deriva exclusivamente del presupuesto del Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales.

Según el director de los CTC, una de las personas entrevistadas como informante clave para este estudio, hay la intención para el futuro de ampliar los fondos disponibles para este programa a través del apoyo de la cooperación internacional.

iv) Dirección y coordinación de los CTC

La Dirección de los Centros Tecnológicos Comunitarios se ocupa de la dirección de los CTC, coordinando con múltiples instituciones, entre las cuales destacan:

- El Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales, al cual la DCTC está adscrita.
- El PROSOLI, cuya población beneficiaria se encuentra entre la principal población meta de los CTC.
- El Ministerio de Educación (MINERD), que contribuye con los recursos humanos empleados en las Espacios de Esperanza (centros de estimulación temprana), ocupándose de su formación y actualización continua.
- El Ministerio de Salud Pública (MSP), que colabora en actividades de promoción y prevención en salud a través de las cuñas radiales lanzadas desde los CTC.

Aunque no se cuente con informaciones sobre la existencia de mecanismos de coordinación oficiales entre las diferentes instancias que colaboran en el funcionamiento de los CTC, en las diferentes entrevistas realizadas hay coincidencia de que existe un buen nivel de colaboración y coordinación.

v) Participación de la sociedad civil en el diseño del Programa CTC

De acuerdo las informaciones obtenidas por las personas entrevistadas, cada Centro Tecnológico Comunitario cuenta con un Comité de Gestión Comunitario para su funcionamiento, en el cual participan organizaciones de base comunitaria.

En el Plan de Acción de la Alianza Contra la Pobreza, entre las diferentes acciones que estarían implementando las organizaciones aliadas, se encuentran actividades dirigidas a la identificación de necesidades de nuevos CTC, el apoyo a la creación, promoción y al funcionamiento de los centros; destaca el seguimiento a la incorporación de la perspectiva de género en el funcionamiento de los centros.

vi) Participación de los beneficiarios en el desarrollo y evaluación del programa

En cada CTC hay un buzón de sugerencias, que es atendido de manera periódica por el área de gestión de calidad del departamento de recursos humanos. En adición, al final de cada curso o programa de capacitación se implementa un formulario de evaluación que es llenado por todos los participantes.

2) Población beneficiaria y manejo de las brechas de género

Si por un lado los CTC, a través de sus espacios y equipos, están abiertos a la población en general, por otro lado los cursos que ofrecen se dirigen prioritariamente a la población más vulnerable, no solo por su condición de pobreza, sino también por su situación de exclusión social y no participación en el mercado laboral.

Los beneficiarios de los CTC en el primer trimestre del 2014 fueron 74,333 personas de las cuales 5,845 han egresado de los cursos de capacitación; no se cuenta con datos desagregados por sexo ni por jefatura del hogar de pertenencia.

Los Centros Tecnológicos Comunitarios ofrecen una amplia gama de programas y proyectos que se dirigen a diferentes grupos vulnerables, con una atención especial para niños, adolescentes, jóvenes, mujeres y personas con discapacidad.

El CTC cuenta con dos programas de capacitación dirigidos expresamente al desarrollo del capital humano femenino, en aras de promover sus posibilidades de acceso al mundo laboral en áreas no tradicionales:

- El Programa Mujeres en la Red: que apunta a avanzar en la equidad de género en el conocimiento, promoviendo el acceso de jóvenes mujeres dominicanas de escasos recursos a oportunidades de capacitación en áreas especializadas de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC). El curso está compuesto por cuatro módulos de 72 horas cada uno, sobre los temas Redes de Telecomunicaciones, Programación y Multimedia, con miras a lograr de esta forma un avance equitativo en la nueva economía del conocimiento.
- El Programa TecnoChicas: que, a través de capacitación en tecnología a jóvenes que cursan el nivel medio o bachillerato (en edades comprendidas entre los 12 y 20 años), apunta a cerrar la brecha digital en el país, promoviendo entre las jóvenes el interés de incursionar en carreras informáticas o afines (por ahora el programa está funcionando en un área geográfica muy restringida, solo en Villa Mella, pero hay planes a corto plazo de ampliarlo a cinco CTC adicionales).

Cabe destacar también los siguientes programas, dirigidos a otros grupos vulnerables:

- Los Centros de Aprendizaje para el Progreso (CAP) son aulas temporales (algunas se instalan en un espacio fijo, otras en furgones móviles) que sirven para la capacitación de jóvenes (de 12 años en adelante) de comunidades urbanas marginales donde no hay CTC para prepararles a su inserción en el mercado laboral.
- Programa de alfabetización literal y digital Prepárate Para Competir (PPC), dirigido a jóvenes y adultos que se encuentran rezagados en su educación formal, permitiéndoles alfabetizarse. Las personas que se benefician del programa PPC pueden continuar y concluir su educación básica y media, para con ello mejorar sus condiciones de vida.
- El Programa de Oportunidades para el Empleo a través de la Tecnología en las Américas (POETA) se dirige a personas con alguna discapacidad, para mejorar a través de la formación en TIC su nivel educativo y sus posibilidades de insertarse en el mercado laboral.

No se contemplan programas especializados para personas adultas mayores.

i) Condicionalidad

No se contemplan condiciones.

3) Componentes del programa en relación al PPS y distribución en función del sexo

Programas de capacitación profesional

Hasta ahora el número de las personas que han participado en las capacitaciones es todavía limitado. Desde que se iniciaron estos programas se cuentan 2,500 niñas entre los 12 y 20 años que han participado en el programa TecnoChicas del CTC de Villa Mella; y solo 325 jóvenes mujeres que han participado en el Programa Mujeres en Red sobre programación, multimedia y redes de telecomunicaciones en los tres CTC que lo imparten.

No fue posible obtener datos relativos a los demás programas.

Estímulo a la oferta de servicios

El programa, para la oferta de sus servicios, cuenta con 94 instalaciones modernas con diferentes espacios: una biblioteca, una sala de capacitación, una sala internet, un salón de conferencia, una radio emisora y la mayoría cuentan con un Espacio de Esperanza.

De los 94 CTC la mayoría (67%) cuenta con internet a través de ADSL y banda ancha 3G, mientras los restantes 31 centros (el 33%), ubicados en las zonas más marginales, tienen conexión a internet solo a través de satélites. Asimismo 68 CTC (aproximadamente el 72%) cuentan con un Espacio de Esperanza (EPES) para la estimulación temprana de niños entre los 3 y 5 años de edad, con horario fijo que coincide con el año escolar y con personal del MINERD (el cual se ocupa de su formación y actualización continua).

En términos de recursos humanos no se cuenta con datos desagregados por sexo, pero resulta importante presentar su perfil:

- Las personas que prestan sus servicios en la facilitación de los cursos de los Centros Tecnológicos Comunitarios se definen como «voluntarios incentivados»: se trata de personas (en su mayor parte de la comunidad) preparadas en áreas como pedagogía, ingeniería en sistema, informática, psicología o administración de empresas que prestan servicio «semivoluntario», recibiendo un incentivo económico mensual a cambio de la labor comunitaria desarrollada.
- Las personas que trabajan en los 68 Espacios de Esperanza, por otro lado, son profesores del Ministerio de Educación.

7.3 Programa de Protección al Envejeciente en Extrema Pobreza (ficha 6)

El Programa de Protección al Envejeciente en Extrema Pobreza (PROVEE) ha sido creado como programa transitorio de amparo a envejecientes, en espera de la puesta en función del sistema de Pensiones Solidarias establecidas por la Ley 87-01 para atender a las necesidades alimentarias y médicas de la población adulta mayor en condición de pobreza extrema.

El programa PROVEE se inició en el 2006 cuando se acordó con la Presidencia que se incluyera dentro de la tarjeta Solidaridad una carpeta para el programa dirigido a responder a las necesidades de las personas adultas mayores.

Antes existía el Programa Nonagenaria que se gestionaba desde la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (en el presente Ministerio de Salud Pública); tal programa fue cerrado porque no funcionaba adecuadamente (según uno de los informantes claves cuando se auditó el programa resultó que solo recibían la ayuda el 20% de las personas registradas como beneficiarias).

El programa PROVEE tuvo en sus orígenes dos componentes (ODH 2010):

- Una transferencia monetaria de RD$ 300 dirigida a garantizar una alimentación adecuada a las personas mayores de 65 años pertenecientes a hogares considerados en condición de pobreza extrema o moderada y que ya recibían la transferencia Comer Es Primero.
- Una ayuda mensual de RD$ 300 para la compra de medicamentos en las farmacias PROMESE, con el objetivo de contribuir a cubrir los gastos de la familia destinados a la compra de las medicinas de las personas adultas mayores en situación de pobreza y contribuir así a garantizarles un buen nivel de salud. Este componente se suspendió en agosto de 2008 al considerar que el costo de medicamentos para las personas adultas mayores en situación de indigencia debería estar cubierto por el régimen subsidiado de la Seguridad Social.

Actualmente el PROVEE funciona solo con el componente dirigido a garantizar una alimentación adecuada a las personas adultas mayores, el cual será aquí objeto de análisis.

1) El Programa PROVEE y su relación con la Iniciativa del Piso de Protección Social

i) Coherencia entre los objetivos del Programa PROVEE y la finalidad del piso de protección social

El objetivo del Programa de Protección al Envejeciente en Extrema Pobreza (PROVEE) es brindar apoyo a uno de los grupos vulnerables priorizados por la Iniciativa del Piso de Protección Social: las personas adultas mayores en condición de pobreza extrema y moderada.

El programa contempla una transferencia monetaria dirigida a las personas adultas mayores, pertenecientes a hogares identificados por el SIUBEN por estar en el ICV1 o ICV2, para garantizarles una alimentación adecuada.

La pertinencia de esta ayuda monetaria respecto a la Iniciativa del Piso de Protección Social se destaca al analizar la distribución de las personas de 65 años y más por índice de calidad de vida.

TABLA 7.24 DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS POR ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA

ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA	CANTIDAD DE PERSONAS	%
ICV 1	52,763	14.3
ICV 2	174,369	47.2
ICV 3	130,251	35.2
ICV 4	12,174	3.3
Total	369,557	100

Fuente: ESH 2012 (SIUBEN 2012).

De este cuadro se observa que el 14.3% de la población adulta mayor, equivalente a 52,763 individuos, de las áreas de pobreza registra un ICV 1; mientras que el 47.2% está dentro de la categoría ICV 2. Estos datos resaltan que el 61.5% de toda la población de interés se encuentra dentro de las categorías más carentes. Cabe resaltar que del total examinado a nivel nacional a través del Estudio Socioeconómico de Hogar del SIUBEN (2012), la población de 65 y más representa el 8.6% de las personas categorizadas con un ICV 1 y el 7.2% de aquellas con un ICV 2.

Al otorgar esta ayuda a esta población no cubierta por el régimen contributivo de seguridad social [130], se contribuye a ampliar horizontalmente la cobertura de un piso de protección social a un mayor número de personas de este rango de edad, que son muy vulnerables y que, al mismo tiempo, están desprotegidas.

El monto de la transferencia monetaria PROVEE está hoy fijado en RD$ 400 mensuales, lo que corresponde a solo el 3.84% de la canasta básica del quintil más pobre del país, que para 2010 se fijó en RD$ 10,407.56 para una familia promedio de cinco personas. No obstante el programa PROVEE haga referencia a una pobreza multidimensional, resulta importante comparar este monto con las líneas de pobreza monetaria fijadas para el país: el monto percibido por las personas adultas mayores con la transferencia monetaria PROVEE corresponde al 4.1% de la línea de pobreza monetaria y al 8.1% de la línea de pobreza monetaria extrema.

Sin embargo, es importante resaltar que la transferencia monetaria PROVEE se suma a la transferencia condicionada Comer Es Primero, que todos los hogares de las personas adultas mayores beneficiadas por el PROVEE perciben, y a otras eventuales transferencias y subsidios que el hogar reciba.

ii) Coherencia entre los criterios de focalización y el objetivo de la universalidad

El programa tiene alcance nacional y beneficia a los hogares más empobrecidos de todas las regiones y provincias del país en los cuales, por lo menos, se encuentra una persona de 65 años o más, que no tenga un trabajo formal o que no perciba una pensión.

[130] Entre los criterios de elegibilidad se contempla la no participación en el mercado formal y la no percepción de pensiones (hasta ahora están vigentes solo las contributivas).

Los hogares se identifican por parte del SIUBEN (metodología que se tuvo la ocasión de profundizar en el análisis del programa PROSOLI y en la introducción del capítulo 5) en base a un proceso de focalización en dos etapas: una geográfica, a través de los datos censales sistematizados en el mapa de pobreza; una individualizada del hogar, que clasifica los hogares en base a su situación socioeconómica a través de un estudio sociodemográfico realizado por el Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN).

Es importante recordar que, en sus orígenes, el programa PROVEE tenía explícitamente el objetivo de universalizar la protección social, cubriendo de modo transitorio a las personas en espera de ser incluidas en el sistema de pensiones solidarias con un monto destinado a garantizarle una alimentación adecuada y otro monto destinado a la salud (compra de medicamentos[131]).

Después de casi 10 años de existencia del PROVEE y más de 13 años de la promulgación de la Ley 87-01, el sistema previsional subsidiado todavía no se encuentra funcionando. En principio el programa, a través de la focalización, se dirige a hogares donde las personas adultas mayores están descubiertas del sistema de seguridad social, con la idea de garantizarles un piso de protección social y acercarse a la universalidad de este derecho.

Según una de las personas informantes claves del Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE), la universalidad del derecho a la protección social de las personas adultas mayores (reconocida en la Ley 87-01 y en la Ley 352-98 sobre Protección a la Persona Envejeciente) se ve afectada cuando, en vez de considerar la transferencia como un derecho de la persona adulta mayor, se hace una focalización basada en las características socioeconómicas del hogar de pertenencia.

Desde el 2006, cuando se puso en función el programa PROVEE, se ha incrementado gradualmente el número de personas adultas mayores alcanzadas (incremento a nivel horizontal). En el 2010 se encontraban cubiertas por el programa PROVEE 50,000 personas (de las cuales el 68% eran mujeres y el 32% hombres); en la actualidad las personas a las cuales se destina esta transferencia monetaria son 98,192 (67% de sexo femenino, 33% de sexo masculino).

Las personas alcanzadas con el programa PROVEE (98,192) corresponden al 43.23% del universo de personas elegibles, compuesto por la población adulta mayor perteneciente al ICV1 (52,763) y al ICV2 (174,369) que suman 227,123 personas. De acuerdo a este dato, la brecha de cobertura resulta ser de alrededor del 56% de las personas elegibles. Sin embargo, este porcentaje podría ser mayor: según el CONAPE, el universo de personas adultas mayores elegibles que calcula el SIUBEN es un subregistro de las personas que tienen derecho a esta ayuda.

El Departamento de Diagnóstico y Monitoreo del CONAPE, cuyo objetivo es la coordinación, dirección y supervisión de los levantamientos de información socioeconómica de la población envejeciente, ya tiene identificadas y diagnosticadas muchas personas adultas mayores que el CONAPE considera califican para el programa PROVEE[132]. Este departamento envía periódica-

[131] Este último componente fue eliminado en el 2008 por considerarse que estas personas cuentan con cobertura de salud por parte del régimen subsidiado.

[132] El CONAPE, al recibir una solicitud por parte de una persona de 65 años y más o una indicación por parte de organizaciones de base sobre la existencia de personas adultas mayores que necesitan de apoyo, se ocupa de visitar el hogar del solicitante y recoger informaciones socioeconómicas utilizando una ficha elaborada con el apoyo de la Oficina Nacional de Estadística, titulada «Formulario de Diagnóstico y de Inclusión». Desde el CONAPE se critica que el SIUBEN no toma como válidas las informaciones recibidas por el CONAPE y exige realizar otra recolección de datos para su validación.

mente al SIUBEN datos actualizados sobre casos de personas descubiertas para que se tomen en consideración y sean debidamente validados e incluidos.

iii) Financiación del programa PROVEE

El programa PROVEE se financia por completo con fondos públicos otorgados por el Ministerio de Hacienda al CONAPE.

El monto total destinado a las personas adultas mayores que se benefician del PROVEE se ha mantenido casi sin variación entre el 2013 y el 2014, situándose en cerca de RD$ 400,000,000 anuales. Este monto llega directamente a las manos de las personas con jefatura de hogar en cuyas familias se encuentran las personas adultas mayores, a través del medio de pago que es la «tarjeta solidaridad». No será posible alcanzar la universalidad de la transferencia para todas las personas adultas mayores elegibles si no se aumenta este monto, que alcanza exactamente para las 98,192 personas beneficiadas al presente.

iv) Instituciones que desarrollan el programa

La dirección y coordinación del programa PROVEE compete al Consejo Nacional de Personas Envejecientes (CONAPE), que coordina a estos fines con la ADESS (a cargo de la gestión del presupuesto y del manejo y tramite de las nóminas) y el SIUBEN (que gestiona el registro de beneficiarios y valida el ingreso de las personas propuestas por CONAPE).

El CONAPE es el organismo oficial en materia de definición y ejecución de políticas nacionales sobre la población Envejeciente (Presidencia de la República 2012).

En su estructura interna el CONAPE tiene un mecanismo de coordinación específico para la ejecución del programa: el departamento de diagnóstico recibe los casos (hay una actualización continua de los casos en consideración de las personas adultas mayores que fallecen y que son remplazadas en un corto plazo) y los envía al departamento de asistencia social desde el cual llegan al departamento de tecnología, el mismo que los trabaja y luego envía las nóminas a la Administradora de Subsidios Sociales (ADESS).

v) Participación de la sociedad civil en el desarrollo y evaluación del programa

Las organizaciones de la sociedad civil que trabajan con personas adultas mayores colaboran en la identificación de las personas en estado de necesidad presentando los casos al CONAPE para su consideración. Más allá de esto, la sociedad civil no tiene una participación directa en la ejecución del programa.

Dentro de las 72 organizaciones de la sociedad civil que colaboran con el CONAPE no destaca la presencia de organizaciones que representen las necesidades específicas de las mujeres.

2) Población beneficiaria

i) Criterios de elegibilidad

El programa PROVEE está dirigido a uno de los perfiles identificados en la Iniciativa del Piso de Protección Social: las personas adultas mayores, específicamente las personas adultas mayores que integran hogares en extrema o moderada pobreza (según el SIUBEN), no están trabajando en el mercado formal y no reciben pensión.

De todas formas, los criterios de focalización no identifican las personas, sino los hogares de pertenencia: podrán percibir esta transferencia monetaria solo personas adultas mayores que integran un hogar priorizado por el SIUBEN en el caso de cumplir con los demás criterios de elegibilidad[133].

Estos criterios de focalización y de elegibilidad no toman en cuenta las relaciones de poder entre las personas que componen el hogar: las relaciones de género, las relaciones entre diferentes grupos de edad, las relaciones de dependencia y el acceso diferenciado a los recursos.

Los únicos criterios de elegibilidad que se diferencian de los criterios estándares validos por el PROSOLI se relacionan con la edad de las personas (tienen que ser personas de 65 años o más, límite que se baja a 60 años si la persona tiene algún tipo de discapacidad), el que no sean parte del mercado laboral y que no perciban una pensión. Estos dos últimos criterios son coherentes con la lógica de querer priorizar a personas descubiertas por el régimen contributivo y personas no empleadas.

En el presente un total de 98,192 personas adultas mayores, de las cuales el 67% mujeres y el 33% hombres, están recibiendo la transferencia del PROVEE.

TABLA 7.25 PERSONAS ADULTAS MAYORES QUE PERCIBEN LA TRANSFERENCIA MONETARIA PROVEE

TOTAL	MUJERES ADULTAS MAYORES	HOMBRES ADULTOS MAYORES
98,192	65,423	32,769
100%	67%	33%

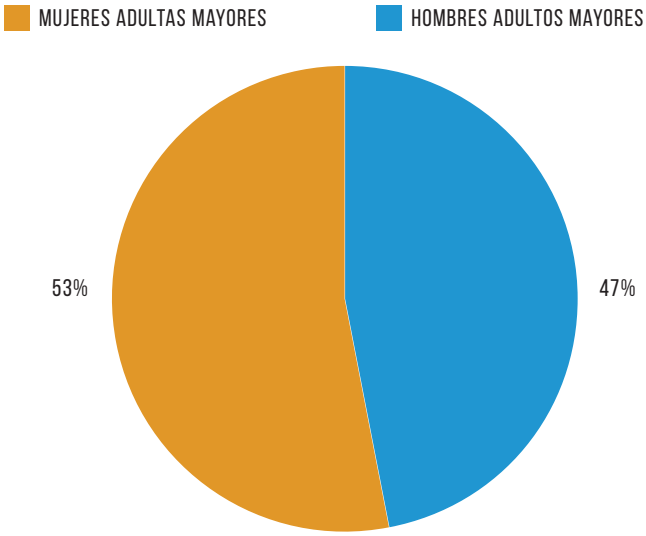
Fuente: Elaboración propia a partir de la información recibida por el CONAPE.

La presencia entre las población beneficiaria de un número mayor de mujeres que de hombres no depende de una discriminación positiva hacia las mujeres adultas mayores en la selección de las personas a beneficiar, sino que está en línea con las estadísticas poblacionales (ONE 2013) analizadas en el perfil país que reportan una proporción mayor de mujeres en los grupos de 65 y 80 años y más; estas estadísticas se confirmaron como válidas para las áreas pobres de prioridad I y II por el Estudio Socioeconómico de Hogar (ESH) realizado por el SIUBEN (2012).

[133] Hay que resaltar que la cantidad de hogares que perciben esta transferencia se ve limitada por el presupuesto disponible para el programa.

El Estudio Socioeconómico de Hogares registra un total de 5,668,096 de personas en las áreas prioritarias I y II del Mapa de Pobreza, de las cuales el 5.5% tienen 65 años o más, lo que en términos absolutos equivale a 369,557. Al desagregar por sexo este segmento de la población, el gráfico 7.6 muestra que el 53.1% son mujeres, es decir 196,207, y el 46.9% restante o 173,350 son hombres, diferencia que indica que para la población en este tramo de edad, contabilizada por el ESH 2012, la mujer tiene una mayor representatividad con una diferencia de 6.2 puntos porcentuales.

GRÁFICO 7.6 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 65 AÑOS Y MÁS POR SEXO, SEGÚN EL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO DE HOGAR 2012



Fuente: Elaboración propia a partir de informaciones recibidas por el CONAPE.

El programa no contempla criterios de egreso, aparte la defunción de las personas beneficiarias que se remplazan en corto plazo con las personas adultas mayores en la lista de espera que tengan mayores niveles de necesidades insatisfechas (tomando en cuenta el ICV del SIUBEN).

ii) Condicionalidad

No obstante el Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales haya propuesto la condicionalidad en salud denominada Programa de Control de Persona Sana, que contemplaba una consulta de control por año, según informantes claves del CONAPE, su institución se opuso a esta propuesta al insistir que esta transferencia debe ser reconocida como un derecho de los adultos mayores y que por eso no se debe condicionar. Por lo tanto, actualmente el programa no contempla ninguna condicionalidad.

iii) Mecanismos de participación de la población beneficiaria en el diseño, desarrollo y evaluación del programa

Aunque no hay un mecanismo de participación de la población beneficiaria en el diseño, desarrollo y evaluación del programa, las opiniones de las personas beneficiarias son recogidas por los defensores de las personas adultas mayores que realizan visitas personalizadas cada 30-45 días. Durante estas visitas las personas que se benefician del programa pueden expresar inquietudes y dar recomendaciones, además de informar sobre problemáticas relativas a abusos por parte de familiares que no les permiten utilizar su transferencia monetaria de forma adecuada (el tema de las visitas domiciliaria se profundizará en el acápite sobre servicios de cuidado).

A cada adulto mayor se le suministra además una lista de números telefónicos de la institución y de la persona encargada de su defensoría, según área geográfica, para darle la oportunidad de comunicar inmediatamente cualquier emergencia o eventualidad.

Las coordinaciones provinciales y regionales del CONAPE que se ocupan de dar seguimiento al programa atienden, además, quejas y reclamos a nivel comunitario que refieren a la dirección ejecutiva de la institución.

3) Componentes del programa en relación al PPS y distribución en función del sexo

i) Estímulo a la demanda

Transferencias Monetarias

Como ya se tuvo ocasión de explicar, el programa PROVEE contempla una transferencia monetaria de RD$ 400 al mes para personas adultas mayores (mayores de 65 años o de 60 si tienen alguna discapacidad) pertenecientes a hogares en pobreza extrema y moderada, en los cuales la persona jefa del hogar u otros integrantes sean mayores de 65 años y no reciban ninguna otra pensión, ni se encuentren trabajando. La transferencia está destinada a la adquisición de alimentos básicos.

De las 98,192 personas beneficiadas a nivel nacional el 67% son mujeres y el restante 33% son hombres.

ii) Estímulo a la oferta

Visitas domiciliarias contempladas en el marco del programa PROVEE

El Programa PROVEE contempla visitas domiciliarias a las personas que reciben la ayuda con una frecuencia de 30-45 días por parte de las 16 personas encargadas de la defensoría de las personas adultas mayores distribuidas en 16 provincias diferentes y por parte del personal del departamento de monitoreo[134]. Durante las visitas estos trabajadores sociales averiguan las con-

[134] En el plan estratégico decenal vigente del CONAPE se contempla aumentar el número de defensores para cubrir todas las provincias a nivel nacional.

diciones de salud de las personas adultas mayores, investigan si han sido víctima de alguna forma de violencia y le brindan el apoyo necesario, asesorándole para garantizarles sus derechos.

Estas personas, con formación específica en la Ley No. 352-98 sobre Protección de la Persona Envejeciente, son en su mayoría mujeres. Esto no resulta sorprendente, tomando en consideración que se trata de un empleo que tiene connotaciones de trabajo de cuidado, rol que, aunque remunerado, se asigna tradicionalmente a las mujeres.

TABLA 7.26 DISTRIBUCIÓN POR SEXO DEL PERSONAL QUE SE OCUPA DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS A LAS PERSONAS QUE SE BENEFICIAN DEL PROGRAMA PROVEE (DEFENSORES DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES)

	TOTAL	MUJERES	HOMBRES
Personal desplazado afuera de la sede central	16	10	6
Personal empleado en el departamento de monitoreo en la sede central	6	5	1
Total	22	15	7
	100%	68%	32%

Fuente: Elaboración propia a partir de la información recibida por el CONAPE.

iii) Relación entre el estímulo a la oferta y la demanda

El programa PROVEE no contempla condiciones ni tampoco la inserción de las personas beneficiarias dentro de estancias de cuidado bajo la tutela del Ministerio de Salud Pública; sin embargo, resulta pertinente en este acápite considerar la oferta de servicios existentes para esta población.

Hogares de ancianos

Aunque el programa PROVEE no esté vinculado con las estancias de cuidado de personas adultas mayores, resulta importante analizar la cobertura de estos servicios.

Hogares de ancianos

El hogar de ancianos, como un «centro de atención para aquellos individuos que carezcan de recursos económicos y de familia o que, por situaciones especiales, no puedan permanecer con ella, por lo cual en esos lugares se les brinde atención integral las veinticuatro horas del día».

Por centro diurno, se entiende «aquella institución que brinda atención integral solamente durante el día».

Según datos de la Dirección General de Protección a la Vejez[135] del Ministerio de Salud Pública en el país se cuenta con 27 hogares de adultos mayores de larga estadía y 20 centros diurnos (cantidad que se está planificando aumentar hasta llegar a 38 hogares diurnos y 30 de larga estadía); a estos, según información del CONAPE, se suman 17 estancias privadas de larga estadía.

[135] Creada en el 1997.

TABLA 7.27 CENTROS PARA ANCIANOS POR TIPOLOGÍA (DIURNOS O DE LARGA ESTADÍA) DEL SECTOR PÚBLICO. SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVA EN TÉRMINOS DE CENTROS Y CAPACIDAD

TIPO DE CENTRO	ESTANCIAS PÚBLICAS ACTUALMENTE EXISTENTES	META A ALCANZAR EN TÉRMINOS DE ESTANCIAS PÚBLICAS TOTALES	CAPACIDAD PREVISTA DESPUÉS DE LA AMPLIACIÓN
Centro diurnos	20	38	1,900 (50 personas cada centro)
De larga estadía	27	30	1,373
Total	**47**	**68**	**3,273**

Fuente: Oficina de Acceso a la Información Pública del Ministerio de Salud Pública.

Aunque no se pueda estimar la necesidad de cuidado de las personas adultas mayores en base a datos censales, en consideración de que muchas personas en esta fase de su vida son autónomas, se reconoce que los hogares de larga estadía y los centros diurnos para las personas adultas mayores en la República Dominicana son numéricamente limitados, respecto a las necesidades potenciales.

Según la ley 352-98 (artículo 23), el CONAPE «tendrá competencia sobre instituciones públicas y privadas de atención al envejeciente que tengan reconocimiento legal». Según el art. 24 de la misma ley, el CONAPE se reconoce como la institución responsable de coordinar y asesorar a las organizaciones públicas y privadas y trazar las políticas, los planes, las estrategias, los programas para la atención de la población adulta mayor; entre sus atribuciones se contempla fiscalizar y supervisar las actividades de los centros de atención a los envejecientes. Sin embargo, las personas del CONAPE entrevistadas como informantes claves expresaron que los directivos de los asilos y hogares de día del sector público no reconocen la rectoría del CONAPE obstaculizándole la entrada a las estancias.

Según las personas informantes claves del CONAPE, no poder entrar en los centros les dificulta evaluar la eficiencia y calidad de los servicios ofertados[136]: el CONAPE considera que en muchos hogares se brindan servicios limitados a la comida, higiene y dormida, y no servicios de atención integral que deberían incluir actividades que estimulen a las personas adultas mayores y les permitan expresar sus potencialidades y ser productivas y participativas. Otra preocupación del CONAPE es que hayan algunos centros en los cuales se prioricen personas que pueden pagar por el servicio, restando cupos a personas en situación de indigencia que deberían ser priorizadas.

En otro orden, el CONAPE presentó al Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo una propuesta de proyecto que contempla la construcción de «tres (3) centros regionales modelos para la atención integral a adultos mayores. Estos centros se conciben, más que como centros de estadía y cuidado, como "centros de la sabiduría". Geográficamente se contemplarían un centro

[136] A estos centros se destinan RD$ 26,310,841.00 según el presupuesto nacional.

grande en Santo Domingo, uno en la región norte (en Santiago) y otro en el sur (en San Juan o Baní). En el largo plazo se quiere hacer uno por provincia»[137].

Servicios de Salud

Con relación a las condicionalidades, se dijo que hubo desde el principio un rechazo del CONAPE a aceptar que la transferencia tuviera una condicionalidad en salud. La razón principal es que se quería que se reconociera plenamente a la persona envejeciente beneficiaria de la transferencia, no como beneficiario susceptible de penalidad en caso de incumplimiento, sino como sujeto de derecho.

Este rechazo tiene bases también en el hecho que en la República Dominicana los centros de salud no cuentan con personal especializado en geriatría[138]; esta falta de formación específica del personal comporta el riesgo de que enfermedades específicas de la vejez sean confundidas por el personal médico con otras enfermedades. De reciente el CONAPE ha avalado una propuesta de pensum de una organización de la sociedad civil que ha firmado un convenio con la Universidad de la Tercera Edad (UTE) para la formación de profesionales en área de geriatría y gerontología. Este acuerdo podría ser trascendental para crear carreras técnicas y superiores para el cuido de personas adultas mayores.

En relación a las problemáticas específicas en salud de las mujeres adultas mayores, desde 2013 el CONAPE ha lanzado el programa de salud integral Siempre Mujer que tiene como propósito prevenir, diagnosticar y tratar de forma integral los cambios físicos y hormonales que se presentan en esta etapa de la vida de la mujer[139]. El programa se concentra en la capital y, según datos del CONAPE, alcanza a 50,000 adultas mayores (desde los 55 años) de escasos recursos económicos.

Paquetes básicos

En otro orden, el CONAPE se hace cargo de que el SENASA registre a todas las personas adultas mayores que están en sus archivos para que tengan la cobertura del Plan Básico de Salud. Aunque no se cuente con datos precisos, se toma como válida la estimación ofrecida por un informante clave del CONAPE al término de un levantamiento finalizado en marzo del 2014, que estimaba 100,000 adultos mayores descubiertos.

iv) Coordinación, interrelación o dependencia de otros programas

A nivel nacional hay una fuerte interrelación entre el programa PROVEE y el programa PROSOLI: la totalidad de los hogares que reciben la transferencia monetaria PROVEE reciben también la transferencia Comer Es Primero; muchos reciben además el subsidio Bono Gas, el Bono Luz, y

[137] Extracto de la entrevista a un informante clave.

[138] A nivel nacional existen solo trece geriatras, de los cuales únicamente cuatro aceptan seguro.

[139] Entre los estudios que se contemplan se enumeran: densitometría ósea, rayos X, laboratorio clínico y de hormonas, endocrinología, mamografía, fonografía, basiloscopia, patología de cuello, clínica de mamas, limpieza dental, cardiología. Después del proceso de evaluación, según informaciones del CONAPE, las mujeres son orientadas a centros especializados para dar seguimiento a los tratamientos recomendados.

las transferencias ILAE y BEEP. Gracias al SIUBEN y el ADESS, hay una buena coordinación entre los diferentes programas que permite, por un lado, evitar duplicaciones y, por otro, mejorar la cobertura.

El CONAPE además establece contactos con el SENASA para que se regularice la cobertura con el Seguro Familiar de Salud dentro del régimen subsidiado de todas las personas adultas mayores que se benefician del programa PROVEE (todavía no todas están cubiertas) en el marco del Programa para la Incorporación del Adulto Mayor a la Seguridad Social.

Otro programa con el cual se interactúa a nivel nacional es el programa Quisqueya Aprende Contigo (QAC). El CONAPE se ocupa de la alfabetización de las personas adultas mayores con un subcomponente denominado Alfabetizando al Adulto Mayor Calle por Calle; actualmente se están capacitando un total de 4,067 personas de las cuales más del 65% son mujeres.

TABLA 7.28 DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LAS PERSONAS QUE ESTÁN SIENDO ALFABETIZADAS POR EL CONAPE

TOTAL	CANTIDAD	PORCENTAJE
Mujeres adultas mayores	2,293	56.38%
Hombres adultos mayores	1,774	43.62%
Total	**4,067**	**100.00%**

Fuente: Elaboración propia a partir de informaciones recibidas por el CONAPE.

Este tipo de intervención constituye una inversión en el capital humano de las personas adultas mayores, saldando una deuda con este grupo poblacional que es el que cuenta con mayores tasas de analfabetismo en el país. El analfabetismo y el bajo nivel educativo de este grupo ha sido una de las causas que ha limitado su acceso al mercado laboral formal a lo largo de su vida, perjudicando su posibilidad de contar con mecanismos de protección social conexos.

A través de un convenio con el Ministerio de la Mujer, además, se está aprovechando de este espacio de alfabetización para orientar a las personas adultas mayores sobre la equidad de género. Vale señalar que todas las personas adultas mayores tienen acceso a asesoría legal especializada por parte del personal del CONAPE[140]. Frente a los datos alarmantes relativos a la violencia contra las mujeres en el país, fenómeno que afecta también a las mujeres adultas mayores[141], el CONAPE y el Ministerio de la Mujer han acordado en un convenio interinstitucional dar una res-

[140] Sin importar condición social.

[141] Un estudio realizado sobre una muestra de 600 personas mayores destaca que el fenómeno es muy común, e identifica como principales formas de violencia contra las personas adultas mayores: la violencia emocional o psicológica (experimentada por el 91% del total de encuestados: el 92% de mujeres y el 89% de hombres) en particular cometida por los hijos, y el 32% reporta haber vivido violencia física: específicamente el 29% de los hombres y el 35% de las mujeres. El intento de violación sexual aparece en el 14% de los casos, sobre todo entre las mujeres. El 24%, además, reportó haber sido víctima de negligencia por parte de los familiares, en este caso fueron hombres quienes señalaron con más frecuencia este tipo de abuso. El 5% de las personas adultas mayores encuestadas señalaron también que hijos o nietos quieren despojarlos de sus viviendas (violencia patrimonial).

puesta coordinada dirigida a prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia hacia las mujeres adultas mayores.

A nivel nacional el PROVEE coordina con el otro programa de ayuda a personas adultas mayores gestionado por el CONAPE, el programa Mano Amiga del Presidente (MAPRE).

7.4 El programa Mano Amiga del Presidente (ficha 7)

El programa Mano Amiga del Presidente (MAPRE) tiene como objetivo brindar asistencia específica a las personas adultas mayores que se encuentran en casos de necesidad.

El programa es coordinado y financiado por el mismo CONAPE que le destina anualmente alrededor del 25% de su presupuesto operativo anual (se estiman RD$ 15,000,000 por año).

El programa consiste en intervenciones puntuales dirigidas a responder a necesidades específicas y personalizadas de las personas adultas mayores en condiciones de indigencia.

La principal ayuda otorgada consiste en entregar una vez al mes raciones alimenticias a personas muy necesitadas; estas raciones se preparan según las recomendaciones de nutricionistas que consideran la problemática de salud y necesidades nutritivas típicas de las personas en edad avanzada. Así, se cuenta con tres tipos diferentes de raciones alimenticias identificadas por colores: ración alimenticia color azul para personas que pueden comer cualquier cosa; ración alimenticia color amarillo para personas sin dentadura, y ración alimenticia color rojo para personas con diabetes. Estas raciones cubren las necesidades alimentarias de la persona envejeciente solo por algunos días del mes, no el mes entero.

Otros tipos de ayuda son la compra esporádica de medicamentos no asequibles para la persona adulta mayor; donación de sillas de ruedas, bastones y equipo médico, y apoyo para realizar cirugías. Por último, hay operativos del CONAPE que se ocupan de hacer intervenciones de reparación a las viviendas de las personas adultas mayores en condiciones de indigencia, si es solicitada y si se verifica el estado de necesidad.

Según las personas entrevistadas, se estima que cada año el programa llega a alrededor de 5,500 personas adultas mayores, de las cuales el 65% mujeres.

No obstante la pertinencia del programa si se consideran las necesidades insatisfechas en salud de muchas personas adultas mayores en condiciones de pobreza, debido a su carácter de ayuda esporádica, individualizada y personalizada este no constituye un programa significativo en el marco de la Iniciativa del Piso de Protección Social y no será objeto de un análisis más profundo.

7.5 Programa de Incentivo a la Educación Superior, IES (ficha 8)

El Programa de Incentivo a la Educación Superior (IES) se está aplicando desde el año 2010 y consiste en otorgar una ayuda económica mensual a estudiantes universitarios de escasos recursos para apoyarles en el pago de la matrícula universitaria y en la compra de libros y útiles de estudios. Para el año 2014 la ayuda consistió en RD$ 500 mensuales.

1) Sobre el programa y su coherencia con la Iniciativa del Piso de Protección Social

i) Coherencia entre los objetivos del programa y la finalidad del piso de protección social

OBJETIVO GENERAL:

Apoyar económicamente a estudiantes de escasos recursos para que realicen sus estudios a nivel superior.

El programa tiene como finalidad dar apoyo económico a estudiantes universitarios provenientes de zonas con altos niveles de pobreza. Dado que el acceso a una formación superior abre oportunidades a tener un ingreso digno y, por lo tanto, puede actuar como herramienta para superar condiciones de pobreza, el objetivo de este programa se enmarca en la finalidad del piso de protección social de facilitar un acceso efectivo a bienes y servicios esenciales y promover una actividad económica productiva.

ii) Coherencia entre los criterios de focalización y el objetivo de la universalidad

La focalización es primordialmente de tipo territorial ya que se acepta dentro del programa solo a jóvenes provenientes de centros de educación media ubicados en las zonas de pobreza, de acuerdo al mapa de pobreza nacional, siempre que cumplan con el resto de los requisitos administrativos (llenar el formulario de solicitud y depositar en el MESCYT su cédula de identidad y electoral, certificado de bachillerato y hoja de inscripción en cualquiera de los centros universitarios de la UASD).

Si bien esta focalización prioriza a las personas provenientes de sectores vulnerables, puede estar excluyendo a estudiantes que vivan también en condiciones de pobreza, pero que habiten en sectores que no califican dentro de las zonas más pobres.

iii) Financiación y presupuesto del programa

El programa se financia por la Administradora de Subsidios Sociales (ADESS), cuyo presupuesto proviene del Presupuesto General de la Nación, a través de la Presidencia de la República. Para el año 2014, el monto total destinado a las transferencias del programa IES ha sido de RD$ 145,200,000.

iv) Instituciones que desarrollan el programa y mecanismos de coordinación

El Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (MESCYT) es la institución principal a cargo de la gestión del programa, en estrecha colaboración la ADESS y con la UASD. El MESCYT lleva una base de datos de información sobre los estudiantes que entran y salen de la UASD y le pasa esta base datos a la ADESS para que esta pueda depositar la transferencia a los estudiantes correspondientes. La ADESS, a su vez, en coordinación con la base de datos de la Junta Central Electoral, lleva registro y control de las personas que se retiran del programa por fallecimiento.

v) Participación de la sociedad civil y de las personas beneficiarias

Hasta el momento el programa no ha contemplado mecanismos de participación de los estudiantes en el diseño, ejecución o evaluación del programa. Tampoco participan organizaciones de la sociedad civil.

2) Sobre la población beneficiaria y las brechas de género

i) Criterios de focalización y elegibilidad

Todas las personas que cumplan con los requisitos mencionados (provenir de un centro de educación media ubicado en el mapa de pobreza nacional y estar registrado en un centro universitario de la UASD) y que realicen la debida solicitud al MESCYT son ingresados al programa. Una vez aprobado su ingreso, deben depositar en el MESCYT copia de cédula de identidad y electoral, certificado de bachillerato y hoja de inscripción universitaria.

ii) Condicionalidad

La única condición establecida es la de cursar la carrera según la programación del pensum, sin retirar ninguna materia. Aparte de esta, el criterio de egreso del programa es la terminación o retiro de los estudios.

iii) Distribución por sexo de las personas beneficiarias

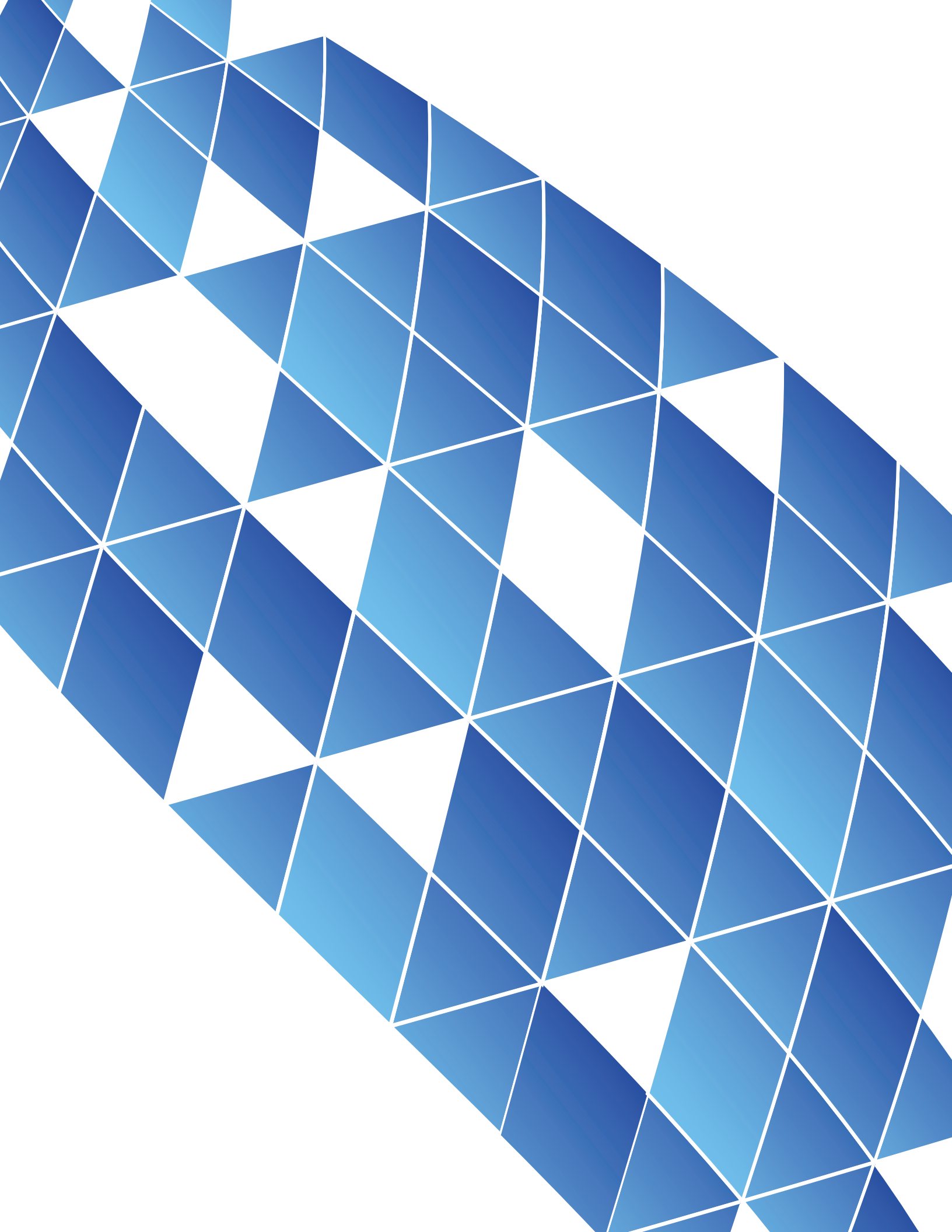
Para el año 2014 se encuentran recibiendo el IES un total de 26,759 estudiantes a nivel nacional. De estos, el 63% son mujeres (16,859) y el restante 37% son hombres (9,900). Esta prevalencia de mujeres no se debe a una política de discriminación positiva ni de enfoque de género, sino que más bien se corresponde con la prevalencia general de mujeres en los centros de educación superior, tendencia que viene acentuándose desde mediados de la década de 1990. De acuerdo a MMUJER (2012) en 2009 el 64.18% de las personas matriculadas en instituciones educación superior eran mujeres, lo que arroja un índice de feminidad, a nivel nacional, de 1.79.

3) Sobre los componentes del programa en relación a la población beneficiaria

i) Relación entre el estímulo a la oferta y la demanda

Vale destacar que el monto actual otorgado a través del IES (RD$ 500 mensuales) se puede considerar sumamente bajo, en especial para estudiantes que habitan en el Distrito Nacional y la región de Santo Domingo, donde el costo de vida es mayor.

También es importante señalar que la condición establecida por el programa (no retiro de ninguna materia) puede resultar difícil de cumplir, tanto por la dificultad que enfrentan los estudiantes de escasos recursos, que por lo general deben combinar sus estudios con trabajo para poder sobrevivir, como por la situación de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) caracterizada por irregularidades y deficiencias administrativas y académicas que obstaculizan la continuidad de las carreras del estudiantado.



CAPÍTULO 8

Programas de promoción social relacionados con el cuidado (fichas 9, 10 y 11)

8. PROGRAMAS DE PROMOCIÓN SOCIAL RELACIONADOS CON EL CUIDADO (FICHAS 9, 10 Y 11)

8.1 Programa de Atención Integral a la Primera Infancia del Consejo Nacional para la Infancia y la Adolescencia (ficha 9)

El Programa de Atención Integral a la Primera Infancia es ejecutado por el Consejo Nacional para la Infancia y a la Adolescencia (CONANI) a través de 52 Centros de Atención Integral a la Primera Infancia (CIANI) a nivel nacional.

1) Sobre el programa y su coherencia con la Iniciativa del Piso de Protección Social

i) Coherencia entre los objetivos del programa y la finalidad del piso de protección social

OBJETIVO GENERAL:

Ofrecer atención integral en los primeros años de vida a niños y niñas procedentes de familias de bajos recursos o en situación de vulnerabilidad social.

El programa tiene como objetivo ofrecer atención integral (en áreas de educación, salud-nutrición y atención psicológica) en los primeros años de vida a niños y niñas procedentes de familias de bajos recursos o en situación de vulnerabilidad social, por lo que se enmarca coherentemente dentro del enfoque de la Iniciativa del Piso de Protección Social.

ii) Coherencia entre los criterios de focalización y el objetivo de la universalidad

La focalización es de tipo individual y toma en cuenta la localización geográfica de los 52 Centros de Atención Integral a la Infancia (CIANI) existentes a nivel nacional.

Los niños que se priorizan para percibir los beneficios de los CIANI proceden de familias de bajos recursos.

Según las estimaciones de la Oficina Nacional de Estadística (ONE 2012), en el 2014 en el país hay 1,051,538 de población infantil en el tramo de edad de 0 a 4 años y 11 meses. Los CIANI acogen a 7,851 de ese colectivo, es decir, al 0.75% de la población en primera infancia.

TABLA 8.1 POBLACIÓN GENERAL DE NIÑOS Y NIÑAS, PROYECTADO POR LA ONE, 2014

GRUPO DE EDAD	NIÑOS	NIÑAS	TOTAL
< 1 año	107,109	102,291	209,400
1	106,843	102,626	209,469
2	107,331	102,918	210,249
3	107,467	103,275	210,742
4	107,816	103,907	211,723
Totales	536,566	515,017	1,051,583

Fuente: ONE 2014.

iii) Financiación y presupuesto del programa

Los CIANI se financian principalmente del presupuesto propio del CONANI, que provee un 99.3% de los fondos del programa equivalentes, para el año 2013, a RD$ 280,386,376. En adición, reciben una transferencia mensual de parte de la Tesorería de la Seguridad Social de RD$ 1,900 por cada niño inscrito en el régimen contributivo (cerca de 1,000 niños del total matriculado), correspondiente al restante 0.67% del presupuesto total. No reciben fondos de la cooperación internacional.

De acuerdo a las entrevistas realizadas, el presupuesto con que cuenta el programa, que para el año 2014 es de RD$ 280,386,376, se considera insuficiente para cubrir las necesidades de los CIANI. Si bien los servicios ofrecidos se consideran de alta calidad y estándar, la deficiencia presupuestaria se expresa en la baja cobertura lograda.

iv) Instituciones que desarrollan el programa y mecanismos de coordinación

La gerencia del programa de Atención Integral a la Primera Infancia está en las manos del Consejo Nacional para la Infancia y la Adolescencia (CONANI).

El CONANI es el órgano administrativo del Sistema Nacional de Protección de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia; es una institución descentralizada del Estado dominicano, creada en el año 1978 por decreto presidencial.

Para el desarrollo del programa, el CIANI coordina con otras instituciones que colaboran para la oferta de servicios de calidad y calidez, entre los cuales resalta por su importancia el Ministerio de Salud Pública y las Unidades de Atención Primaria en Salud (UNAP) para la oferta de servicios en salud.

Otros actores con los cuales el CONANI colabora son las universidades e instituciones públicas y privadas que trabajan en favor de la primera infancia.

v) Participación de la sociedad civil, de la comunidad y de las familias que se benefician de los CIANI

Los CIANI trabajan en cercana coordinación con diferentes actores y tienen diferentes mecanismos de participación de la sociedad civil.

A nivel local, los CIANI interactúan con las familias de niños atendidos y con el resto de la comunidad a través de las Escuelas de Padres, los Comités de Apoyo Local y las consultas abiertas semanales (Atención a la Comunidad) que ofrecen en las áreas de salud y psicología. Igualmente, se utilizan métodos participativos que involucran a la comunidad en la elaboración del Proyecto Educativo anual de cada CIANI. Las familias de los niños inscritos toman parte, además, en las encuestas de evaluación que el CONANI realiza con regularidad.

La percepción de las personas entrevistadas es que la mayoría de quienes participan en las Escuelas de Padres de los centros son madres a pesar de que, tomando en cuenta el entorno cultural, se considera significativa la presencia de padres (no se consiguieron estadísticas concretas).

Entre los demás actores con los cuales el CONANI interactúa a nivel territorial parece frecuente la realización de acuerdos de diverso tipo con organizaciones locales como iglesias, bomberos, Cruz Roja, clubes, etc.

A nivel nacional, el CONANI tiene acuerdos firmados con diversas instituciones como UNICEF, la Procuraduría General de la República y diferentes ONG.

2) Sobre la población beneficiaria y las brechas de género

i) Criterios de focalización y elegibilidad

La población infantil beneficiaria del programa se selecciona de acuerdo una serie de criterios que evalúan el nivel de vulnerabilidad y riesgo del niño. Estos criterios, cuyo cumplimiento se verifica por parte del personal de Trabajo Social del CONANI a través de una visita al hogar o una evaluación socioeconómica, son los siguientes:

TABLA 8.2 CRITERIOS PARA EVALUAR EL NIVEL DE VULNERABILIDAD Y RIESGO DE CANDIDATOS A ENTRAR EN CIANI

1. Situación económica precaria/ extrema pobreza	Se toman en cuenta hijos de padres y madres que se encuentren en una situación económica precaria, extrema pobreza, hacinamiento o riesgo de alguna índole.
2. Búsqueda de empleo	Se toman en cuenta a quienes no tengan una fuente de ingreso estable y que esta situación se verifique con una certeza razonable. El padre, madre o tutor deben presentar evidencias de que buscan trabajo. En su defecto se recomienda que el padre o madre cooperen con las labores del centro.
3. Padres, madres o tutores empleados y/o con trabajo independiente.	Se toman en cuenta los hijos de padres y madres que tengan empleo sin importar que pertenezcan o no al Régimen Contributivo de la Seguridad Social, y/o cuyo sueldo no sea mayor de la cantidad establecida por el Poder Ejecutivo como sueldo mínimo. La suma del ingreso familiar no debe superar los RD$ 15,000. En el caso de padres y madres con trabajo independiente, se debe verificar la información por medio de fuentes colaterales (se deberá evaluar además el pago de la vivienda y la cantidad de hijos).

TABLA 8.2 CRITERIOS PARA EVALUAR EL NIVEL DE VULNERABILIDAD Y RIESGO DE CANDIDATOS A ENTRAR EN CIANI (CONTINUACIÓN)

4. Característica de vulnerabilidad o situación de riesgo	Se toman en cuenta los niños provenientes de familias que presenten una o más características de riesgo o peligro en uno o más de los siguientes marcos: ámbito familiar, discapacidad física y necesidades educativas especiales u otras características de riesgo.
5. Padres, madres o tutores que estudien	Se toman en cuenta niños cuyas madres o padres estudien y en sus familias haya condiciones de vulnerabilidad para el desarrollo y educación de sus hijos. Deben presentar una copia de la inscripción al bachillerato o universidad al momento de la inscripción del niño.
6. Madres y padres adolescentes	Este criterio se tomará en cuenta siempre y cuando el padre y la madre estudien o presenten evidencia de que necesitan el servicio para poder continuar sus estudios. Deben presentar una copia de la inscripción en el bachillerato o universidad al momento de la inscripción del niño.
7. Niños que sean cuidados por personas mayores	Se tomará en cuenta la situación de niños que sean cuidados temporal o permanentemente por personas mayores (abuelos o familiares de edad) que no estén en capacidad de cuidarlos. Se debe presentar la guarda legal del abuelo o tutor del niño como personal responsable de su cuidado.
8. Se dará la prioridad a las madres solteras en condición de pobreza	Además de las madres solteras, se priorizarán personas que tengan algún problema que les deja incapacitadas; estén expuestas a la inseguridad de la alimentación por falta de recursos o ingresos; niños que hayan pasado por Hogares o que presenten situaciones de separación de sus familias.
9. Se tomaran en cuenta ciertas condiciones de la vivienda de la familia	Material del techo, paredes de la vivienda de zinc, cartón, madera, yagua, cana, palma o material de desecho; material del piso de tierra o madera; viviendas sin electricidad; alquiler de la vivienda menor de cierto monto mensual; y ubicación vulnerable de la vivienda.

Fuente: ONE 2014.

Se destaca la importancia de priorizar a las madres solteras. Asimismo, puede tener un efecto positivo para permitir la introducción en el mercado laboral de las mujeres la priorización de personas sin fuente de ingreso que demuestren que están buscando activamente trabajo.

Tomando en consideración la problemática relativa a la alta tasa de embarazos en adolescentes que caracteriza la República Dominicana (según ENHOGAR 2009 un promedio del 22.1% de las jóvenes entre los 14 y los 19 años está o ha estado alguna vez embarazada) resulta importante que se prioricen a las madres y padres adolescentes que expresen interés a continuar sus estudios, lo que les permitirá investir en su formación humana y prepararse para poder acceder al mundo laboral en el futuro, como un paso mínimo (aunque no suficiente) para romper el círculo vicioso de la transmisión intergeneracional de la pobreza.

ii) Condicionalidad

Una vez el niño ha sido seleccionado para ingresar al CIANI, no hay condicionalidad alguna, más que el compromiso de los padres y madres o tutores de garantizar su asistencia puntual al centro. La firma del acuerdo de participación previo al ingreso del niño no recae única ni necesariamente sobre las madres: aunque estas son mayoría, existe una gran participación de padres.

Es importante señalar, además, que no se penaliza el incumplimiento del compromiso. En este caso, el departamento de Trabajo Social se encarga de trabajar con la educación y sensibilización de las familias, realizando visitas a los hogares en casos necesarios.

iii) Distribución por sexo de las personas beneficiarias

Para el año 2014 se encontraban registrados en los CIANI un total de 7,851 niños de los cuales 3,864 son mujeres (el 49% del total) y 3,987 son varones (51% del total).

El programa no tiene registro sistematizado de la cantidad de hogares de jefatura femenina y masculina de los cuales proviene esta población infantil.

Además de los servicios ofrecidos a la población infantil, los CIANI ofrecen servicios de atención psicológica (terapia familiar y de aprendizaje) y de salud (consultas pediátricas) abiertas a la comunidad cada semana. En el año escolar 2014 (de octubre 2013 a mayo 2014) fueron atendidas 6,080 personas, de las cuales 2,703 fueron niñas y mujeres (44%) y 3,377 fueron niños y hombres (55%).

3) Sobre los componentes del programa y la población beneficiaria

i) Servicios esenciales ofertados por el programa

Los 52 CIANI presentes a nivel nacional ofertan servicios esenciales de cuatro tipos:

- Educación: servicio principal dirigido a los niños registrados; indirectamente se ofrece también a sus padres a través de la Escuela de Padres de cada centro. Según las personas entrevistadas, la promoción de la equidad de género es parte del contenido educativo trabajado con los niños, con miras a superar prejuicios sobre la división sexual del trabajo, sobre todo en lo que se refiere a trabajo doméstico.
- Nutrición: se ofrece alimentación balanceada a todos los niños de los centros, que cubre el 80% de sus necesidades alimentarias; en los casos en que se requiera, se entregan raciones extras para llevar al hogar. El Departamento de Salud y Nutrición se encarga de preparar los menús, adaptados por región y según necesidades individualizadas (para casos de desnutrición, intolerancias o alergias alimentarias).
- Salud: se ofrecen servicios de atención primaria, tanto a los niños registrados como a la comunidad en general, a través de consultas pediátricas abiertas un día a la semana. En caso de que los niños requieran atención médica, se les refiere al hospital correspondiente y se les da seguimiento.
- Psicología y trabajo social: también una vez a la semana se ofrecen servicios de terapia familiar y de aprendizaje abiertos a la comunidad. Se trabaja además con las familias de los niños, tanto en el proceso de inscripción como a través de los Comités de Padres y la Escuela de Padres.

La división sexual del trabajo se evidencia a nivel del personal contratado por los CIANI, que es en su mayoría femenino, lo que se relaciona con la asociación del cuidado infantil al rol reproductivo asignado tradicionalmente a las mujeres. De manera más específica, de los 1,403 empleados del programa, solo 193 son hombres (14%) y 1,2010 son mujeres (86%).

Las personas entrevistadas consideran que existe un fuerte componente de supervisión y acompañamiento hacia los CIANI, así como una constante capacitación del personal que labora en ellos. Otro factor destacado es la integralidad de los servicios, en particular la combinación de los servicios de educación con salud, nutrición, atención psicológica y trabajo con las familias y la comunidad. Este enfoque permite influir en el entorno psicológico y social de los niños, no solo en el espacio de los CIANI, sino también en el espacio familiar y comunitario a través de los departamentos de Psicología y Trabajo Social.

ii) Dispersión geográfica de la oferta de servicios

En cuanto a la distribución geográfica de los CIANI, se observa que de los 52 que existen a nivel nacional, 20 están ubicados en la región Ozama, que comprende a la provincia de Santo Domingo y el Distrito Nacional. Llama la atención que esta región es la que tiene menor porcentaje de pobreza en la población infantil y adolescente (47.5%), de acuerdo a UNICEF (2013), aunque tiene una de las mayores concentraciones de población. El resto de los CIANI están distribuidos de la siguiente manera: cinco en la Región Cibao Norte; cinco en el Cibao Sur; cuatro en el Cibao Nordeste; dos en el Cibao Noroeste; cuatro en Valdesia; uno en El Valle (la región con mayor incidencia de pobreza en la población infantil y adolescente, para un 80.8%); cinco en Enriquillo; cinco en Yuma; y uno en la región del Higuamo. Esta distribución parece priorizar los tamaños poblacionales de las regiones, más que sus niveles de pobreza.

8.2 Plan Quisqueya Empieza Contigo de la Dirección General de Programas Especiales de la Presidencia (ficha 10)

El Plan Quisqueya Empieza Contigo es el nuevo Plan Nacional de Protección y Atención Integral a la Primera Infancia de la República Dominicana, aprobado mediante el Decreto 102-2013 de abril de 2013. Este plan conjuntamente con el Plan Quisqueya Aprende Contigo (alfabetización) y Quisqueya Somos Todos (desarrollo local) conforman la estrategia de superación de la pobreza lanzada en el Programa de Gobierno 2012-2016 con el objetivo de reducir la vulnerabilidad social en los segmentos poblacionales y en los momentos del ciclo de vida que requieren atención especializada y focalizada, para reducir la reproducción intergeneracional de la pobreza y la exclusión social (Quisqueya Empieza Contigo 2013).

El plan contempla diferentes componentes para la puesta en función de un nuevo subsistema nacional de Protección y Atención a la Primera Infancia[142], dirigido a incrementar en forma significativa los niveles de cobertura, calidad, integralidad y sostenibilidad en las políticas, programas y servicios dirigidos a este sector poblacional.

[142] Vinculado con el Sistema de Protección establecido mediante la Ley 136-03 – Código para el Sistema de Protección y los Derechos Fundamentales de Niños, Niñas y Adolescentes.

El Plan tiene una planificación plurianual desde el 2012 hasta el 2016 y se encuentra actualmente en su segundo año de implementación de manera que, a diferencia de los demás programas que se consideran en este documento, el plan QEC y los demás componentes del Plan Quisqueya Sin Miseria se analizan en perspectiva, tomando en cuenta compromisos, resultados esperados y metas establecidas. Se considera importante analizar este programa por la potencialidad que tiene de cubrir algunas de las principales brechas que se están identificando a lo largo del presente estudio.

1) El Plan Quisqueya Empieza Contigo y su coherencia con la Iniciativa del Piso de Protección Social

i) Coherencia entre los objetivos de QEC y la finalidad del PPS

OBJETIVO GENERAL DEL PLAN QEC:

Establecer un sistema de protección y atención integral de la primera Infancia, en procura de ordenar, articular, integrar y regular la oferta de servicios existentes en el país, y ampliar la oferta en cobertura y calidad mediante un conjunto de estrategias de atención integral dirigidas a niños y niñas de 0 a 5 años de edad, sus familias y comunidades.

El Plan Quisqueya Empieza Contigo apunta a garantizar atención integral (en salud, educación y nutrición) a uno de los grupos vulnerables priorizados por la Iniciativa del Piso de Protección Social: la niñez. Como efecto indirecto, el plan permitirá una reducción de los gastos de bolsillo para las familias y aumentará las oportunidades de sus integrantes para insertarse en el mundo laboral, incidiendo en el ingreso familiar. Esto permite afirmar que el plan es coherente con la Iniciativa del Piso de Protección Social, con un enfoque integral y una perspectiva de género.

ii) Coherencia entre los criterios de focalización y el objetivo de la universalidad

El Programa Quisqueya Sin Miseria, dentro del cual se enmarca el Plan QEC, busca ser una estrategia de inclusión social por lo que utiliza un sistema de focalización territorial con enfoque de equidad. Los territorios y las comunidades identificados para implementar el programa se han seleccionados tomando en cuenta múltiples criterios de vulnerabilidad:

- Vulnerabilidad social: niveles de pobreza; analfabetismo adulto; deserción escolar; población infantil fuera de las aulas; personas con discapacidad; acceso a agua y servicios sanitarios; condiciones vivienda; y vulnerabilidad de la infancia.

- Vulnerabilidad económica: jefatura femenina; polos turísticos o agro-productivos; desempleo; y vulnerabilidad al cambio climático.
- Vulnerabilidad política: balance regional; niveles inseguridad ciudadana; y mapa de demandas sociales y conflictos.

En base a estos criterios de focalización se han priorizado a una cantidad de 70 territorios en donde habitan alrededor de 2,000,000 de personas, entre las más pobres del país.

En los territorios priorizados por el Plan QEC, que corresponden a los municipios y barrios que se consideran con mayores niveles de pobreza y vulnerabilidad, se estima que se concentra el 44.39% de la población total de 0 a 4 años y 11 meses de edad (229,187 niñas y 237,589 niños que en su conjunto suman 466,776 personas en la primera infancia).

TABLA 8.3 POBLACIÓN GENERAL DE NIÑOS Y NIÑAS, PROYECTADO DE LA ONE, 2014

	NIÑOS	NIÑAS	TOTAL
0-4	536,566	515,017	1,051,583
Datos desagregados por sexo y edades			
Menor de un año	107,109	102,291	209,400
1	106,843	102,626	209,469
2	107,331	102,918	210,249
3	107,467	103,275	210,742
4	107,816	103,907	211,723

Fuente: ONE (2012).

Según las proyecciones de la Oficina Nacional de Estadística (ONE 2012) en 2014 la República Dominicana tiene un total de 1,051,583 personas ente los 0 y 4 años y 11 meses.

Para 2016, las proyecciones oficiales estiman que en el país la población infantil de ese rango de edad será de 1,254,701.

El Plan QEC busca universalizar (para el año 2016) el acceso de los niños de 0 a 5 años de edad presentes en los territorios priorizados a los servicios de atención integral, involucrando a estos fines los principales garantes de derechos a nivel nacional (Ministerio de Educación, Ministerio de Salud Pública, Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia, entre otros).

Con este plan se realizará una extensión horizontal de la cobertura de los niños entre los 0 y 5 años, focalizándose en las áreas geográficas que concentran 2,000,000 de personas en condición de pobreza.



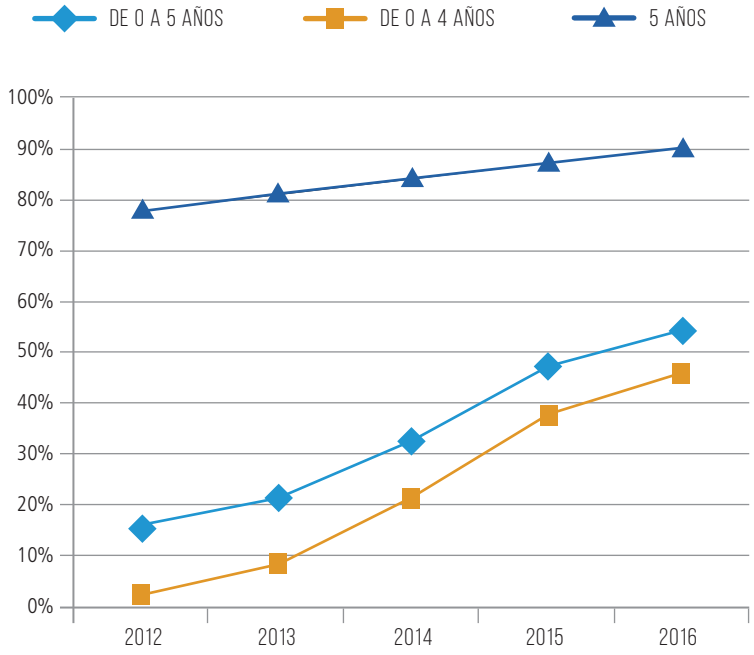
Si al finalizar el plan se alcanzan las metas fijadas, se pasaría de una cobertura de alrededor del 1.84% de la población de 0 a 4 años y 11 meses de edad con prestaciones públicas de servicios de atención integral[143], a un total del 46%, del cual una parte será institucionalizada y una parte externa.

Las Estancias Infantiles y los centros comunitarios de atención integral a la infancia y la familia del Plan QEC (que constituyen los componentes más significativos en términos de estímulo de la oferta de servicios en el marco del programa) tienen un enfoque sin fines de lucro dirigido a todos los niños presentes en el territorio focalizado, a diferencia de las Estancias Infantiles gestionadas por la Aseguradora de Estancias Infantiles Salud Segura (AEISS), destinadas a los hijos de las personas cubiertas por el régimen contributivo del Sistema Dominicano de Seguridad Social, que se rigen por una lógica mercantilista.

En otro orden, el Plan fomentará la cobertura educativa para niños de 5 años de edad, que según la Ley General de Educación 66-97 aplican para el grado preprimario, con la meta de pasar del 78% de cobertura alcanzado en el 2012 al 90% para el 2016.

[143] La población cubierta al 2012, incluyendo al sector privado que oferta el 84% de los cupos para estas edades, era 30%.

GRÁFICO 8.1 PORCENTAJE DE COBERTURA EDUCATIVA NACIONAL POR GRUPO DE EDAD, PERSPECTIVA 2012-2016



Fuente: Elaboración propia a partir de las metas anuales del Plan QEC.

iii) Financiación del Plan Quisqueya Empieza Contigo

El monto destinado al Plan QEC para el año 2013 fue de RD$ 6,179.05 millones, correspondiente al 2.64% del gastos social y al 0.25% del PIB del mismo año.

Según las entrevistas realizadas, la partida presupuestaria del INAIPI está contemplada dentro de los nuevos fondos que está recibiendo el MINERD por concepto del 4% del PIB, que para el año 2014 representaron RD$ 109,170 millones, de acuerdo al Presupuesto General del Estado.

iv) Instituciones que desarrollan el Plan Quisqueya Empieza Contigo

Debido a los diferentes componentes fundamentales para el desarrollo integral de los niños en la primera infancia (educación inicial, salud y nutrición, detección y atención temprana de necesidades educativas especiales y condición de discapacidad, protección de abuso y violencia, registro de nacimiento e identidad, participación de la familia y la comunidad, y restitución de derechos) que comprende el Plan QEC, este requiere para su implementación de la acción conjunta, coordinada y sinérgica de una multitud de instituciones pertenecientes a diferentes sectores. Como el

programa no está todavía funcionando en su totalidad, a continuación se enumeran las instituciones involucradas y los roles que tendrán que asumir (por el plan y por los convenios y acuerdos interinstitucionales estipulados o a estipularse). Todavía no se pueden hacer valoraciones sobre el funcionamiento y la calidad de la coordinación.

La responsabilidad del Programa QEC está en manos de dos instituciones: la Dirección General de Programas Especiales de la Presidencia (DIGEPEP) y el Instituto Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia (INAIPI).

La DIGEPEP es responsable de coordinar el Plan QEC en su conjunto (todos los componentes).

El INAIPI[144], institución independiente adscrita al Ministerio de Educación (MINERD), será la institución responsable de la prestación de los servicios (tipo estancias infantiles y centros comunitarios que se pondrán en función).

El programa contempla una colaboración interinstitucional e intersectorial. Entre las instituciones colaboradoras se enumeran:

- El Ministerio de Educación (MINERD), órgano competente conforme a la Ley 66-97 para atender directamente las necesidades de educación a toda la población de 5 años de edad. En el marco del Plan QEC, el MINERD tendrá las siguientes funciones: ejecutar la ampliación de la cobertura de preprimaria; gestionar la coordinación técnica para la implementación del currículo del nivel inicial y financiar con su presupuesto todas las intervenciones educativas del Plan QEC.
- El Ministerio de Salud Pública (MSP), que coordinará la oferta de atención primaria en salud a los niños de cero a cinco años y a sus familias.
- El Despacho de la Primera Dama (DPM), que coordinará la prestación de los servicios especializados para niños con discapacidad, a través de los Centros de Atención Integral para la Discapacidad (CAID).
- Con la Junta Central Electoral (JCE) se establecen acuerdos para garantizar la expedición de actas de nacimiento a la población indocumentada detectada en los territorios priorizados.
- Con el Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia (CONANI), institución a la cual compete la rectoría en materia de derechos de infancia y servicios y programas dirigidos a niños, niñas y adolescentes, se coordina la supervisión de servicios de atención integral, los procesos de restitución de derechos de estos grupos en territorios priorizados y los trabajos de las Juntas Locales de Protección y Restitución de Derechos. En la actualidad el CONANI se dedica a la provisión de servicios por lo que se contempla la migración gradual de la oferta de servicios desde el CONANI al INAIPI para que el Consejo se dedique exclusivamente al rol de rectoría y coordinación del Sistema de Protección Integral de la

[144] El Instituto Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia (INAIPI) ya ha sido creado por decreto, aunque falta todavía la nómina del equipo directivo y el reglamento de actuación, pero se contempla finalizar el proceso en un corto plazo

Primera Infancia que le atañe por mandato de la ley 136-03 y en conformidad con la Ley Orgánica de Administración Pública (247-12) que prevé la delimitación y separación de las funciones de rectoría, prestación de servicios y financiamiento.

El programa mantendrá una vinculación con otras instituciones que otorgan servicios de atención primaria y educación a la primera infancia, con la finalidad de coordinar y organizar los servicios en los territorios priorizados. Estas son:

- La Administradora de Estancias Infantiles Salud Segura (AEISS), que ofrece servicios de Estancias Infantiles para el régimen contributivo del Sistema Dominicano de Seguridad Social.
- El Programa Progresando con Solidaridad que en los Espacios de Esperanza ofrece servicios de estimulación temprana y educación para la primera infancia.

En otro orden, se contempla la coordinación con el sector no gubernamental. Las organizaciones sociales conocedoras de las realidades locales serán aliadas estratégicas para la gestión de servicios directos, sobre todo aquellos asociados al modelo de atención de base comunitaria y familiar.

v) Instituciones que desarrollan el Plan Quisqueya Empieza Contigo

La dirección del Plan QEC, en su conjunto, se lleva desde la Dirección General de Programas Especiales de la Presidencia (DIGEPEP). Los mecanismos contemplados para la coordinación del Plan son:

- La Mesa Presidencial, establecida por decreto y conformada por los y las titulares de 13 instituciones del Estado y la alta dirección de organizaciones de la sociedad civil. Es responsable de dar seguimiento a los avances del Plan.
- La Mesa Gubernamental, un espacio de coordinación interinstitucional con los principales organismos del Estado involucrados en el Plan (MINERD, AEISS, DPD, CONANI, MSP y PROSOLI) que se reunirá periódicamente para discutir temas de gran envergadura.

vi) Participación de la sociedad civil en el diseño del Plan QEC

Para el diseño de la estrategia del Plan la DIGEPEP ha desarrollado un proceso de encuentros y consultas con sectores de la sociedad civil, en especial, con las principales organizaciones sociales del país con experiencia en atención de la primera infancia como, por ejemplo, la Mesa Consultiva de Primera Infancia auspiciada por el CONANI y la Mesa N. 04 de la Iniciativa Dominicana por una Educación de Calidad (IDEC), auspiciada por el MINERD.

Estas organizaciones han participado en los diversos encuentros técnicos de discusión, aportando con opiniones y experiencias para la reformulación de algunas estrategias incluidas en el Plan QEC.

El Plan QEC se formula en base a estas experiencias y a las de otros países de la región latinoamericana, como la experiencia cubana del Centro de Referencia Latinoamericano para la Educación Preescolar (CELEP).

Vale destacar que la participación de OSC de mujeres o que abogan por la promoción de los derechos de las mujeres ha sido muy tímida, y que se han priorizado ONG con experiencia en pri-

mera infancia. Según las personas entrevistadas es un desafío para la planificación la integración más activa de estos grupos.

A pesar de ello, a través de los aportes de las diferentes organizaciones involucradas, se ha logrado introducir en el plan un enfoque de género. Partiendo del reconocimiento que, debido a la tradicional división sexual del trabajo, el rol de cuido de los niños en la primera infancia es asignado exclusivamente a las mujeres, el programa busca involucrar a los padres y, en general, a la población masculina de las comunidades en el rol de cuidado, capacitándolos junto con las mujeres en prácticas de crianza y cuidado o como animadores.

En otro orden, según las personas claves entrevistadas, todo el material didáctico y divulgativo que se está produciendo en el marco del Plan QEC se está redactando siguiendo el mandato de tener un lenguaje no sexista y de promover la igualdad de género.

vii) Participación de los beneficiarios en el desarrollo y evaluación del programa

El Plan contempla los siguientes mecanismos de participación de los beneficiarios en su desarrollo y evaluación. Estos mecanismos no existen todavía debido a que el plan está aún en una fase inicial, en la cual no ha empezado a otorgar los servicios de modo que a continuación se enumeran, pero sin poder abundar sobre su funcionamiento:

- Comités gestores (contraparte local de la comunidad para la gestión del programa y veeduría social y exigibilidad).
- Redes de servicios y grupos de familias.
- Talleres de formación y capacitación para las familias.
- Grupos de padres y madres de los centros.

A estos mecanismos se suma la posibilidad para las familias beneficiarias de aportar sus comentarios en ocasión de las visitas de monitoreo y evaluación cuando se aplicarán los instrumentos a través del sistema de monitoreo y evaluación del plan.

2) Población beneficiaria y manejo de las brechas de género

El programa se dirige a uno de los grupos vulnerables priorizados por la Iniciativa del Piso de Protección Social: el compuesto por niños, que indirectamente beneficia a toda la familia. Por el momento, todavía no llega a ninguno de sus beneficiarios.

En perspectiva el Plan QEC espera alcanzar de forma gradual para el año 2016 a la totalidad de infantes presentes en las áreas geográficas focalizadas, que suman 656,346 personas en su primera infancia, del cuales, según la ONE, el 49.1% son niñas y el restante 50.9% son niños.

La población a beneficiarse se puede dividir en dos grupos, tomando en cuenta la edad y la oferta educativa: niños en edad preescolar (de 0 a 4 años de edad) y niños que, por la Ley General de Educación 66-97, aplican para el grado preprimario en el sistema educativo formal de la República Dominicana (de 4 años y 11 meses a 5 años y 11 meses).

A continuación se presenta una tabla con la previsión de cobertura total de servicios de atención integral a la niñez. Hay que hacer la salvedad de que estas cifras fueron dadas por el departamento de planificación de la DIGEPEP y consideran datos cumulativos anuales (es decir, la cantidad de niños que serían beneficiados entre el 2013 y el 2016). Estas metas, sin embargo, difícilmente serán alcanzadas dentro de los tiempos establecidos, ya que la implementación del programa tiene un retraso respecto a la planificación inicial; no fue posible conseguir las cifras de la proyección actualizada.

TABLA 8.4 POBLACIÓN META POR GRUPOS DE EDAD

CATEGORIZACIÓN POR EDAD	NIÑOS	NIÑAS	TOTAL
De 0 a 4 años de edad (pre-escolar)*	237,589	229,187	466,776
De 5 años de edad (grado escolar pre-primario)	96,481	93,089	189,570
Total	**334,070**	**322,276**	**656,346**
	50.90%	**49.10%**	**100.00%**
*Personas con discapacidad en este grupo poblacional	14,003	15,404	29,407

Fuente: Elaboración propia a partir de informaciones recibidas por la DIGEPEP.

Esta población infantil pertenece a un total de 475,000 hogares que habitan en los territorios priorizados, de los cuales el 62.48% son de jefatura femenina y el 37.52% de jefatura masculina. La mayor presencia de mujeres jefas de hogar entre las personas que habitan los territorios focalizados se registró en base a criterios de vulnerabilidad multidimensional.

TABLA 8.5 HOGARES ELEGIBLES PARA EL PLAN QEC SEGÚN SEXO DE LA JEFATURA DE HOGAR

JEFATURA	CANTIDAD	%
Hogares con jefatura masculina	178,198	37.52 %
Hogares con jefatura femenina	296,802	62.48 %
Totales	**475,000**	**100.00%**

Fuente: Elaboración propia a partir de informaciones recibidas por la DIGEPEP.

Al ser un plan que busca la universalidad dentro la focalización, el programa beneficiará a todas las familias residentes en el territorio, sin priorizar a nadie bajo ninguna circunstancia.

Las características específicas de los niños y de sus familias se tomarán en cuenta a la hora de elegir si estos tendrán acceso a los Centros tipo Estancias Infantiles o a los Centros Comunitarios. Entre los criterios que se tomarán en cuenta están variables como la participación o exclusión del mercado laboral de las personas que integran la familia, así como situaciones de riesgos y vulnerabilidad[145]. Por ejemplo, se priorizará la entrada en estancias infantiles, en las que se brinda un cuidado institucional integral a tiempo completo, a los siguientes grupos:

- los niños cuya cuidadora sea la hermanita en edad escolar que se ha visto en la obligación de desertar la escuela para dedicarse al cuido[146]. De esta forma se permite la reinserción escolar de las niñas[147].
- Hijos de madres solteras.
- Niños pertenecientes a familias donde hay personas adictas a la droga, personas violentas, trabajadoras del sexo, etc.

i) Condicionalidad

El Plan QEC, basándose en un enfoque de derechos, no contempla ninguna condicionalidad. Sin embargo, a través de trabajadores sociales, se ocupará de promover la demanda de servicios integrales de los niños que participen en las estancias y centros, así como los chequeos médicos para las madres embarazadas.

ii) Beneficiarios

En el marco de los territorios priorizados por la estrategia Quisqueya Sin Miseria serán beneficiarios del Plan Quisqueya Empieza Contigo todas las familias con niños entre 0 y cuatro años y 11 meses.

Los niños en el tramo de edad de 4 años y 11 meses y 5 años y once meses harán parte de la cohorte que se integrará en el nivel preprimario del sistema educativo.

iii) Población que completa el programa

Saldrán del programa las familias cuyos niños alcancen la edad de 5 años y 11 meses, a menos que en la misma familia haya mujeres embarazadas.

[145] Los niños con necesidades especiales, por otro lado, se referirán a los Centro de Atención Integral para la Discapacidad o, si son del nivel preprimario, a los Centros de Recursos de Atención a la Diversidad (CAD) del MINERD; el MINERD, además de contar con educación inclusiva en las escuelas regulares, cuenta con centros de educación especial para estudiantes con discapacidad auditiva y visual, entre otros.

[146] Se habla al femenino porque, aunque puedan haber casos en que los hermanos asuman este rol, esto usualmente compete a las niñas.

[147] La asunción de los roles de cuidado y de trabajo doméstico constituyen, después del embarazo en adolescentes, la segunda causa de deserción escolar femenina entre adolescentes (Guzmán y Cruz 2009).

3) Componentes del programa en relación al Piso de protección de social y distribución por sexo

i) Programas de capacitación profesional

Un componente novedoso del Plan QEC es la formación y certificación de cuidadoras y cuidadores de niños en la primera infancia. Esta formación, que se llevará a cabo en colaboración con el INFOTEP, apunta a profesionalizar y certificar a un total de 47,500 personas, en una proporción de cuidadoras del 70% (33,250) y cuidadores del 30% (14,250).

Este componente busca la mejora de los servicios de cuidado ofertados en el ámbito privado (hogares) a niños menores de 5 años pertenecientes a familias de clase media y tiene como potenciales efectos secundarios la generación de empleos estables y la dignificación del trabajo de cuidado.

ii) Estímulo a la oferta de servicios

Por el lado de la oferta de servicios, se contemplan tres diferentes modalidades de intervención:

- El Programa de los Centros de Atención Integral a la Primera Infancia (modalidad tipo Estancias Infantiles, con horario extendido de 7.30 a.m. a 5.00 p.m.). En estos centros se ofrecen servicios integrales e institucionalizados en horario corrido para niños entre cuarenta y cinco días y cuatro años y once meses de edad en tanda corrida. Dentro de los Centros de Atención Integral a la Primera Infancia se ofrecen servicios de estimulación temprana y educación, psicología, trabajo social y salud integral. Con este programa se apunta a alcanzar, en el 2016, a un total de 106,776 niños.
- El Programa de Atención Integral a la Primera Infancia de Base Familiar y Comunitaria (PBFC), el cual cuenta con estrategias de trabajo dirigidas a capacitar a padres, madres y tutores en prácticas de crianza, así como con estrategias de atención directa a niños entre 0 y 4 años de edad. Este programa, que se desarrollará a través de la colaboración con organizaciones de base comunitaria con capacidades instaladas en los territorios, apunta a alcanzar para finales del 2016 un total de 360,000 niños con atención integral ambulatoria.
- Integración en el grado de preprimaria del sistema educativo dominicano de los niños en el tramo de edad entre los 4 años y 11 meses y los 5 años y 11 meses. Se estima que para el 2016 se insertarán en el nivel preprimario 189,570 niños. Para este fin el MINERD tiene en planificación la construcción de 1,056 aulas en el 2014, con la meta de llegar a 1,802 nuevas aulas para el 2016.

La información facilitada se puede encontrar de forma sistematizada en la tabla 8.5.

En términos de ampliación de la infraestructura, el plan contempla:

1) La aplicación de un nuevo modelo de integralidad de atención en un total de 364 estancias infantiles (para el año 2016):
   - 250 que se construirán y pondrán en función (hasta ahora se ha terminado la construcción de una estancia); cada estancia tendrá una capacidad promedio de 226 niños.

- 114 que ya existen (aunque en los documentos del plan QEC se hace referencia solo al CONANI, según los cálculos en esta cifra deben estar incluidas también las estancias gestionadas actualmente por la AEISS y otras instituciones).

2) La construcción, reparación o habilitación de 1,000 centros comunitarios de atención integral a la infancia y a la familia; en estos centros habrá:

   - un aula para niños de 3-4 años con los cuales se trabaja en la educación y estimulación temprana para un número limitado de horas (2-3 horas dos veces por semana);
   - un espacio para niños de 0 a 2 años de edad para que acudan con sus padres y madres y reciban capacitación en estimulación temprana en horarios preestablecidos.

TABLA 8.6 METAS DE INFRAESTRUCTURAS PREVISTAS, DISTRIBUIDAS SEGÚN LOS AÑOS DE IMPLEMENTACIÓN

TIPO INFRAESTRUCTURA	2013 (LÍNEA BASE)	2014	2015	2016	TOTALES
Centros Infantiles de Atención Integral (CIANI)	114 [148]				114
Centros de Atención Integral a la Primera Infancia (Estancias Infantiles nuevas)	100	67	57	26	250
Centros Comunitarios de Atención integral a la Infancia y a la Familia	100	300	400	200	1000

Fuente: QEC (2013).

En términos de personal, el Plan contempla para estos centros:

- Dentro de los Centros de Atención Integral a la Primera Infancia (Estancias Infantiles) operarán las siguientes figuras para brindar un servicio integral a la niñez: educadores, personal de salud, psicología y trabajo social.
- Dentro de los Centros Comunitarios de Atención integral a la Infancia y a la Familia se contemplan, como en las Estancias Infantiles, figuras de educadores, personal de salud, psicología y trabajo social, pero además se involucrará a la comunidad en trabajo voluntario para apoyar la situación de madres gestantes en riesgo y de niños menores de un año de edad en riesgo, con la estrategia denominada Padrinos y Madrinas Comunitarias. Según las personas claves entrevistadas, el plan fomentará que en este rol se involucren, además de las mujeres a las cuales culturalmente se les asigna el rol de cuidado, los hombres promoviendo así una nueva masculinidad. Se estima que este trabajo voluntario requerirá una entrega de un promedio de 8 horas semanales por persona.

[148] Según los cálculos de este estudio, esta cifra incluye a las Estancias Infantiles gestionadas por la AEISS.

- El Plan QEC contempla, además, 10 animadores en cada una de las 70 comunidades en las cuales operará para que realicen visitas domiciliarias. Las visitas domiciliarias servirán para monitorear a los padres y madres sobre sus prácticas de crianzas, detectar e identificar situaciones de vulneración o violación de los derechos de los niños y sus familias, averiguar la documentación de todas las personas que integran la familia de los menores de edad, confirmar que los niños y las mujeres embarazadas atiendan a las consultas de salud, entre otras cosas.
- En adición, el MINERD cuenta con una propuesta de profesionalización del personal de educación inicial a través de acuerdos con diferentes organismos, con la idea de integrar al postgrado de educación inicial a docentes que están realizando dicha labor en las aulas de inicial y que, a pesar de ser titulados en educación, no lo son todavía en la especialidad de inicial.

El programa espera contratar a un total de 31,500 personas como recursos humanos para prestar sus servicios como animadores comunitarios, así como en el Programa de Atención Integral a La Primera Infancia de Base Familiar y Comunitaria (PBFC) y en los centros tipo Estancias Infantiles. Estos recursos humanos, que se seleccionarán en base a sus competencias, participarán en un proceso de capacitación básica y en un proceso de formación continua con la finalidad de garantizar una oferta de servicios de calidad. Estas personas tendrán además un seguimiento continuo.

Las convocatorias para estos puestos de trabajo ya están abiertas y se están divulgando por diferentes medio de manera pública y transparente, sin contemplar criterios discriminatorios de ningún tipo, incluidos de género. Analizando las postulaciones en línea recibidas hasta la fecha de la entrevista por la DIGEPEP[149], para las plazas a cubrir en las redes de servicios de nueve territorios (San Cristóbal, Santiago, Boca Chica, Santo Domingo Norte, Santo Domingo Oeste, Distrito Nacional, Jimaní, San Juan y Azua), se observa que de un total de 293[150] postulantes, el 87% (255) son mujeres y el restante 13% (38) son hombres. Estos datos confirman que en la República Dominicana el rol de cuidado es culturalmente asignado a las mujeres.

ii) Estímulo a la oferta de servicios de salud y nutrición

En el marco del plan se contempla brindar apoyo institucional a los centros de salud con mayor cobertura de maternidad y atención pediátrica. Se estará reforzando la calidad de la oferta de una serie de servicios específicos, identificados por tener un mayor impacto en la calidad de vida de la niñez, así como en las madres. Para la identificación de estos servicios se han tomado en cuenta dos planes estratégicos plurianuales pertinentes con que cuenta el país: el Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materno-Infantil y el Plan de Prevención de Embarazos en Adolescentes. Entre los servicios prioritarios identificados se enumeran (QEC 2013, 9).

a. Atención preconcepción: promoción y consejería de educación sexual y reproductiva, prevención de embarazos en adolescentes.

[149] 6 de junio del 2014.

[150] En total, de todos los territorios en que se va a trabajar, ya se recibieron 3,000 postulaciones en línea, número destinado a aumentar.

b. Atención prenatal: detección temprana del embarazo, seguimiento de la evolución del embarazo, reducción de las complicaciones en el embarazo, promoción de la lactancia exclusiva y apego precoz.

c. Atención al parto y post parto: cobertura universal de la maternidad segura y reducción de la sepsis neonatal.

d. Atención al neonato (menores de 28 días): cobertura de atención institucional durante las primeras horas de vida, detección temprana de signos de peligro, aseguramiento de capacidades institucionales para la detección y manejo oportuno de complicaciones al nacer y vacunas para enfermedades prevenibles (según el plan ampliado de inmunizaciones).

e. Atención a menores de 5 años: asegurar cobertura universal de consulta de crecimiento y desarrollo, promoción de estilos de crianza saludable/positiva, buen trato y estimulación temprana y atención integral.

Desde el punto de vista nutritivo, el Plan QEC aseguraría el acceso a micronutrientes y promoción de la lactancia materna para los niños hasta los 6 meses de edad; en este ámbito será interesante ver como el Plan logrará implementar las estrategias que propone que, en caso de éxito, tendrían sin duda un efecto positivo en términos de alivio de la presión sobre la madre trabajadora: bancos de leche, madres canguro y facilidades para lactar en horarios laborables.

Con relación a los centros educativos y de salud privados, el Plan QEC contempla la aplicación de marcos regulatorios claros para que la oferta de servicios responda a estándares de calidad.

4) Potenciales efectos secundarios del Plan QEC sobre la oferta de fuerza de trabajo femenina.

Aunque el propósito principal del Plan QEC es el desarrollo integral de todos los niños pertenecientes a los territorios priorizados, se puede prever que producirá efectos no intencionales, pero positivos en términos de aumento de la población económicamente activa femenina[151].

Tomando en cuenta que en la cultura dominicana el rol de cuidado de los niños en edad preescolar es asignado tradicional y casi exclusivamente a las mujeres, se considera que la provisión institucional del cuidado de 7:30 a.m. a 5 p.m. otorga tiempo libre a las mujeres para dedicarlo, entre otras cosas, a la búsqueda activa de trabajo y a la inserción efectiva en el mundo laboral.

Las 31,500 personas que se contratarán —que, como vimos, se estima serán casi todas mujeres— tendrán acceso a un trabajo decente.

En los lineamientos del Plan QEC se contempla que el Sistema Nacional de Protección Atención a la Primera Infancia establezca acuerdos con el Ministerio de Trabajo y el Sistema Dominicano de Seguridad Social para que se impulsen dentro del sector empresarial políticas de conciliación

[151] Aunque las personas que se dedican al cuidado no remunerado de los niños de 0 a 5 años pueden ser también padres o hermanos, se reconoce que en la República Dominicana este rol lo asumen principalmente las mujeres (madres, hermanas, abuelas, tías, vecinas y otras).

familia-trabajo que en presten la debida atención a la mujer trabajadora embarazada, promuevan la lactancia en los periodos previstos por ley y faciliten espacios adecuados, a cargo de personal cualificado, para la atención a niños.

8.3 Proyecto Educativo Espacios de Esperanzas de los Centros Tecnológicos Comunitarios (ficha 11)

Los Espacios de Esperanza (EPES) son parte de una red especializada en desarrollo infantil temprano en los que se crea un ambiente de desarrollo saludable y estimulante para los niños de tres a cuatro años de edad. Su finalidad es estimular los cinco aspectos esenciales del desarrollo infantil: el desarrollo socio-emocional, el desarrollo cognitivo, el desarrollo físico, el desarrollo del lenguaje y la comunicación, así como el desarrollo de la salud y el bienestar. Los EPES están ubicados dentro de los Centros Tecnológicos Comunitarios (CTC), que están bajo la Dirección de los Centros Tecnológicos Comunitarios en estrecha coordinación con la Vicepresidencia de la República.

1) El Proyecto EPES y su coherencia con la Iniciativa del Piso de Protección Social

i) Coherencia entre los objetivos del proyecto y la finalidad del piso de protección social

OBJETIVO GENERAL DE LOS EPES:

El objetivo general de este proyecto educativo consiste en permitir a niños y niñas acceder de forma sistemática y gratuita a su crecimiento integral.

El proyecto de los Espacios de Esperanza se relaciona con la Iniciativa del Piso de Protección Social debido a la importancia que tiene la educación temprana para el desarrollo integral de los individuos al impactar en su posterior rendimiento escolar y en diferentes otros ámbitos, entre los cuales se destaca la inserción laboral y la participación económica.

ii) Coherencia entre los criterios de focalización y el objetivo de la universalidad

Los Espacios de Esperanza cuentan con un doble criterio de focalización, uno geográfico (que consiste en la identificación de las comunidades vulnerables en las cuales abrir nuevos Centros Tecnológicos Comunitarios) y uno que toma en cuenta las vulnerabilidades de las familias de proveniencia de los niños.

Las familias que se benefician de estos servicios de promoción social son, en general socialmente marginadas y en condición de extrema pobreza, por lo que sus niños están expuestos a diferentes tipos de riesgos (violencia, explotación, descuido, etc.).

iii) Financiación de los Centros de Esperanza

Los Centros de Esperanzas se financian con los fondos de los CTC y del Ministerio de Educación, que se ocupa de la nómina del personal educativo. No se tiene conocimiento de cuál es el presupuesto asignado por las diferentes instituciones para este proyecto específico.

iv) Instituciones que desarrollan el Proyecto Educativo Espacios de Esperanza, dirección y coordinación

La coordinación y responsabilidad para la ejecución del proyecto de Espacios de Esperanza recae en la Dirección de los Centros Tecnológicos Comunitarios.

El MINERD se ocupa de la nómina, capacitación, seguimiento y apoyo al personal educativo. El personal educativo realiza un periodo de prueba durante el cual recibe un pago desde los CTC, pero a cuyo término debería seguir en la nómina por parte del Ministerio de Educación (con un consecuente aumento del sueldo).

Aunque el MINERD no cuenta todavía con material educativo adecuado a la edad, brinda material disponible para niños de preprimario (5 años). El Ministerio involucra el personal de los EPES en las reuniones periódicas distritales.

El Instituto Nacional de Bienestar Estudiantil (INABIE) del Ministerio de Educación, por convenio, tiene la función de entregar uniformes a los niños, aportar el desayuno escolar y enviar médicos para realizar visitas médicas de rutina (como control de la vista, de peso, talla, etc.).

Según las personas claves entrevistadas, la reciente independencia de la Dirección General de Centros Tecnológicos Comunitarios implica que todavía no existen mecanismos de coordinación establecidos con otras instituciones.

v) Participación de la sociedad civil en el diseño del Proyecto de los EPES

El Programa ha sido diseñado por el Despacho de la Primera Dama que, desde 2009, ha convertido ludotecas en Espacios de Esperanza; el rediseño de esta oferta de servicios se ha realizado con la colaboración del MINERD y del CONANI. En este diseño no se ha involucrado la sociedad civil.

En el último año se ha estado en un proceso de promoción de la participación de la sociedad civil. Se puede resaltar que ha habido una ampliación de los Consejos de Gestión de los diferentes CTC, que ahora incluyen a tres representantes de la comunidad, además que cuatro representantes de los CTC. El Consejo de Gestión sirve de enlace entre la comunidad y el CTC y es elegido por representantes de la comunidad convocados en asamblea abierta. Adicionalmente, se están construyendo alianzas y sinergias con organizaciones no gubernamentales que trabajan sobre temas relacionados con la niñez (como Plan International y Visión Mundial) para el desarrollo de actividades específicas.

vi) Participación de los beneficiarios en el desarrollo y evaluación del programa

Hasta el momento no se han contemplado mecanismos de evaluación del programa por parte de los participantes; en algunos EPES se han conformado espontáneamente el equivalente a unas

Asociaciones de Padres, Madres y Amigos de la Escuela (APMAE), pero todavía no existen de manera formal. Se ha manifestado el interés en avanzar en este aspecto.

Los padres y madres de los niños que se benefician del proyecto educativo se convocan cada mes para charlas sobre la estimulación temprana en la primera infancia, así como para hacer una evaluación de los avances realizados por cada niño.

Se reporta que por lo general participan solo las madres; los padres se consideran ausentes. Se señala, además, que incluso las madres no resultan ser perceptivas de las enseñanzas recibidas, mostrando más interés en la recepción de dádivas que en la percepción de conocimientos sobre crianza infantil.

Una de las informantes claves expresó que ya se están haciendo gestiones para que en el próximo año escolar, desde el Departamento Familias en Paz del PROSOLI se aborden estas problemáticas, brindando charlas a las familias que se benefician de los EPES y haciendo un esfuerzo específico dirigido a la promoción de una paternidad más responsable y a la participación de los padres en la vida educativa de sus hijos.

2) Población beneficiaria y abordaje de las brechas de género

i) Condicionalidad

Se contempla como corresponsabilidad el 70% de asistencia al año escolar; padres, madres y tutores son responsables de dar seguimiento al cumplimiento de la asistencia.

Según las informantes clave no hay trabajadores sociales que den seguimiento a los casos de niños que no asisten; las maestras, que pertenecen generalmente a la comunidad, se ocupan de contactar a las familias para solicitar informaciones sobre las causas de la ausencia.

ii) Población que participa en el programa

La población en edades comprendidas entre los tres años y los cuatro años y nueve meses atendida en los Espacios de Esperanza es de 2,275, siendo el 52.2% niñas y el restante 47.8% niños.

Según la literatura del programa (Vicepresidencia de la República 2013:4) «los niños y niñas de EPES provienen de familias socialmente marginadas y en condición de extrema pobreza, privilegiándose a los niños y las niñas expuestos a riesgo de ser lastimados, explotados, menospreciados, abusados y/o influenciados de forma negativa. Las familias que participan en EPES viven sobre todo en las zonas rurales de la República Dominicana y se encuentran en un estado de fragilidad que compromete el desarrollo saludable de sus hijos e hijas. En la mayoría de los casos, los niños y niñas que asisten a los Espacios provienen de padres divorciados o parejas separadas, lo cual los obliga a vivir con solo uno de sus padres o un tutor. Sus necesidades básicas de afecto y atención, para muchos de ellos, no son debidamente suplidas».

De acuerdo a la informante clave, estos criterios generales son tomados como referencia por los equipos de trabajo de los diferentes EPES que, según los contextos específicos y las principales vulnerabilidades existentes a nivel local, identifican los criterios de prioridad y elegibilidad (que

varían por cada EPES). Esto, por un lado, permite incluir en el programa a familias que han sufrido contingencias imprevistas que han empeorado la situación socioeconómica del hogar (deslizamiento de la tierra, inundación, etc.). Sin embargo, por otro lado, el no tener criterios fijos deja un menor espacio para la fiscalización y veeduría y más espacio para la introducción de lógicas clientelares en la selección de las familias beneficiarias.

Mientras en el pasado un criterio de elegibilidad era ser beneficiario del programa PROSOLI, desde el presente año se ha eliminado este criterio con el fin de que los EPES sean espacios más inclusivos y reciban a niños vulnerables que, por alguna razón, se hayan quedado afuera del programa PROSOLI.

3) Componentes del programa en relación al Piso de Protección Social y distribución en función del sexo

i) Estímulo a la oferta de servicios

Desde la dirección de los Espacios de Esperanza se aclara que, más que servicios educativos o servicios de cuidado, en estas estructuras se ofrece estimulación temprana. El programa que se desarrolla hace referencia al currículo educativo ministerial, pero al momento no existe todavía un currículo educativo oficial por esta ventana de edades.

Los EPES ofrecen dos tandas diarias de lunes a viernes, la matutina de 8 a.m. a 12 a.m. y la vespertina de 2 p.m. a 6 p.m.

Entre las dos tandas, los 66 EPES distribuidos por toda la geografía nacional que estaban en funcionamiento en 2013, tenían una capacitad instalada para recibir 2,700 niños (casi todos los centros pueden recibir diario 40 niños; solo uno puede recibir un máximo de 20 y dos tienen una capacidad de 60 niños). Sin embargo, al estar localizados en comunidades muy deprimidas, los niños no logran llenar los cupos disponibles (siendo el total de niños beneficiados 2,275).

Además de estos 66 centros que funcionaron cabalmente durante todo el año escolar 2013-2014, a mediados del 2014 se abrieron 2 EPES nuevos que funcionaron algunas semanas (en las provincias de San Pedro de Macorís[152] y de Barahona[153]) y ya se tienen listos otros 9 centros nuevos (falta solo inaugurarlos).

Desde el año escolar 2014-2015 se va a integrar la oferta de servicios de los EPES con los desayunos escolares ofrecidos por del Instituto Nacional de Bienestar Estudiantil del Ministerio de Educación (contemplados en el convenio ya desde el 2013-2014, aunque solo recientemente se realizaron los acuerdos de lugar).

En términos de recursos humanos, se cuenta con 109 maestras: hay una educadora y una ayudante por cada tanda y por cada grupo de 20 niños, la mayoría son licenciadas en educación inicial, algu-

[152] Municipio de Ramón Santana.

[153] Municipio de La Ciénaga.

nas en educación básica y tres en psicología. El personal participa en un proceso de capacitación e inducción para que se integren en su rol. El 100% del personal es de sexo femenino; hay resistencia por parte del mismo personal de los centros a la introducción de hombres en dichos roles.

8.4 La economía de cuidado en la República Dominicana: brechas y rutas hacia la desmercantilización y desfamiliarización

En la República Dominicana, como en la mayoría de los países latinoamericanos, las familias se consideran como unidad de intervención de las políticas de protección social. Sin embargo, resulta importante reconocer el rol que tradicionalmente han jugado en la producción de bienestar y en la protección de sus integrantes. A través del tiempo, las familias han constituido una red básica de protección, asumiendo el rol de provisión de servicios sociales, sobre todo con relación al cuidado y a la asistencia económica de las personas que no son independientes, como las personas adultas mayores y los niños (cuidado intergeneracional), y las personas enfermas o con discapacidad. Esto ha sido posible gracias al trabajo de la mujer en el ámbito doméstico.

El cuidado, es decir, el conjunto de actividades y bienes que permiten a las personas alimentarse, educarse, estar sanas y vivir en un entorno propicio, abarca diferentes ámbitos: el cuidado material, que implica un trabajo; el cuidado económico, que implica un costo y el cuidado psicológico, que implica un vínculo afectivo (Rodríguez 2004, cit. en Sunkel 2006). Los cuatro actores que por lo general se ocupan de la provisión de los servicios de cuidado son el Estado, el mercado, la sociedad civil y la familia. En la República Dominicana, como en el resto de la región latinoamericana y caribeña, tradicionalmente se ha considerado que la economía del cuidado es un asunto de los hogares —e implícitamente de las mujeres de los hogares— y que la provisión pública es solo un complemento o una ayuda (Sunkel 2006)[154]. La ausencia de políticas públicas de cuidado ha implicado que, dependiendo de la clase social de pertenencia, cada hogar ha debido encontrar su estrategia para responder a esta necesidad: mientras los hogares más pudientes pueden afrontar el costo de contratar servicios de cuidado privados y elegir la combinación que más le convenga entre responsabilidades de las personas que integran la familia y rol del mercado, los hogares más pobres no tienen muchas opciones y la mayoría asigna el rol de cuidado a las mujeres del hogar. En este sentido, la posibilidad de recibir cuidados es «en sí misma un índice y un vector de desigualdad social» (Orozco 2009, 7). De manera que, mientras las mujeres de los hogares que recurren al mercado para los servicios de cuidado tienen mayores oportunidades de inserción plena en el mercado laboral con posibilidad de obtener ingresos, empoderarse económicamente y/o ser proveedoras dentro de los hogares, las mujeres de los hogares de sectores de bajo ingreso se ven limitadas en su posibilidades educativas, de desempeño productivo y de inserción laboral[155]. En otros términos,

[154] La atribución de los cuidados al ámbito privado y doméstico responde a la tradicional separación entre el privado y el público/político.

[155] En la República Dominicana la asunción del rol de cuidado y del trabajo doméstico constituye la segunda causa de deserción escolar femenina entre adolescentes, después del embarazo en temprana edad. En otro orden, las mujeres que se dedican al trabajo doméstico, dado el limitado tiempo que tienen a su disposición, se ven afectadas en su productividad; la mayoría de las mujeres que cuidan ven limitada su inserción laboral, y se subemplean o permanecen desempleadas.

como bien dice Orozco (2009): «encargarse de los cuidados en el hogar no solo no genera derechos (ya que éstos se articulan como prestaciones contributivas derivadas del trabajo asalariado), sino que impone serias limitaciones a la incorporación al mercado laboral»[156]. El «familismo» como modelo de gestión habitual de los cuidados contribuye así a reforzar las desigualdades de género y las desigualdades socioeconómicas (OIT, PNUD y ONU Mujeres 2012).

La garantía de un piso de protección social con enfoque de género debe necesariamente contemplar una redistribución del cuidado entre los diferentes actores, de manera que disminuya la carga doméstica.

Los principales sujetos que, por no ser autónomos, necesitan de apoyo para realizar funciones básicas son las personas adultas mayores, las personas enfermas, las personas con discapacidad y los niños. En la República Dominicana se ha avanzado en los últimos años, aunque limitadamente, en la provisión de servicios de cuidado con relación a este último grupo vulnerable, sector en el cual hay perspectivas de seguir avanzando.

A continuación se analizan en detalle avances, brechas y desafíos pendientes.

Promoción social y cuidado de niños en edad prescolar y de educación inicial en la República Dominicana: brechas y perspectivas

Una de las maneras de clasificar las diferentes formas de articular el cuidado, distingue ente tiempo para cuidar, dinero para cuidar y servicios de cuidado.

Con relación al tiempo para cuidar, en la República Dominicana la participación en el mercado laboral formal otorga el derecho al subsidio de maternidad reconocido solo a las mujeres[157]. Esta prestación remunerada libera tiempo del empleo para que las mujeres empleadas en el mercado de trabajo formal lo dediquen a los cuidados no remunerados en ocasión de su maternidad. Sobra decir que esta prestación no beneficia a la gran cantidad de mujeres que en la República Dominicana se dedica al trabajo informal.

El Art. 54 del Código Laboral, en otro orden, reconoce el derecho del padre a participar en el cuidado y atención de sus hijos recién nacidos, pero lo hace solo por un tiempo muy limitado (dos días), lo que exime implícitamente al padre de la responsabilidad de participar en el cuidado y en la atención de niños recién nacidos.

Si bien el art. 55 de la Constitución dominicana reconoce el trabajo de hogar, y de manera tácita el cuidado, como «actividad económica que crea valor agregado y produce riqueza y bienestar social», esto no se ha traducido todavía en un reconocimiento económico, ni en términos de dinero para cuidar o pensiones de retiro.

En lo relativo al sistema de servicios de cuidados de los infantes, desde 2001, en la República Dominicana se encuentra ligado a la seguridad social que contempla las Estancias Infantiles como

[156] Con ulteriores consecuencias en términos de desigualdades salariales, pensiones menores, peor salud, menor acceso a puestos de poder, entre otras.

[157] Como se vio en el capítulo sobre Sistema Dominicano de Seguridad Social, corresponde a un subsidio equivalente a tres meses de salario cotizable para el período de descanso por maternidad.

derecho universal. Sin embargo, desde el año 2009 y hasta el momento las Estancias Infantiles creadas por el sistema dominicano de seguridad social atienden solo a los hijos de las personas afiliadas al régimen contributivo[158]. Si bien esta decisión respondió a la limitada disponibilidad financiera y capacidad instalada de las Estancias Infantiles existente en el 2009 y persistente hoy día, es importante resaltar que el Estado hizo una elección importante al anteponer los riesgos sociales relativos al mercado laboral respecto a los trabajos de cuidados fuera de este (Orozco 2009). Esta focalización en las personas adscritas al régimen contributivo tiene como aspecto positivo la conciliación de la vida laboral y familiar (responde a las necesidades y responsabilidades de cuidado de las personas empleadas y a las necesidades de las empresas de disponer del tiempo de estas últimas). Si bien este aspecto positivo es de suma importancia, también es cierto que de esta forma no se responde plenamente a las necesidades de un mercado laboral como el dominicano, caracterizado por una alta incidencia de trabajo informal.

El Sistema Dominicano de Seguridad Social tiene una cobertura consistentemente inferior respecto a las necesidades de cuidado de la población cubierta por el régimen contributivo (hijos de trabajadores formales): hoy por hoy se cubre el 2.13% de la población objetivo (el 1.75% por las Estancias Infantiles de la Aseguradora de Estancias Infantiles Salud Segura del SDSS y el restante 0.43% por parte de los servicios subrogados por los Centros Infantiles de Atención Integral del Consejo Nacional para la Niñez y Adolescencia)[159].

El Programa de Atención Integral a la Primera Infancia que se implementa desde los CIANI, si bien ofrece el 17% de sus cupos (1,329 de 7,851)[160] a niños afiliados al régimen contributivo[161], en su misión institucional contempla el criterio de tomar en cuenta los niveles mayores de pobreza. En total, entre niños asistidos en el marco del régimen contributivo[162] y los asistidos como servicios asistenciales, los CIANI alcanzan una cobertura del 0.75% del total de la población menor de 5 años.

Otra entidad que brinda servicios de cuidado dirigidos a la infancia en condición de indigencia es la Dirección de los Centros Tecnológicos Comunitarios, que con sus 66 Espacios de Esperanza recibe a 2,275 niños entre los 3 y 4 años de edad a los cuales ofrece servicios de estimulación temprana (cubriendo otro 0.2% de la población entre los 0 y 5 años de edad).

Es importante resaltar que todos los programas públicos de cuidado de la niñez enumerados hasta ahora son libres de costos para los usuarios. Sumando a esta fragmentada oferta pública las pres-

[158] Con algunas limitadas excepciones.

[159] Si en vez de limitarse a las personas adscritas al régimen contributivo, se considera el universo de niños entre los 0 y los 5 años de edad, la cobertura ofrecida por el SDSS baja al 0.7%.

[160] A la fecha de la entrevista, en los CIANI se ofrecían servicios de cuidado a 1,329 hijos de afiliados al régimen contributivo del SDSS.

[161] Se prioriza a los que perciben hasta dos salarios mínimos; solo en algunos casos se incluye a quienes perciben tres, es decir, se trata de una prestación dirigida a trabajadores de bajos recursos.

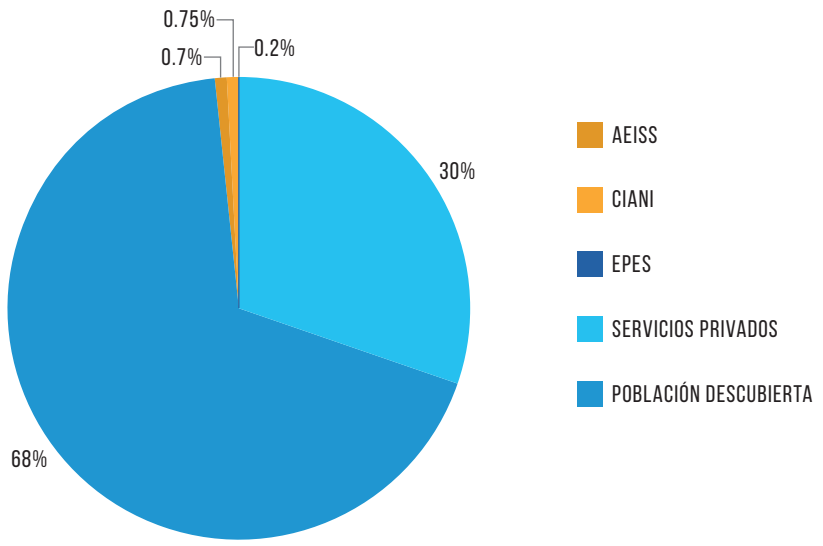
[162] Es importante aclarar que los niños que se atienden dentro de los CIANI y están adscritos al régimen contributivo no reciben este servicio por tener una cuota reservada, sino que son los que resultan elegidos por el proceso de selección normal llevado a cabo por parte de los CIANI que se basa en criterios objetivos de vulnerabilidad. Como aclarado arriba, aunque se trate de hijos de trabajadores formales, pertenecen a familias de bajos ingresos (que perciben generalmente no más de dos salarios mínimos).

taciones otorgadas desde el sector privado (que ofrece el 84% de los cupos para estas edades), se alcanza una cobertura del 30-33% de la población (QEC 2013 y OIT, PNUD y ONU Mujeres 2012).

Aunque se esté ampliando lentamente la oferta de servicios, tanto en el ámbito contributivo como en el ámbito subsidiado (durante 2014 se contempla la apertura de otras Estancias Infantiles del SDSS y otros EPES), esta sigue siendo insuficiente para cubrir las necesidades de cuidado y no corresponde a un sistema en el cual se reconoce la universalidad del derecho a los servicios de cuidado para la niñez (Ley 87-01). La amplia brecha que los servicios públicos dejan descubierta es solventada por los hogares, ya sea con la compra de servicios privados (los hogares más pudientes pueden contratar una institución privada o contratar a una persona que se ocupe del cuidado a domicilio) o con el trabajo doméstico no remunerado de las mujeres del hogar.

De todo lo expuesto antes, se puede concluir que el cuidado de la infancia en la República Dominicana está familiarizado, en desmedro de la autonomía económica de las mujeres (Lamaute-Brisson 2013), y, en segundo lugar, está mercantilizado[163].

GRÁFICO 8.1 OFERTA DE SERVICIOS DE CUIDADO Y PROMOCIÓN SOCIAL EN LA PRIMERA INFANCIA



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de QEC 2013, CNSS 2014, OIT, PNUD y ONU Mujeres 2012, CONANI, CTC

En los últimos años, la República Dominicana ha comenzado a dar importancia a la educación inicial y preescolar, sentando un hito importante la aprobación en 2012 de la Ley 1-12 Estrategia Nacional de Desarrollo, cuyo objetivo específico 2.1.2 apunta a la universalización del derecho a la

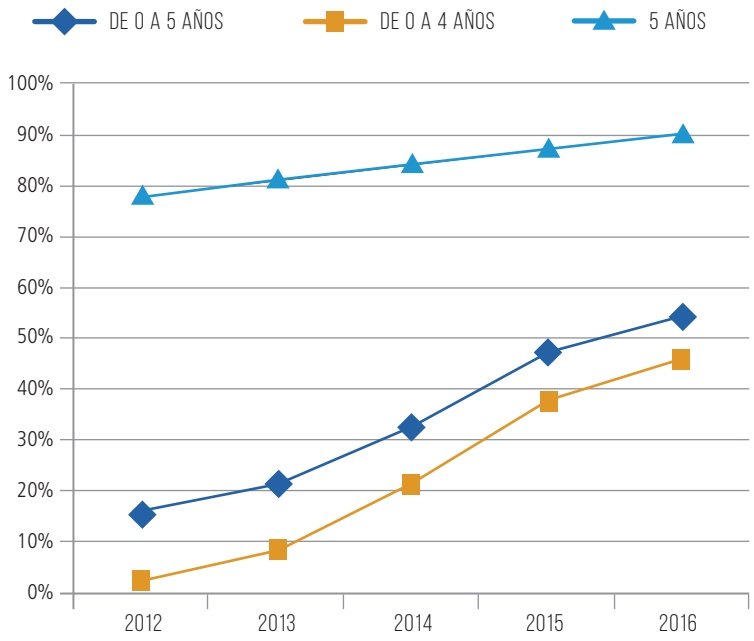
[163] De modo parcial para los hijos de trabajadores formales, pero sobre todo para las familias que cuentan con recursos.

educación desde el nivel inicial y contempla entre sus líneas de acción la promoción de la infraestructura física apropiada, la dotación de recursos tecnológicos y personal docente adecuados en todo el territorio nacional.

Siguiendo estas disposiciones, el Ministerio de Educación (que por la Ley General de Educación 66-97 antes se ocupaba de otorgar educación desde los 6 años de edad) en colaboración con la Dirección General de Programas Especiales de la Presidencia (DIGEPEP) ha estado trabajando en la ampliación de los servicios ofrecidos para incluir, en el marco del Plan Quisqueya Empieza Contigo, a la población menor de 5 años de edad. El programa contempla garantizar para el 2016 el derecho universal a la atención integral de todos los niños entre los 0 y 4 años y 11 meses[164] de edad que viven en los setenta territorios identificados como los más pobres o vulnerables del país. Para lograr esta meta en el Plan QEC se prevé la creación y puesta en operación de Centros de Atención Integral a la Primera Infancia y de Centros Comunitarios de Atención integral a la Infancia y a la Familia.

En conjunto, todas estas instituciones permitirían abarcar buena parte de la demanda de cuidado durante la infancia, aunque no la cubriría completamente. En la gráfica a continuación se presenta la previsión de cobertura según cálculos recibidos por la DIGEPEP.

GRÁFICO 8.2 PERSPECTIVAS DE AUMENTO DE LA COBERTURA EDUCATIVA NACIONAL POR GRUPO DE EDAD (AEISS, CIANI, EPES Y QEC 2012-2016)



Fuente: Elaboración propia a partir de las metas anuales del Plan QEC.

[164] En estos territorios se concentra el 44.39% de la población nacional en este intervalo etario.

Las Estancias Infantiles, los CIANI y los Espacios de Esperanza, así como los Centros de Atención Integral a la Primera Infancia y los Centros Comunitarios de Atención integral a la Infancia y a la Familia que serán puestos en función por el MINERD en el marco del Plan QEC, son coherentes con la iniciativa de protección social con enfoque integral y, en adición, responden a una perspectiva de género al facilitar la inserción laboral de las personas adultas a cuyo cargo se encuentran generalmente los niños[165]. Desde una perspectiva de género y derechos, hay que valorar además la oferta de servicios integrales que se brindan dentro de estas instituciones (como los programas de vacunaciones)[166], pues contribuyen a reducir las tareas de cuidado de las familias, lo que se traduce en un ahorro de tiempo sobre todo para las mujeres (Provoste Fernández 2013).

En otro orden, a través del Plan Quisqueya Empieza Contigo se está diseñando una nueva arquitectura organizacional e institucional del sector de primera infancia que contempla cambios progresivos encaminados a la concentración de las funciones de rectoría en el Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia (CONANI); la asignación del rol de articulación de las funciones de prestación de servicios al (nuevo) Instituto Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia (INAIPI), el cual operará primero con un carácter desconcentrado y luego de modo descentralizado y autónomo. Las funciones de financiamiento se concentrarían en el Sistema Dominicano de Seguridad Social y en el Sistema Presupuestario Nacional.

Este cambio tiene potencialidades de reducir la actual fragmentación de la oferta de servicios de cuidado y permite tener un mayor control sobre la calidad, equidad, eficacia, eficiencia y accesibilidad de los servicios, y lograr uniformar protocolos y buenas practicas entre los diferentes tipo de centros, lo que se considera constituirá un paso fundamental para seguir avanzando paulatinamente hacia la cobertura del conjunto de la población objetivo.

Sin embargo, de las entrevistas realizadas, resulta que quedan por resolverse algunas dudas relativas a la coordinación con la AEISS, institución con experiencia acumulada y procedimientos validos en la oferta de servicios[167].

¿Quiénes cuidan en las instituciones públicas?

La asociación simbólica del cuidado a las mujeres, según la cual las mujeres tienen una capacidad innata para esta función (Orozco 2009), que hace que sean las mujeres de la familia y/o las mujeres trabajadoras domésticas asalariadas las que asuman este rol, se manifiesta también dentro de las instituciones públicas que en la República Dominicana se dedican a la atención integral

[165] Si bien la mayoría de las personas entrevistadas como representantes de estas instituciones se resisten a hablar de los servicios otorgados como de servicios de cuidado, prefiriendo priorizar otros aspectos (servicios integrales, estimulación temprana, educación, etc.) se resalta la importancia de reconocer el cuidado como un servicio digno de nombrarse y valorizarse. Se coincide con Orozco (2009) que el cuidado debería ser reconocido como un derecho, en cuanto elemento básico del bienestar y de la ciudadanía, y que habría que reconocer el derecho individual a ser cuidado, así como —desde un enfoque de género— el derecho a elegir si se desea o no cuidar.

[166] En los casos que estos no se ofrezcan dentro de todos los centros, promover esta buena práctica entre todas las instituciones de cuidado infantil.

[166] Entre las personas entrevistadas hay divergencia de ideas, además, acerca de cuál es la mejor puerta de entrada de los niños en el sistema de cuidado: el sistema educativo o el sistema de seguridad social, que podría ser mejorado para que todos los niños desde el nacimiento, sean identificados y sean provistos de una tarjeta de seguridad social que les otorgue el derecho a servicios integrales.

de la niñez. Según las entrevistas realizadas, los hombres empleados en este sector entre EISS, CIANI Y EPES, no llegan al 15%.

La mayoría de las informantes clave demostraron que dentro de las mismas instituciones hay una resistencia a la integración de un mayor número de hombres en los equipos de trabajo (los que están cubren generalmente posiciones como seguridad, choferes y otros roles que requieren una interacción limitada y discontinua con los niños), aportando diferentes argumentos: que los hombres están menos predispuestos a este tipo de trabajo; que el cuidado de la niñez es un rol femenino y que esta es una medida de prevención de episodios de violencia y abuso sobre los niños.

Otra demostración del nivel de arraigo que tiene esta visión estereotipada de los roles de cuidado en la cultura dominicana la constituye la muestra de 293 postulaciones para emplearse en los centros de atención a la infancia de nueve diferentes territorios en el marco del Plan Quisqueya Empieza Contigo: el 87% de las personas postulantes son de sexo femenino y solo el 12% de las candidaturas son de hombres.

La ampliación de los servicios de cuidado para la niñez que se está implementando en la República Dominicana tiene entre sus efectos positivos la creación de nuevos puestos de trabajo que potencialmente llevará, a nivel local, al aumento de la inserción laboral de mujeres antes inactivas o desempleadas (perpetuando la segmentación horizontal por género del empleo)[168].

En este sentido, juega un rol importante la oferta formativa para sectores vulnerables del INFOTEP, la misma que contempla cursos para servicios domésticos como cocina, trabajo doméstico y prevención y manejo de riesgos en el hogar, así como la oferta formativa para las personas recién alfabetizadas en cuidado de niños, cuidado de enfermos y cuidado de ancianos. Estos cursos permitirán lograr, a nivel local, un aumento de la empleabilidad y el empoderamiento de mujeres antes inactivas y con escasos niveles de competencias, e implicarán una oferta de servicios de cuidado de mejor calidad, tanto a nivel institucional como en el ámbito doméstico, contribuyendo a una mejor atención al bienestar de las personas cuidadas y a una mayor equidad social.

Brechas en el cuidado: desafíos pendientes

La atención integral a la primera infancia se está priorizando desde el Estado dominicano bajo el argumento de que constituye una de las inversiones públicas con mayores potencialidades en términos de rentabilidad económica y social, así como de ecualización social, debido a sus efectos posteriores en diferentes ámbitos como el rendimiento escolar, la participación económica, ciudadana y social (QEC 2013).

Este argumento de carácter productivista tiene el riesgo de excluir de entrada «la dedicación de recursos públicos para aquellos sujetos que no se consideren potencialmente productivos en un sentido mercantil» (Orozco 2009). Esta podría ser una explicación valida de porqué en la República Dominicana las políticas de protección y promoción de las personas con discapacidad y de las personas adultas mayores son tan limitadas.

[168] Se considera difícil que en el corto plazo se logre un cambio en la tradicional división del trabajo que permita romper con la segmentación horizontal del empleo.

La debilidad de las políticas dirigidas a personas ancianas y con discapacidad obstaculiza la desfamiliarización y la desmercantilización de los servicios de cuidado y constituye una limitación del derecho de las personas dependientes a ser cuidadas, así como del derecho de las mujeres a decidir si quieren cuidar o no.

Garantizar una oferta de servicios de cuidado (sea institucionales o domiciliares) de calidad, eficientes, eficaces y accesibles para las personas con discapacidad y las personas adultas mayores, y también para los niños, sería un paso mínimo para establecer un piso de protección social inclusivo; respondería además al deber y al interés del Estado, expresado en la Estrategia Nacional de Desarrollo, de reconocer a las personas con discapacidad y a las personas adultas mayores igualdad de derechos y oportunidades.

El cuidado de las personas adultas mayores

El tema de cuidado de las personas adultas mayores en la República Dominicana tiene una doble dimensión de género:

a) por un lado el envejecimiento poblacional que caracteriza la República Dominicana es mayormente femenino. Según el CENSO 2010, debido a la mayor esperanza de vida femenina, entre la población de 65 años y más se estima que por cada hombre hay un promedio de seis mujeres; esto se traduce en una prevalencia de mujeres entre las personas adultas mayores en necesidad de cuidado.

b) por otro lado, son sobre todo las mujeres las encargadas del cuidado de las personas ancianas; muchas veces las mismas mujeres adultas mayores se asumen el rol de cuidadoras de personas no autónomas de la familia.

La población adulta mayor dominicana es en su mayoría pobre; el 61.5% de la población encuestada por el SIUBEN dentro de este tramo de edad se encuentra dentro de las categorías con más carencias. Aunque no se cuente con datos desagregados por sexo, se puede asumir que las mujeres adultas mayores, debido a la limitada inserción laboral a lo largo de su vida y en el periodo de la vejez y al menor acceso a pensiones, tienen una mayor prevalencia respecto a los hombres en estas categorías.

En otro orden, con relación a las pensiones previsionales, estas todavía no se han estado otorgando, a pesar de que en el 2013 se emitió la resolución que reglamenta su entrega. En espera de la puesta en función del sistema de pensiones para las personas adultas mayores no afiliadas el régimen contributivo, en el año 2006 se creó un programa de protección social que sigue funcionando y que contempla una transferencia monetaria que garantice una alimentación adecuada a las personas envejecientes (Programa PROVEE). Este programa alcanza actualmente solo al 43.2% de la población de 65 años y más perteneciente a familias categorizadas por estar una situación de pobreza extrema o moderada.

El CONAPE, para dar seguimiento al programa PROVEE, realiza visitas domiciliarias cada mes o mes y medio. Durante estas visitas las trabajadoras sociales (alrededor de 70% son de sexo feme-

nino) con formación específica en la ley sobre protección de la persona envejeciente, aprovechan para averiguar el estado de salud de las personas beneficiarias de la transferencia e identificar eventuales vulneraciones de derecho hacia estas personas.

Con relación al cuidado de las personas adultas mayores, su designación al ámbito familiar se contempla en las leyes siguientes: el art. 3 de la Ley 352-98 sobre Protección de la Persona Envejeciente contempla que la familia de la persona adulta mayor «deberá brindarle el cuidado necesario y procurará que su estadía sea lo más placentera posible» y que, salvo algunas excepciones, «todo(a) envejeciente tendrá derecho a permanecer conviviendo, según sea el caso, y por orden de prioridad, en el hogar de sus hijos o hijas. A falta de ellos, por ausencia o fallecimiento, la responsabilidad recaerá sobre sus nietos o nietas o sus hermanos o hermanas».

Independientemente de esto, para avanzar hacia un piso de protección social con igualdad de género, es importante apuntar a la desfamiliarización y desmercantilización del cuidado de las personas adultas mayores.

Aunque las necesidades de servicios de cuidado para las personas adultas mayores no se puedan deducir de los datos censales (muchas personas adultas mayores son autónomas y no necesitan de apoyo), las autoridades reconocen que a nivel institucional los 20 centros diurnos y los 27 centros de larga estadía públicos existentes son cuantitativamente insuficientes respecto a la demanda[169]. Como en el resto de la región (CEPAL 2003), el sector carece de una regulación y fiscalización adecuada: el CONAPE, órgano rector de las políticas relativas a las personas adultas mayores, reporta que los directivos de los asilos y hogares de día del sector público no reconocen la rectoría del CONAPE, limitando las posibilidades de evaluación de los servicios que podrían llevar a su mejoría. Estos problemas resaltan una inadecuada coordinación entre el órgano rector de políticas sobre personas adultas mayores (el CONAPE) y la Dirección General de Envejecientes del Ministerio de Salud Pública, entidad responsable de otorgar servicios.

Según los datos recibidos por el Ministerio de Salud Pública, hay un porcentaje muy bajo de hombres entre el personal que trabaja en estos hogares; estos tienen roles de vigilantes, serenos, choferes, capellanes y médicos con diferentes especialidades.

Desde el punto de vista del CONAPE, los servicios ofrecidos en estos centros carecen de un enfoque integral. Una problemática común entre los centros de cuidado y los servicios de salud, además, es el número insuficiente de personal especializado en geriatría y gerontología.

El tema de la atención a las personas adultas mayores debe ser enfrentado con la debida urgencia, tomando en cuenta las tendencias demográficas resaltadas en el CENSO 2010: entre el 2002 y el 2010 las personas adultas mayores aumentaron en una proporción más elevada que otros grupos poblacionales (22.5%), siendo el grupo de edad que más creció el de personas entre los 80

[169] No se cuenta con datos de cobertura, sino de la capacidad instalada total entre los centros existentes y los que están por abrirse por parte del MSP; estos alcanzan una capacidad 3,273 personas en total, de las cuales 1,373 de forma residencial y 1,900 con servicios diurnos. Adicionalmente, el CONAPE ha presentado una propuesta de proyecto para tres centros regionales modelos para la atención integral a adultos mayores. Asimismo, se debe señalar que los 17 institutos de larga estadía privados integran la oferta pública, pero no logran responder a toda la demanda insatisfecha.

y 84 años (41%); las proyecciones realizadas por la Oficina Nacional de Estadísticas (2010) prevén para los próximo años un aumento significativo de esta población, que pasaría a representar el 7.35% de la población dominicana (en el 2010 era el 6.22%).

Desprotección social y ausencia de servicios de cuidado para las personas con discapacidad

Como se ha resaltado en el perfil país, según el CENSO 2010, el 12.41% de la población nacional tiene discapacidad, siendo la mayoría de esta población (el 56%) de sexo femenino, contra el 44% de sexo masculino. Más de 3/5 de esta población no cuenta con ingresos (el 67%) y el 54.37% pertenecen a los sectores más empobrecidos.

El órgano rector de las políticas públicas en materia de discapacidad, el Consejo Nacional de Discapacidad (CONADIS) fue creado en el 2000 con la Ley 42-2000, ley que queda derogada por la Ley 5-13 o Ley Orgánica sobre Igualdad de Derechos de las Personas con Discapacidad (en espera del reglamento de actuación). El CONADIS tiene como función especial hacer transversal la atención a las personas con discapacidad en las políticas públicas.

Según informantes claves tanto del CONADIS así como de organizaciones de la sociedad civil, actualmente en el país las políticas de protección social dirigidas a personas con discapacidad son muy débiles.

Por el lado contributivo, existe la pensión de discapacidad (total o parcial) que otorga beneficios a las personas afiliadas que acrediten sufrir una enfermedad que le inhabilite parcial o totalmente para ejercer un trabajo u oficio remunerado.

Con relación al régimen subsidiado, según datos del SENASA obtenidos por el CONADIS, solo el 2.43%[170] de la población con discapacidad cuenta con la tarjeta del Seguro Nacional de Salud; mientras que las pensiones subsidiadas recién han sido reglamentadas por una resolución en julio del año 2013, pero no se están otorgando todavía.

Tanto desde el sector público como desde el sector no gubernamental se ha señalado la necesidad y exigencia de crear un padrón de personas con discapacidad (en colaboración con el SIUBEN) que permita identificar a la población elegible para programas de protección social[171].

Por ahora, las intervenciones se limitan a programas de promoción social como el programa de Alfabetización de la Dirección General de Programas Especiales de la Presidencia (Quisqueya Aprende Contigo) y el Programa Saliendo del Escondite que busca romper con los estereotipos y avanzar en la inclusión social de las personas con discapacidad, a través del diseño de agendas territoriales en colaboración con las autoridades locales y las organizaciones de base comunitaria.

Según las personas entrevistadas, son prioridades para la protección y promoción social de las personas con discapacidad: la puesta en función de un sistema nacional de evaluación de la dis-

[170] 28,195 personas de una población total de 1,160,847.

[171] Por el momento la presencia de personas con discapacidad en los hogares no es considerada por el SIUBEN ni siquiera como variable en la medición de las necesidades básicas insatisfechas y de la pobreza estructural.

capacidad que permita focalizar la atención hacia las personas con mayores niveles de necesidad para lograr, paulatinamente, la protección social universal de este colectivo; y la ampliación de las oportunidades para la inserción de las personas con discapacidad al mercado laboral, mediante la concertación de acuerdos con el sector privado, el establecimiento de puestos de trabajos protegidos y el fomento de iniciativas emprendedoras (en esto las acciones son muy limitadas hasta el momento)[172] en coordinación con el Ministerio de Trabajo, el PROMIPYME y el INFOTEP, entre otras, y con cuotas laborales en el sector público en coordinación con el Ministerio de Administración Pública (MAP).

Hoy el CONADIS está coordinando con el MAP la actualización de dos instrumentos de gestión de la administración pública para que incluyan elementos específicos de atención y accesibilidad de las personas con discapacidad: el marco común de evaluación (CAF por sus siglas en inglés common assessment framework), que es una técnica para la gestión y el mejoramiento de la administración pública, y la «carta de compromisos al ciudadano», que debería aumentar la accesibilidad para las personas con discapacidad de todos los servicios públicos (educativos, de salud, justicia, entre otros)[173].

Con relación a los servicios de cuidado dirigidos a la población con discapacidad, la Ley 5-13 en su artículo 130 contempla como deberes familiares que «Las personas con discapacidad tienen derecho a la protección de la familia, en línea directa hasta el segundo grado, y en línea colateral hasta el primer grado, en lo referente al acceso a los servicios de la educación, la capacitación, la inserción socioeconómica, la salud o la subvención mínima para su sustento.[…] Para tales fines, la familia recibirá la ayuda necesaria»; y en su artículo 76 contempla que «el Estado, a través del CONADIS, tiene la obligación de asegurar la creación de centros de atención y acogida a persona con discapacidad severa y/o en situación de desamparo, que garanticen a estas personas servicios de salud integral, seguridad física y emocional, brindando además, servicio de orientación familiar». Sin embargo, hasta el momento no se cuenta desde el CONADIS con información sobre el nivel de cobertura por parte de los centros existentes. Las personas entrevistadas informaron sobre un mapeo que se está realizando actualmente desde el UNICEF sobre los servicios dirigidos a este colectivo. Este mapeo es de fundamental importancia dado que el cuidado de las personas con discapacidad, a pesar de ser muy exigente, por lo general, es o se hace invisible.

En otro orden, el Despacho de la Primera Dama ha asumido la coordinación de los servicios especializados para niños con discapacidad, a través de los Centros de Atención Integral para la Discapacidad (CAID); se trata de espacios para el cuidado, la educación, rehabilitación y la atención de niños de una edad incluida entre los 0 y los 10 años con discapacidades como síndrome de

[172] Adicionalmente, y en coherencia con el objetivo estratégico 2.3.5 de la Estrategia Nacional de Desarrollo, otras prioridades son los problemas relacionados con la viabilidad de las personas con discapacidades físicas-motoras, así como la calidad de los servicios públicos (educación, salud —incluyendo la salud sexual y salud reproductiva—, justicia, etc.) otorgados a estas personas y el fomento de una cultura de respeto hacia la igualdad de derechos y oportunidades de las personas con discapacidad (lo que hoy se está abordando con el programa Saliendo del Escondite, que busca, además, captar las personas con discapacidad y diseñar agendas territoriales que respondan a sus necesidades en colaboración con autoridades locales y organizaciones de base comunitaria).

[173] La accesibilidad es uno de los problemas más evidentes que afrontan las personas con discapacidad, con relación tanto a la infraestructura pública como privada.

Down, autismo, retraso psicomotor y parálisis cerebral. Hasta el momento está funcionando solo un CAID (desde enero 2014) en el Distrito Nacional, pero la perspectiva institucional es llegar a un total de cinco centros para 2016[174].

Por último, vale mencionar que el CONADIS coordina con los Comedores Económicos para la oferta de alimentación a la población con discapacidad y en condición de pobreza extrema.

Desde la perspectiva de la igualdad de género, la inexistencia de políticas de protección social para la población con discapacidad es una brecha que necesita ser cubierta, a través de la inclusión del grupo familiar como destinatario de políticas que contemplen como centrales, además de los derechos de las personas cuidadas, los derechos de las cuidadoras y de los cuidadores (Provoste Fernández 2013; Pautassi 2007).

[174] Los cuatro centros adicionales se localizarían en Santo Domingo Este, Región Este, Región Sur y Santiago. En total, entre servicios ofrecidos de forma residencial y servicios de atención itinerante y de ambulatorio, se estima una cobertura de 328,440 niños con discapacidades severas.

CAPÍTULO 9

Programas de estímulo a la oferta de otros servicios esenciales (fichas 12, 13, 14, 15 y 16)

9. PROGRAMAS DE ESTÍMULO A LA OFERTA DE OTROS SERVICIOS ESENCIALES (FICHAS 12, 13, 14, 15 Y 16)

9.1 Proyectos de infraestructura comunitaria del Fondo de Promoción a las Iniciativas Comunitarias (ficha 12)

El Fondo de Promoción a las Iniciativas Comunitarias (PROCOMUNIDAD) fue creado en el año 1993 por decreto presidencial y se dedica a realizar proyectos de infraestructura social y productiva en comunidades con altos niveles de pobreza.

1) Sobre el programa y su coherencia con la Iniciativa del Piso de Protección Social

i) Objetivos y relación con la Iniciativa del Piso de Protección Social

OBJETIVO GENERAL:

Desarrollar e implementar mecanismos idóneos que garanticen la participación de la comunidad para contribuir a satisfacer necesidades básicas no atendidas de poblaciones en condición de pobreza, e invertir en proyectos que eleven la calidad de vida de las clases más desposeídas.

Según establece en su visión institucional, el objetivo de PROCOMUNIDAD es impulsar el desarrollo local y comunitario mediante intervenciones multisectoriales que sean sostenibles. Como objetivos específicos el programa apunta a financiar proyectos que contribuyan a satisfacer necesidades básicas no atendidas de la población objetivo, y estimular y fortalecer las capacidades de autodesarrollo de las comunidades pobres.

Si bien los objetivos de PROCOMUNIDAD no plantean de modo explícito ofrecer garantías sociales mínimas, sí guardan relación con la finalidad Piso de Protección Social ya que sus proyectos se enfocan en infraestructura para servicios básicos como salud, sanidad y educación. En adición, están dirigidos específicamente a comunidades con alta prevalencia de pobreza y siguen como guía el mapa de pobreza nacional que clasifica los municipios y las secciones de acuerdo a niveles de pobreza y densidad poblacional. Por lo anterior, se podría decir que existe una relación indirecta entre el PPS y PROCOMUNIDAD.

ii) Financiación y presupuesto del programa

Tanto la institución como su proyecto de construcción de infraestructura comunitaria han tenido un financiamiento variable a lo largo de su historia. En diferentes momentos se han ejecutados proyectos con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Alemán KfW, el Gobierno de Japón y el Gobierno de Canadá. En los últimos años, sin embargo, la institución ya no canaliza fondos de la cooperación internacional y opera solo con el financiamiento del Gobierno dominicano a través de la Presidencia de la República.

Desde el año 1994 hasta la actualidad, el Estado dominicano ha destinado a la institución un monto de aproximadamente 667 millones de pesos, con los que se han financiado casi 500 proyectos, de acuerdo a las informaciones ofrecidas en la página web de PROCOMUNIDAD.

En la actualidad PROCOMUNIDAD ejecuta proyectos de infraestructura pequeños, cuyo presupuesto no sobrepasa los 5 millones de pesos. La asignación presupuestaria de los últimos años ha sido bastante reducida para la institución y para este año 2014 el monto destinado a proyectos de infraestructura es de RD$ 1,528,070.31.

iii) Mecanismos de coordinación y participación de la sociedad civil

La institución establece un proceso o ciclo de vida de los proyectos de infraestructura, a lo largo del cual se estimula la participación de las comunidades, tanto a través de sus autoridades locales, como de organizaciones de base y de la sociedad civil.

En su inicio, la consideración de un proyecto de infraestructura parte de una solicitud hecha por una institución local, acompañada por una cantidad significativa de firmas de los habitantes del lugar. Los proyectos son preseleccionados por un equipo técnico que realiza una visita de pre-factibilidad y, si procede, formula el proyecto con ayuda de los representantes locales. Una vez formulado, el equipo técnico somete el proyecto al Consejo Directivo de PROCOMUNIDAD, el cual se encarga de autorizar el financiamiento y adjudicarlo a la empresa o persona encargada de su construcción, quienes deben estar registradas en la banca de proveedores de la institución.

Para cada proyecto PROCOMUNIDAD designa una organización local (fundación, patronato, junta de vecinos, etc.) como Organización Responsable del Proyecto (ORP). Esta organización recibe capacitación por parte de la institución para acompañar la formulación y ejecución de la obra y encargarse de su buen uso y mantenimiento cuando esté finalizada.

Antes de entregar la obra a la comunidad, la ORP verifica, junto a un inspector de PROCOMUNIDAD, que esta haya sido correctamente acabada y que se encuentra en buenas condiciones.

2) Sobre la población beneficiaria y las brechas de género

i) Criterios de focalización y condicionalidad

De acuerdo a las entrevistas realizadas, además del mapa de pobreza nacional, PROCOMUNIDAD utiliza como criterio de selección de las comunidades donde interviene el hecho de que haya poca presencia de otros organismos estatales.

No se establece condicionalidad en el programa. Sin embargo, se le solicita a la comunidad cumplir con un Acta de Compromiso que se firma antes de iniciar los trabajos. En los proyectos relacionados con salud, educación u obras de uso público se requiere que la comunidad se capacite en organización, administración y mantenimiento del proyecto, en especial los representantes de la ORP.

También se solicita a la comunidad ejercer el rol de contraloría social, definida como la participación organizada de la comunidad en la vigilancia de su proyecto.

ii) Distribución por sexo de las personas beneficiarias y enfoque de género

No fue posible conseguir datos sobre la cantidad de personas impactadas por los proyectos de construcción, ni su división según sexo, pero se puede afirmar que se trata de intervenciones muy puntuales, a juzgar por los proyectos de este año. En el 2014, la institución solo ha ejecutado dos proyectos de infraestructura: la construcción de 50 letrinas y la rehabilitación de canchas deportivas, ambos en la sección La Peñuela del distrito municipal de Cabral, Barahona. Según la ONE, en el 2010 este distrito municipal tenía una población de 14,823 habitantes.

Cabe destacar que algunos de los proyectos antes implementados por la institución se enfocan en servicios que suelen tener impacto especialmente positivo en la población de mujeres (como la construcción de escuelas, centros comunales, sistemas eléctricos, clínicas rurales, saneamiento de cañadas, pequeños acueductos, etc.), pues puede permitirle un ahorro del tiempo dedicado al trabajo doméstico y un aumento de la salud y seguridad personal y familiar. Otros proyectos que suelen implementarse (como puentes, caminos vecinales, obras deportivas y reparación de viviendas) pueden también afectar de manera diferenciada a hombres y mujeres, según el contexto, la focalización utilizada y otras variables.

3) Componentes del programa en relación a la población beneficiaria

i) Servicios esenciales ofertados

Los proyectos de infraestructura comunitaria que realiza PROCOMUNIDAD incluyen pequeñas escuelas (no mayores de 4 aulas), policlínicas rurales, saneamiento de cañadas, letrinas, construcción de puentes, centros comunales, canchas, pequeños proyectos de electrificación rural, entre otros.

ii) Dispersión y duplicidad de la oferta de servicios

Una de las debilidades aparentes con los proyectos de infraestructura comunitaria ejecutados desde PROCOMUNIDAD es su falta de articulación con un plan o estrategia nacional, que los vincule de manera coherente y planificada con las intervenciones y prioridades de las demás instituciones estatales. Esto es así en particular con los proyectos de infraestructura social, como escuelas y policlínicas que para su operación requieren de los ministerios de Educación y Salud Pública respectivamente. Si bien en esos casos PROCOMUNIDAD realiza la coordinación para entregar los planteles a dichos ministerios, según las entrevistas realizadas, se han dado casos en que los planteles no entran en funcionamiento en un tiempo adecuado.

Lo anterior se relaciona también con el problema de la duplicidad de funciones en el Estado, pues

todos los proyectos de infraestructura que realiza PROCOMUNIDAD son realizados también por alguna otra institución estatal, ya sean ayuntamientos locales, otras direcciones como la Dirección General de Comunidad Digna, o bien ministerios como los de Educación, Salud, Obras Públicas o Deportes.

9.2 Programas de la Dirección General de Desarrollo Fronterizo (fichas 13 y 14)

1) Los programas de la Dirección General de Desarrollo Fronterizo y su coherencia con la Iniciativa del Piso de Protección Social

La Dirección General de Desarrollo Fronterizo (DGDF) es una institución adscrita a la Presidencia de la República, creada mediante el Decreto No. 443-00 del año 2000. La mayoría de las acciones de la DGDF buscan fomentar el desarrollo agrícola e industrial de las provincias fronterizas: proyectos apícolas, de procesamiento de productos locales, de producción pesquera, así como reparación de caminos vecinales y de infraestructura para el suministro de agua para riego, entre otros. Sin embargo, se identificaron dos proyectos que se analizan debido a su función de ofertar servicios básicos esenciales, como son la salud y la vivienda: el programa Ver Bien para Aprender y un programa de cambio de pisos de tierra por pisos de cemento.

i) Coherencia entre los objetivos de los programas y la finalidad del PPS

OBJETIVO GENERAL:
Ver Bien para Aprender: mejorar y corregir problemas visuales en niños, niñas y adolescentes de educación básica e intermedia en la región fronteriza y zonas de amortiguamiento.
Cambio de pisos de tierra: contribuir a mejorar las condiciones de vida de familias de escasos recursos de la zona fronteriza dotándolas de unidades habitacionales habitables y dignas.

Estos programas se enfocan en servicios básicos que forman parte de la protección social de la que deben gozar todas las personas: vivienda digna y salud (en este caso, salud visual), por lo que pueden considerarse afines con la Iniciativa de Piso de Protección Social.

ii) Criterios de focalización y el objetivo de la universalidad

Una de las justificaciones de la creación de la DGDF es la situación de rezago en términos de niveles de pobreza y de desarrollo humano en que se encuentra la región fronteriza dominicana en relación al resto del país. En ese sentido, estos programas buscan atender a una de las poblaciones con menos oportunidades de satisfacción de necesidades básicas.

Según el mapa de desarrollo humano de la República Dominicana (ODH 2013), las regiones que comprenden a las provincias fronterizas son precisamente las que tienen los más bajos índices de desarrollo humano (IDH) del país: la región Enriquillo, con un IDH de 0.246; la región El Valle, con

un IDH de 0.293; y la región Cibao Noroeste, con un IDH de 0.379. Las tres regiones se encuentran significativamente por debajo del IDH nacional, que es de 0.513, lo que significa que la población de esta zona está expuesta a peores condiciones de vida y tiene menor acceso a servicios de salud, educación y empleo.

iii) Financiación de los programas de protección social de la DGDF

El programa de cambio de pisos de tierra es financiando en su totalidad por la DGDF, con un monto de RD$ 16,533,108.40 para el año 2014.

El programa Ver Bien para Aprender será financiado de manera conjunta entre las tres instituciones responsables de su ejecución: la DGDF, que espera aportar el 31% de los RD$ 67,528,000 para su implementación en el próximo año escolar 2014-2015; el Instituto Nacional de Bienestar Estudiantil (INABIE) del Ministerio de Educación que espera contribuir con el 53%; y la Fundación Ramiro García, que espera poner el 16% restante. Hasta el momento, el programa solo ha realizado operativos pilotos en las provincias de San Juan de la Maguana, Montecristi y Santiago Rodríguez.

iv) Instituciones que desarrollan los programas y su coordinación

Para el programa de cambio de pisos de tierra, el departamento de Desarrollo Social y Comunitario de la DGDF levanta la información necesaria para identificar los hogares, a través de una encuesta de evaluación que es aplicada por la red de voluntariado que la institución ha creado en las provincias fronterizas. Una vez seleccionados los hogares, el Departamento de Operaciones coordina con las oficinas locales de la DGDF, que a su vez coordinan con cualquier institución local que sea necesario, y elabora un contrato con el personal constructor. Por lo general se utilizan equipos de la propia institución.

En cuanto al programa Ver Bien para Aprender, este se realiza a partir de una alianza tripartita entre la DGDF, el INABIE y la Fundación Ramiro García. La DGDF pone al servicio del programa sus clínicas móviles, el INABIE aporta los lentes correctivos, coordina con los operativos con las escuelas locales y se compromete a dar seguimiento a los estudiantes examinados. Por último, la Fundación Ramiro García es la que se encarga de aportar los optómetras y profesionales de la vista que realizan los exámenes.

v) Participación de la sociedad civil y de los beneficiarios en el diseño, desarrollo y evaluación de los programas

No se contemplan mecanismos de partición de la sociedad civil ni de los beneficiarios en el programa de cambio de pisos de tierra.

En el caso del programa Ver Bien para Aprender, una de las tres instituciones ejecutoras, la Fundación Ramiro García, es una asociación sin fines de lucro de la sociedad civil. Más allá de su rol protagónico en el programa, no se contemplan otros mecanismos de participación de la sociedad civil.

2) Población beneficiaria y abordaje de las brechas de género

i) Población atendida según sexo

En el caso del programa de cambio de pisos de tierra se priorizan hogares con personas adultas mayores, personas con discapacidad, personas menores de edad y madres solteras. Para identificar a los hogares beneficiarios la institución realiza una encuesta en las comunidades en que se realizará el programa. En el año 2014 se realizó el cambio de pisos de tierra por pisos de cemento en 897 hogares, lo que da un estimado de 5,382 personas beneficiarias. No fue posible conseguir información acerca del porcentaje de hogares con jefatura femenina y masculina.

El programa Ver Bien para Aprender, en sus operativos pilotos del año escolar 2013-2014, examinó la vista a 704 estudiantes. Nuevamente, no fue posible conseguir información sobre la división por sexo de estos estudiantes. Para el año escolar 2014-2015 el programa espera atender a una población estudiantil de 171,350 en ocho provincias: Montecristi, Santiago Rodríguez, Valverde Mao, Dajabón, Elías Piña, San Juan, Bahoruco e Independencia.

Ninguno de los dos programas contempla un enfoque de género, como demuestra el hecho de que no registran estadísticas sobre la división por sexo de los beneficiarios. En el programa de cambio de pisos de tierra, sin embargo, vale mencionar que uno de los grupos priorizados son las madres solteras.

ii) Condicionalidad

No se contemplan condiciones a seguir en ninguno de los dos programas. En el programa de cambio de pisos de tierra se solicita a las familias pintar sus casas una vez terminado el trabajo de cambio de piso; para ello se les facilita la pintura. Este pedido resulta una corresponsabilidad, más que a una condicionalidad.

3) Componentes en relación al PPS y distribución en función del sexo

El programa de cambio de pisos contempla la rehabilitación de unidades habitacionales, específicamente la construcción de pisos de cementos en hogares que tenían piso de tierra, a fin de contribuir a reducir las enfermedades infectocontagiosas y parasitarias en sus habitantes.

El programa Ver Bien para Aprender consiste en operativos con clínicas móviles para hacer exámenes oftalmológicos a niños, niñas y adolescentes de centros educativos e identificar enfermedades de la vista. Incluye la donación de lentes correctivos y la realización de cirugías menores.

9.3 Programas de la Dirección General de Comunidad Digna (fichas 15 y 16)

La Dirección General de Comunidad Digna, creada por decreto presidencial en 1999, es una institución adscrita a la Presidencia de la República y bajo la tutela del Gabinete de Coordinación

de Políticas Sociales (GCPS). Actualmente implementa dos programas: uno de construcción de infraestructura comunitaria y el Programa de Ayuda Digna Inmediata (PADI), que consiste en la asistencia a personas de escasos recursos.

1) Sobre el programa y su coherencia con el Piso de Protección Social

i) Coherencia entre los objetivos de la DGCD y la finalidad del PPS

OBJETIVO GENERAL:

Mejorar las condiciones de vida de la población en situación de vulnerabilidad, cubriendo sus necesidades básicas.

Por el hecho de dirigir su objetivo hacia población en situación de vulnerabilidad y de enfocarse en cubrir sus necesidades básicas, la finalidad de la DGCD puede considerarse dentro del enfoque de Piso de Protección Social.

ii) Criterios de focalización y el objetivo de la universalidad

Para escoger a la población beneficiaria de sus programas, la DGCD no utiliza criterios de focalización como tal, sino que identifica a comunidades y familias en situación de pobreza y/o vulnerabilidad a través de los contactos y gestiones realizadas por sus enlaces territoriales.

La institución tiene pendiente trabajar en el futuro con el documento del SIUBEN Índice de calidad de vida. Estudio socioeconómico de hogares 2012 para escoger las áreas prioritarias por su condición de pobreza extrema o moderada.

iii) Financiación y presupuesto del programa

Ambos programas se financian exclusivamente con el presupuesto de la institución que es asignado a través de la Presidencia de la República. Para el año 2014, el monto total destinado a los programas de la DGCD es de RD$ 19 millones. No fue posible conseguir información sobre cuánto de este monto se asigna a cada programa.

iv) Instituciones y mecanismos de coordinación

El PADI se coordina desde la Subdirección de Acción Solidaria, mientras que los proyectos de infraestructura se coordinan desde el Departamento de Infraestructura Comunitaria. Ambos están bajo la supervisión de la Dirección General de la institución.

Actualmente se está coordinando una revisión de los programas en colaboración con el Ministerio de Economía Planificación y Desarrollo (MEPyD).

iv) Participación de la sociedad civil, de la comunidad y de las familias que se benefician de los programas

No hay mecanismos de participación de la comunidad o de las familias en los programa. Sin embargo, desde 2009 la DGCD ha venido trabajando en la construcción de una red solidaria de personas, grupos e instituciones, que dan apoyo a sus labores de asistencia. Como parte de esta red se encuentran las «enlaces comunitarias» (en su mayoría mujeres), que son líderes comunitarias locales, pertenecientes a organizaciones comunitarias de base, que colaboran en la selección de beneficiarios y en la implementación del proyecto (algunas reciben pago por este trabajo, otras lo hacen de manera honorífica).

2) Sobre la población beneficiaria y las brechas de género

i) Población beneficiaria

Como se mencionó, la institución no ha implementado hasta el momento criterios de focalización. A pesar de ello, según las entrevistas realizadas, se priorizan grupos vulnerables como mujeres jefas de hogar y menores de 5 años, personas adultas mayores, personas con discapacidad, personas en edad activa desempleadas, personas con VIH y personas con adicciones.

ii) Condicionalidad

No se establecen condiciones para participar en los programas. Para los proyectos de infraestructura comunitaria, se contempla un componente de capacitación sobre el uso y mantenimiento adecuado de la obra.

iii) Distribución por sexo de las personas beneficiarias

No fue posible conseguir la cifra total ni la distribución según sexo de las personas beneficiarias del Programa de Ayuda Digna Inmediata (PADI). En cuanto al programa de infraestructura comunitaria de servicios básicos, se indica que durante el año 2013 se beneficiaron un total de 88 hogares (26 por reparación de vivienda y 62 por soluciones sanitarias), de los cuales el 68% son de jefatura femenina y el 32% de jefatura masculina.

3) Componentes del programa en relación a la población beneficiaria

Servicios esenciales ofertados por el programa

El PADI consiste en la entrega de alimentos, equipos básicos y electrodomésticos para los hogares, así como de canastas con productos para mujeres embarazadas. Las metas del PADI para 2013 incluían la entrega de donativos a 500 personas con discapacidad y a 20 centros comunitarios de salud, así como la creación de 10 hogares comunitarios de atención a personas pobres. Sin embargo, no fue posible confirmar cuánto de estas metas se logró implementar.

Por otro lado, el programa de infraestructura comunitaria tiene seis proyectos vigentes dirigidos a responder a las necesidades de servicios esenciales de familias vulnerables. De acuerdo a la planificación obtenida, estos son:

- Construcción de baños para 500 familias (2,500 personas) entre el 2011 y el 2017 en las provincias de Santo Domingo, Espaillat y El Seybo.
- Construcción de letrinas de foso doble con ladrillos ecológicos para 2,000 familias (10,000 personas) entre el 2011 y el 2017 en las provincias de Barahona, San Francisco de Macorís y San José de Ocoa.
- Construcción de letrinas sencillas con ladrillos ecológicos para 5,000 familias (25,000 personas) entre el 2011 y el 2017, a nivel nacional.
- Construcción de filtros biológicos de arena para la potabilización del agua para 1,000 familias (5,000 personas) entre el 2011 y el 2017, a nivel nacional.
- Construcción de viviendas con ladrillos ecológicos para 540 familias (2,700 personas) entre el 2011 y el 2017 en las provincias de Santo Domingo, Espaillat y El Seybo.
- Rehabilitación de viviendas para 1,000 familias (ya sea en el techo de zinc, paredes de madera, pisos, puertas, ventanas y pintura) entre el 2011 y el 2013, a nivel nacional.

No queda claro si se está trabajando al ritmo esperado para lograr las metas planteadas por estos proyectos para el 2017, que llegarían a beneficiar a un total de 10,040 familias. En el 2013, se logró atender con estos proyectos solo a 88 hogares y únicamente en los componentes de rehabilitación de viviendas (26 hogares) y soluciones sanitarias (62 hogares) (no se especifica si se refiere a baños, letrinas sencillas o letrinas de foso doble).

Como se mencionó, estos proyectos de infraestructura incluyen un componente de capacitación a las familias beneficiadas en el adecuado uso y mantenimiento de las obras.

En años anteriores la DGCD ejecutaba un programa de micronegocios a través del cual financiaba medios de generación de ingresos, en especial a mujeres (paleteras, cafeteras y triciclos para la venta ambulante), pero desde hace dos años este programa no se está ejecutando por falta de fondos.

Cobertura de la oferta de servicios

Vale señalar que, asumiendo que alcancen la metas planteadas, los tres proyectos de infraestructura básica para la disposición adecuada de excretas (baños, letrinas de foso doble y letrinas sencillas) impactarán, en el lapso de 8 años, en un total de 7,500 familias. De acuerdo a los datos del Censo 2010, hay en el país 160,589 hogares que no disponen de servicio sanitario; eso significa que los tres proyectos atenderán al 4.6% de hogares con necesidad de servicio sanitario.

Los dos proyectos de construcción y rehabilitación de vivienda, a su vez, impactarán a un total de 1,540 familias. Nuevamente, de acuerdo al Censo 2010, existen en el país 19,551 viviendas de baja calidad y 97,882 hogares viven en hacinamiento extremo. Ambos proyectos juntos, entonces, impactarán en el 7.8% de las viviendas de baja calidad del país y en el 1.57% de los hogares que viven en hacinamiento.

Por último, el proyecto de instalación de filtros biológicos para la potabilización de agua está dirigido a 1,000 familias, lo que representa un 0.11% de los 876,071 hogares que carecen de acceso a agua potable en su vivienda o patio según el Censo 2010.

Como se puede ver, los proyectos de infraestructura de la DGCD, si bien atienden a necesidades básicas, tienen una cobertura muy limitada, teniendo en cuenta la magnitud de la población dominicana que sufre de las carencias atendidas.

En cuanto al PADI, como ya se mencionó, se cuenta con insuficiente información sobre la población impactada por este programa. Sin embargo, vale mencionar que el hecho de que no fuera posible acceder a la información podría ser un indicio de ciertas debilidades a superar en cuanto a la coordinación y gestión del proyecto. Igualmente, es muy positiva la intención expresada por las personas entrevistadas de incluir criterios de focalización a través del SIUBEN, pues por el momento la flexibilidad existente en la selección de las personas beneficiarias puede dar lugar a arbitrariedad.

9.4 Análisis de los programas de oferta de servicios esenciales, desarrollo social y desarrollo comunitario

En esta sección se analizan los programas desarrollados por instituciones dependientes de la Presidencia de la República, en la actualidad bajo la coordinación del Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales, que buscan promover el desarrollo social y comunitario, en especial en lo que se refiere al acceso a servicios básicos que, por lo tanto, pueden considerarse como parte del marco de políticas que aspiran al logro de un Piso de Protección Social. Estas instituciones son:

- El Fondo de Promoción a las Iniciativas Comunitarias (PROCOMUNIDAD), creado en 1993 por decreto presidencial, que se dedica a realizar proyectos de infraestructura social y productiva en comunidades con altos niveles de pobreza.
- La Dirección General de Comunidad Digna (DGCD), creada por decreto presidencial en 1999, que actualmente implementa proyectos de construcción de infraestructura comunitaria y asistencia a personas de escasos recursos a través de donativos.
- La Dirección General de Desarrollo Fronterizo (DGDF), creada mediante decreto en el año 2000, y que, además de sus proyectos principales de apoyo a la producción, está implementando dos programas de corte social en las áreas de salud y vivienda digna.

Otras instituciones de características y objetivos similares son la Dirección General de Desarrollo de la Comunidad (DGDC), que existe desde 1962, y la Comisión Presidencial de Apoyo al Desarrollo Barrial (CPADB), creada por decreto en 1997, ambas hoy bajo la dirección del GCPS. Sin embargo, no se realizó un análisis profundo sobre estas entidades por considerar que sus programas no están tan enfocados en las finalidades del PPS o por no haber logrado establecer el contacto.

Llama la atención la similitud de los objetivos de los programas de estas instituciones, todos dirigidos a mejorar las condiciones de vida y cubrir necesidades básicas insatisfechas de los grupos poblaciones más vulnerables, con miras a reducir la pobreza. De acuerdo a un informe publicado

en el 2008 por el Centro de Estudios de Género (CEG) del Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC), este grupo de instituciones «es un reflejo de la duplicidad y dispersión que caracteriza la política social en el país» (Ramírez 2008, 59), pues comparten las mismas funciones y se dirigen a población de iguales características.

La línea de acción principal de este grupo de instituciones son las pequeñas obras de infraestructura que para 2014 se concentraban en letrinas, canchas deportivas y rehabilitación de viviendas. En años anteriores se ha trabajado en la construcción de centros de salud, centros comunales, escuelas, viviendas, electrificación e infraestructura de acceso a agua potable, entre otros. En el caso de la DGCD se enfocan también en un programa de donativos que entregan alimentos y equipos de salud a personas de escasos recursos y/o a instituciones sociales.

El presupuesto de estas instituciones es asignado por el GCPS y puede variar significativamente cada año; para 2014 oscilan entre los 68 y los 168 millones de pesos anuales para cada una, mientras que el presupuesto dirigido a los programas analizados, en conjunto, es de alrededor de RD$ 37 millones (sin contar el programa Ver Bien para Aprender), lo que equivale a un 0.006% del presupuesto nacional.

INSTITUCIONES	PRESUPUESTO ASIGNADO A LA INSTITUCIÓN PARA 2014 (RD$)	PRESUPUESTO DE LOS PROGRAMAS ESCOGIDOS PARA EL ANÁLISIS (RD$)
Dirección General de Comunidad Digna	68,750,163	19,000,000
Fondo de Promoción a las Iniciativas Comunitarias	81,783,093	1,528,070
Dirección General de Desarrollo Fronterizo	168,206,470	16,533,108 (más 67,528,000 planificados para el programa Ver Bien para Aprender en el año escolar 2014-2015)

Los programas analizados se escogieron en función de su afinidad con los objetivos del Piso de Protección Social, en particular, se evaluaron solo los programas de estas instituciones que iban dirigidos a población vulnerable y/o que se dirigían a suplir servicios básicos esenciales como salud, alimentación, vivienda y agua.

Como se puede observar, los programas de la DGCD y de PROCOMUNIDAD, así como el programa de cambio de pisos de tierra de la DGDF, son programas bastante pequeños en términos de presupuesto. Solo el programa Ver Bien para Aprender espera tener un presupuesto de mayor relevancia, pero es importante aclarar que este monto no está asegurado todavía pues, según las entrevistas realizadas, la DGDF se encuentra en proceso de búsqueda de fondos para poder participar su implementación.

Brechas de género en los programas

Según las informaciones recolectadas, el enfoque de género que asumen estos programas se limita a la inclusión de las madres solteras como uno de los grupos priorizados en la selección de

personas beneficiarias. Más allá de esto, los programas analizados carecen de una perspectiva de género explícita en su implementación.

Vale resaltar que PROCOMUNIDAD cuenta con una Dirección de Género que concentra sus esfuerzos, más que nada, en las capacitaciones realizadas en las comunidades para fomentar la participación de las mujeres en la gestión de las obras construidas, lo que por un lado contribuye a su empoderamiento y control sobre los recursos, pero por otro lado puede llevar a una mayor carga para las mujeres en términos de trabajo comunitario voluntario. Como señala el informe de CEG-INTEC (Ramírez 2008), es significativo el hecho de que entre las obras de infraestructura comunitaria realizadas en los últimos años, no se incluyan la construcción de estancias infantiles o guarderías, ni la de hogares para la atención de personas con discapacidad o personas adultas mayores no autónomas. Estos espacios de cuidado contribuyen a la superación de la pobreza de las mujeres y sus familias, pues al liberar su tiempo les abren mayores oportunidades de generar ingresos propios y aumentan su autonomía. A pesar de ello, «aliviar la carga de trabajo reproductivo que realizan las mujeres no es considerada una prioridad para la institución y tampoco para la comunidad. El tiempo que invierten las mujeres en el cuidado de los hijos e hijas no es valorado como uno de los obstáculos que ellas deben enfrentar para participar en el espacio público» (Ramírez 2008, 62).

La única de las tres instituciones que pudo ofrecer estadísticas de personas beneficiarias desagregadas por sexo fue la DGCD y solo para uno de sus dos programas (el de proyectos de infraestructura). Las cifras ofrecidas muestran que de 88 hogares atendidos en 2013, la mayoría (68%) son de jefatura femenina, lo que parece confirmar que el criterio de ser madre soltera es tomado en cuenta en el proceso de selección de las personas beneficiarias. Es lamentable, sin embargo, que tanto para el Programa de Atención Digna Inmediata (PADI) de la DGCD, como para los programas de la DGDF y de PROCOMUNIDAD, no exista diferenciación en las estadísticas registradas, pues esto limita las posibilidades de analizar el impacto diferenciado de estos programas en la población femenina y masculina.

Áreas claves de intervención: vivienda, saneamiento y agua potable

Las áreas claves para el desarrollo social y comunitario priorizadas por las instituciones analizadas son las de vivienda digna, saneamiento y agua potable. Se trata de servicios esenciales básicos para todas las personas, cuyo acceso debe ser garantizado por el Estado, según lo establece la Constitución (artículos 59 y 61). En adición, el Plan Nacional Plurianual del Sector Público (PNPSP) 2013-2016 contempla como objetivos específicos facilitar el acceso de la población a viviendas económicas, seguras y dignas (objetivo no. 12), así como garantizar el acceso universal a servicios de agua potable y saneamiento (objetivo no. 13). En ese sentido, vale la pena analizar la situación general del país en esos tres sectores para poder hacer una evaluación más acertada de los programas en cuestión.

De acuerdo al informe de la ODH (2010), el Estado dominicano carece de un plan nacional de vivienda y tampoco dispone de un marco legal para una política de vivienda por lo que sus ejecuciones se realizan de acuerdo a las prioridades y lineamientos del Gobierno central y de las instituciones que trabajan en el área. Estas instituciones incluyen: el Instituto Nacional de la Vivienda

(INVI), creado por la Ley 5892 en 1962; el Instituto de Auxilios y Vivienda (INAVI), creado por la Ley 5574 en 1961; el Ministerio de Obras Púbicas y Comunicaciones (MOPC); la Oficina de Ingenieros Supervisores de Obras del Estado (OISOE); el Consejo Nacional de Asuntos Urbanos (CONAU), hoy integrado al Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPYD), entre otras.

La ODH estima que en el país se requieren unas 398 mil nuevas viviendas (2010, 309) y que para reducir para 2015 el déficit habitacional en un 10% en relación al año 2009 se requiere una inversión anual en el sector del orden del 2.4% al 2.7% del PIB, muy superior al promedio aproximado de 0.5% del PIB anual que se ha estado invirtiendo. «La inversión del Estado dominicano (en vivienda) ha sido volátil, no tiene visión a largo plazo y en muchos caso es improvisada según las circunstancias políticas» (ODH 2010, 306).

Al igual que en el sector de vivienda, la República Dominicana carece de un marco jurídico integral para la regulación del sector de agua potable y saneamiento, y en la actualidad esa función recae de manera fragmentada en el Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales (MARENA), el Instituto Nacional de Recursos Hidráulicos (INDRHI), el Instituto Nacional de Agua Potable y Alcantarillados (INAPA), el Ministerio de Salud Pública (MSP), y otras instituciones más (ODH 2010).

Según el Censo 2010, existen en el país 160,589 hogares que no disponen de servicio sanitario y 876,071 hogares que carecen de acceso a agua potable en su vivienda o patio. «La inversión suplementaria requerida para garantizar el acceso universal a fuentes mejoradas de agua asciende a un total de US$ 729 millones, mientras que la inversión necesaria para el acceso a servicios sanitarios mejorados asciende a US$ 98 millones, lo cual representa en total menos del 0.25% anual del PIB» (ODH 2010, 318).

En este contexto nacional, los proyectos de rehabilitación de vivienda llevados a cabo tanto por la DGDF como por la DGCD, así como los proyectos de soluciones sanitarias emprendidos por la DGDC y PROCOMUNIDAD, resultan un esfuerzo desarticulado y con una cobertura muy limitada. A pesar de que estas intervenciones contribuyen a mejorar la situación de las familias a las que benefician, al resolver necesidades prácticas, no se encaminan a solucionar la problemática de la carencia de estos servicios básicos a nivel nacional.

En ese sentido, sería interesante que esas instituciones articularan sus esfuerzos en el marco de un plan nacional que coordine las distintas entidades que trabajan en suplir estas necesidades.

Retos por superar, coordinación e institucionalidad

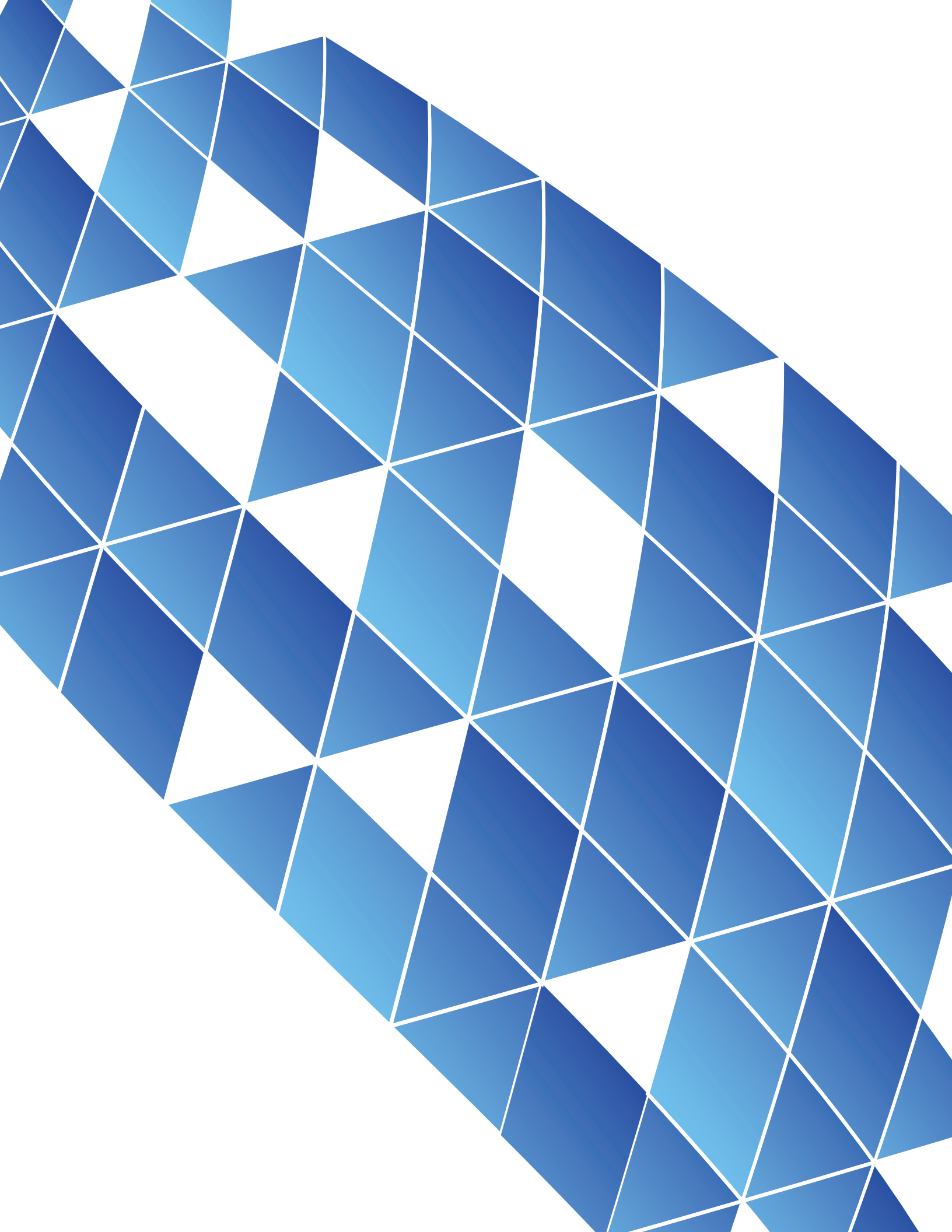
En su diagnóstico sobre el enfoque de género en las políticas públicas sobre reducción de pobreza en la República Dominicana (Ramírez 2008), en lo que respecta a los programas de desarrollo humano y social, que incluyen PROCOMUNIDAD y DGCD, el CEG-INTEC afirma:

> "*El carácter personalista de la gestión de algunos incumbentes, quienes en nombre del Presidente de la República difunden en los medios la terminación de obras o servicios de las instituciones públicas que representan, aunado a la dispersión de tales acciones, sin que responda en muchos casos a un plan que cuente además con los mecanismos de participación social, convierte dicha asistencia en asis-*

> *tencialismo-clientelar. Nuevamente la ausencia de un enfoque de derechos en la política social promueve la visión de «regalo», generando una relación paternalista, en lugar de promover el ejercicio de una ciudadanía activa (Ramírez 2008, 60-61)".*

La ODH concuerda con esta crítica cuando afirma que, por la ausencia de una perspectiva de derecho y de un marco jurídico claro, los problemas de servicios básicos (en participar de vivienda) han sido enfrentados por los diferentes Gobiernos con «métodos paternalistas, centralizados y clientelistas» (2010, 292), que no resultan en soluciones reales, equitativas y justas.

Esta situación no ha sido superada en la actualidad. La dificultad enfrentada en el desarrollo del presente mapeo para acceder a informaciones básicas sobre los programas analizados sugiere debilidades a superar en cuanto a la institucionalidad, planificación, coordinación y gestión de los proyectos. Igualmente, la flexibilidad existente en la selección de las personas beneficiarias deja espacio a prácticas de selección arbitrarias y clientelares. Por esto, resulta positiva que, según lo expresado por algunas de las personas entrevistadas, las instituciones en cuestión tienen en agenda empezar a aplicar criterios de focalización a través del SIUBEN.



CAPÍTULO 10

Programas de promoción social y de incentivo a la empleabilidad y el emprendimiento de sectores vulnerables (fichas 17, 18, 19 20 y 21)

10. PROGRAMAS DE PROMOCIÓN SOCIAL Y DE INCENTIVO A LA EMPLEABILIDAD Y EL EMPRENDIMIENTO DE SECTORES VULNERABLES (FICHAS 17, 18, 19, 20 Y 21)

10.1 Servicio de apoyo a la empleabilidad del Ministerio de Trabajo (fichas 17 y 18)

En las sociedades modernas el trabajo constituye la principal fuente de ingreso, de manera que resulta pertinente en este estudio analizar las iniciativas que se están implementando desde el Ministerio del Trabajo para fomentar la inserción en el mundo laboral de las personas en condiciones de desempleo, subempleo o inactividad, con especial énfasis en los grupos poblacionales más desfavorecidos por pertenecer a los sectores pobres.

No fue posible obtener todos los datos necesarios para realizar un análisis de género completo, perspectiva que debería fortalecerse debido a la importancia de este tipo de iniciativa a la hora de combatir las numerosas desigualdades y saldar las numerosas brechas de género que, como se analizó en detalle en los capítulos 3 y 6, caracterizan el mercado laboral dominicano y repercuten en un acceso desigual a la seguridad social.

A continuación se presentarán algunas iniciativas que se están lanzando desde el Servicio Nacional de Empleo y el Programa de Apoyo al Servicio Nacional de Empleo (PASNE), más conocido como programa Juventud y Empleo, y de una componente de este programa que prepara jóvenes al autoempleo.

Iniciativas del Servicio Nacional de Empleo

El Servicio Nacional de Empleo (SENAE) es una instancia operativa de la Dirección General de Empleo (DGE) del Ministerio de Trabajo y cuenta con tres departamentos que se ocupan de preparar a personas que demandan empleo para una efectiva inserción laboral o para el autoempleo:

- Orientación y Oficios Especializados. Este departamento ofrece los talleres de Técnicas Exitosas de Búsqueda de Empleo y de Motivación al Autoempleo.
- Departamento de Promoción de Empleo, que cuenta con 17 Oficinas Territoriales de Empleo (OTE) a nivel nacional.

- Escuela Taller de Santo Domingo, con su programa dedicado a la Formación en Oficios.

A estos servicios se puede acceder de cuatro maneras:

1) A través de la Bolsa Electrónica de Empleo (www.empleateya.net), dónde las empresas pueden registrarse y publicar sus puestos vacantes, y los trabajadores pueden ingresar su currículum vítae y aplicar a los puestos disponibles que ofrecen las empresas.
2) A través de las 17 Oficinas Territoriales de Empleo (OTE) existentes a nivel nacional, dónde se depositan vacantes y currículum de candidatos y se hace la conexión; de estas 17 oficinas, 4 son operadas por el INFOTEP.
3) A través de las Ferias de Empleo, que se organizan frente a necesidades a nivel de empresas o de provincia.

El SENAE está lanzando dos proyectos pilotos dirigidos a población vulnerable de sectores pobres con el fin brindarle oportunidades de acceder al mundo del trabajo:

- Un proyecto dirigido a 20 personas con discapacidad para formarlas como emprendedoras (en colaboración con UNIBE, quien cuenta con infraestructura adecuada).
- El Programa para Emprendedores, dirigido a 100 jóvenes entre los 20 y 35 años de sectores vulnerables (pertenecientes a barrios periféricos, que han abandonado la escuela y ni estudian ni trabajan, así como mujeres jefas de hogar) que hayan tenido acceso a cursos de artesanía de la Escuela Taller de Santo Domingo y cuenten con actitudes emprendedoras. Los 100 jóvenes (no hay un criterio de discriminación positiva de género en la selección de las personas participantes) estaban —al momento de la entrevista— a la espera de recibir capacitación en cinco cursos de ciclo corto de 20 personas cada uno, al final de la cual contarían con un plan de negocios y con la posibilidad de acceder a créditos para empezar sus proyectos (a través de alianzas con instituciones como Banca Solidaria, PROMIPYME, ADOPEM, Fundación Banreserva, ADEMI y Fundación Sur Futuro). El programa para emprendedores está encaminado a formar empresas y promueve su registro en el Ministerio del Trabajo y en el sistema de seguridad social.

El Programa de Apoyo al Servicio Nacional de Empleo Juventud y Empleo (ficha 17)

El componente principal[175] del Programa de Apoyo al Servicio Nacional de Empleo (PASNE)[176] se ocupa de la capacitación laboral.

[175] Entre los componentes del PASNE se enumeran:
1) Componente de capacitación laboral: se ocupa de brindar formación a jóvenes; se está además trabajando en el fortalecimiento del sistema informativo de selección aleatoria de las personas solicitantes y de su vinculación con la Bolsa Electrónica de Empleo.
2) Apoyo al sistema de empleo a través del fortalecimiento de las 17 OTE.
3) Apoyo al Observatorio Laboral Dominicano (OMLAD): en la actualidad se está finalizando el diseño del índice de empleabilidad y colaborando en el fortalecimiento de la gestión del observatorio.
4) Componente de evaluación de impacto del programa.

[176] Desde el 2001 el programa ha pasado por tres fases, con el apoyo financiero del Banco Interamericano de Desarrollo y del Banco Mundial, y actualmente está al inicio de la cuarta fase. El diseño del programa ha sido objeto de diferentes evaluaciones, los hallazgos de las evaluaciones de impacto se han utilizado para modificar el diseño del programa y para aumentar sus potenciales de éxito y la repercusión de las intervenciones futuras.

OBJETIVO GENERAL:

Mejorar la empleabilidad de la población joven de bajos ingresos en situación de riesgo social.

El objetivo principal de este componente es mejorar la empleabilidad de la población joven de bajos ingresos en situación de riesgo social, a través de una capacitación laboral teórico-práctica en salas de clase y una primera experiencia laboral mediante pasantías en empresas, a fin de dotar a los participantes de habilidades, conocimientos y destrezas para la ejecución de un oficio y completar su formación educativa formal.

Dirección del programa y mecanismos de coordinación

El programa se ejecuta a través de la alianza estratégica entre el Ministerio del Trabajo (MT) y el Instituto de Formación Técnico Profesional (INFOTEP) con los Centros Operativos del Sistema (COS) y se coordina a través de un comité consultivo interno conformado por el MT, el INFOTEP y la Dirección General de Empleo.

Financiación del programa

El programa hoy cuenta con la financiación del Banco Interamericano para el Desarrollo (20 millones de dólares americanos, equivalente a aproximadamente RD$ 860 millones) y el Gobierno dominicano (900,000 dólares, equivalente a cerca de RD$ 38.7 millones) y contempla un periodo de aplicación de cuatro años, desde la fecha de su ejecución en el 2013.

Según un informante clave, el presupuesto se considera suficiente, aunque se haya establecido un tope presupuestario de 800 mil dólares por año (alrededor de RD$ 34.4 millones) que limita la ejecución.

Las anteriores versiones tuvieron financiamientos por parte del BID (20 millones de dólares para la primera fase del programa que concluyó en el 2008) y del Banco Mundial (25 millones de dólares para el período 2008-2012). El programa, como se ve, es altamente dependiente de la cooperación internacional.

Participación de la sociedad civil en el diseño del programa

Organizaciones de la sociedad civil, sobre todo juntas de vecinos, iglesias, fundaciones y organizaciones de base apoyan en la promoción y el reclutamiento de potenciales beneficiarios que refieren a las Oficinas Territoriales de Empleo y a los Centros Operativos del Sistema.

Población beneficiaria

La población beneficiaria está compuesta por jóvenes de 18 a 29 años en situación de desempleo, subempleo o inactividad, que se han dirigido al Servicio Nacional de Empleo y llenado la ficha de inscripción para postulantes. Para tener acceso a estos programas la población joven debe, además, estar ubicada en las áreas de prioridad I y II del mapa de pobreza, no estar insertada en el sistema educativo formal, no haber concluido la educación secundaria y contar con cédula dominicana válida. El programa no contempla un enfoque específico dirigido a la población con discapacidad.

Al considerar las persistentes altas tasas de desempleo de las mujeres jóvenes (en 2010 las mujeres entre los 20 y 29 años tenían una tasa de desocupación del 31.1%, lo que correspondía a más del doble de la tasa de desocupación promedio de 14.3%) en la selección de las personas beneficiarias el programa busca garantizar la equidad de género al dar prioridad a las mujeres, en particular, a las que son jefas de hogares o madres solteras.

Como se puede apreciar en la tabla a continuación, en las diferentes fases del programa se ha atendido, de manera constante, una población mayoritariamente femenina. De las 75,181 personas egresadas del programa con la calificación de auxiliar técnico en su área de especialización, el 54.4% han sido jóvenes mujeres y el restante 45.5% jóvenes hombres. Entre las personas beneficiarias, el 26% son jefas de hogar y un 54% jefes de hogar.

TABLA 10.1 DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LA POBLACIÓN BENEFICIADA POR EL PASNE DESDE 2003 HASTA EL 2013

AÑO	TOTAL	MUJERES	HOMBRES
2003 (piloto)	673	291	382
	100%	43.2%	56.8%
2003-2004	5,757	3,124	2,633
	100%	54.3%	45.7%
2004-2005	15,356	8,959	6,397
	100%	58.3%	41.7%
2005-2006	5,623	3,440	2,183
	100%	61.2%	38.8%
2008	6,232	3,815	2,417
	100%	61.2%	38.8%
2009	12,102	6,293	5,809
	100%	52.0%	48.0%
2010 MT	11,545	6,002	5,544
	100%	52%	35.7%
2010 INFOTEP	4,000	2,220	1,780
	100%	55.0%	45.0%
Total 2010	15,454		
2011-2012 MT	8,148	4,238	3,910
	100%	52.0%	48.0%
2011-2012 INFOTEP	3,283	1,526	1,757
	100%	53.0%	47.0%
Total 2011-2012	11,431		
2012-2013	2,461	1,454	1,007
	100%	59.1%	40.9%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos por la Unidad Coordinadora del PASNE.

Las capacitaciones se ofrecen en los Centros Operativos de Sistema (COS) que son centros de formación profesional reconocidos por el INFOTEP. Los 200 COS están distribuidos en las diferentes regiones del país, a nivel urbano y rural. No obstante, la mayoría de las personas que acceden a los cursos pertenecen al área urbana[177].

Es importante resaltar que, para facilitar el acceso de personas de bajos recursos, la matrícula para participar en las capacitaciones es gratuita y las personas participantes reciben un viático diario de RD$ 100.

Los participantes no tienen un alto nivel de participación en el diseño de los programas, limitándose su aporte a los encuentros de supervisión realizados por el INFOTEP y el Ministerio del Trabajo en el proceso de evaluación del programa.

Oferta de programas de capacitación profesional

Las personas seleccionadas, dependiendo del nivel de vulnerabilidad, del índice de empleabilidad y de eventuales cursos atendidos anteriormente, pueden acceder a cinco diferentes modalidades de capacitación, cada una con una diferente duración:

TABLA 10.2 **MODALIDADES DE CAPACITACIÓN, CONTENIDO Y DURACIÓN**

TIPO DE CAPACITACIÓN	CONTENIDO	HORAS DE CAPACITACIÓN POR CURSO
Modalidad 1	Capacitación en Desarrollo de Competencias Básicas (DCB)	Total 150
Modalidad 2	Capacitación en Desarrollo de Competencias Básicas (DCB)	150
	Entrenamiento para la Inserción Laboral (EIL)	240
		Total 390
Modalidad 3	Capacitación en Desarrollo de Competencias Básicas (DCB)	150
	Formación Teórico-Técnica (TTP)	75
	Entrenamiento para la Inserción Laboral (EIL)	240
		Total 465
Modalidad 4	Entrenamiento para la Inserción Laboral (EIL)	Total 240
Modalidad 5	Entrenamiento al autoempleo*	Total 250

* La modalidad de Entrenamiento al Autoempleo será analizada por separado.

La capacitación DCB se considera desde hace poco como modulo independiente debido a la alta valoración dada a este componente por parte de los empleadores de las personas egresadas de las anteriores versiones. Este componente apunta a aumentar la autoestima y mejorar la actitud hacia el trabajo de los jóvenes.

[177] Entre las personas que formaron parte de la línea de base del último estudio de impacto realizado por la Agencia de Cooperación Alemana (GIZ), el 90% de las personas registrada se concentraba en el área urbana y alrededor del 25% en Santo Domingo.

Las capacitaciones profesionales se otorgan tomando en cuenta las características y necesidades del mercado local y abarcan diferentes ámbitos: repostería, peluquería, secretariado, asistencia administrativa, entre otros.

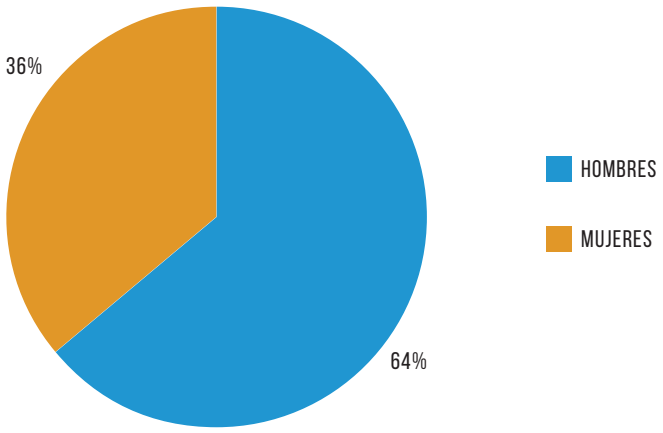
La modalidad estándar contempla al final de la formación una pasantía: el Entrenamiento para la Inserción Laboral (EIL). Actualmente hay dos tipos de acuerdo con las empresas para el desarrollo de las pasantías:

- En un caso el programa paga un viático de RD$ 100 por día de asistencia a cada pasante y pide a cambio a la empresa que asegure un 30% de empleo a las personas capacitadas.
- En la modalidad «proseguro» el programa paga a los jóvenes el sueldo mínimo para los tres meses de pasantía y, a cambio, la empresa se compromete a garantizar empleo seguro al 80% de las personas participantes. Para muchas de las personas beneficiadas esta constituye una de las pocas oportunidades de insertarse en el mundo del trabajo, además de ser un ingreso seguro durante los tres meses de la pasantía.

No se cuenta con datos desagregados por sexo relativos a las personas participantes en las diferentes modalidades de capacitación ni en las diferentes modalidades de pasantías. Sería interesante profundizar para entender si las mujeres participan en capacitaciones de larga duración que le garanticen el acceso al empleo o si, debido a las responsabilidades familiares de cuidado y la carga de trabajo doméstico, se limitan a acceder a cursos de breve duración.

Haciendo referencia a la muestra de los 136 jóvenes que en el cuatrimestre febrero-mayo 2014 se beneficiaron de la modalidad de Entrenamiento para la Inserción Laboral (EIL), se destaca que el 64% son hombres y el restante 36% son mujeres; las personas contratadas al término de la pasantía fueron 99 personas (el 33% mujeres y el 67% hombres)[178].

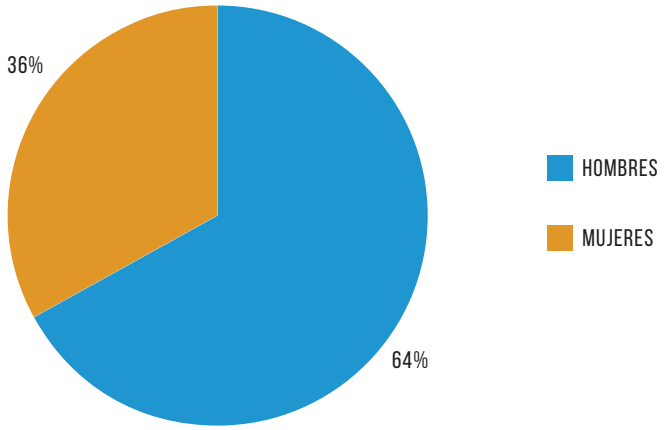
GRÁFICO 10.1 DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LAS PERSONAS QUE SE HAN BENEFICIADO DE LA MODALIDAD IEL (FEBRERO - MAYO 2014)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos recibidos por el Ministerio de Trabajo.

[178] Las empresas contratistas son del sector textil y zapatería.

GRÁFICO 10.2 DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE BENEFICIARIOS/AS DE LA MODALIDAD IEL QUE FUERON CONTRATADAS (FEBRERO - MAYO 2014)

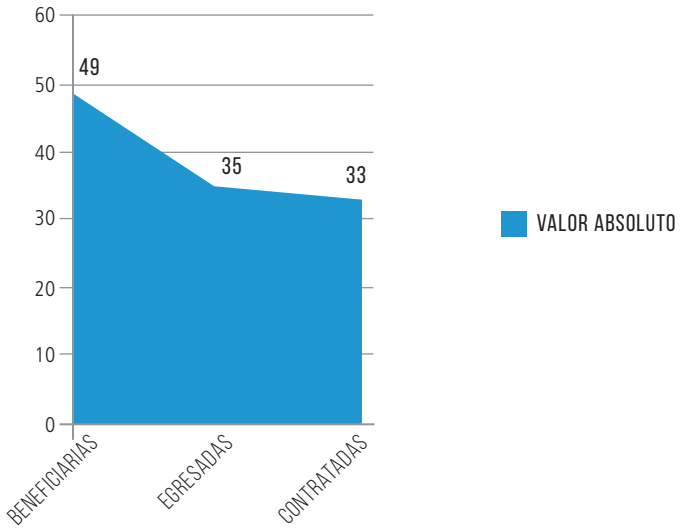


Fuente: Elaboración propia a partir de datos recibidos por el Ministerio de Trabajo.

No se tiene información de si esta diferencia por sexo entre las personas participantes depende de las postulaciones recibidas o de otros criterios.

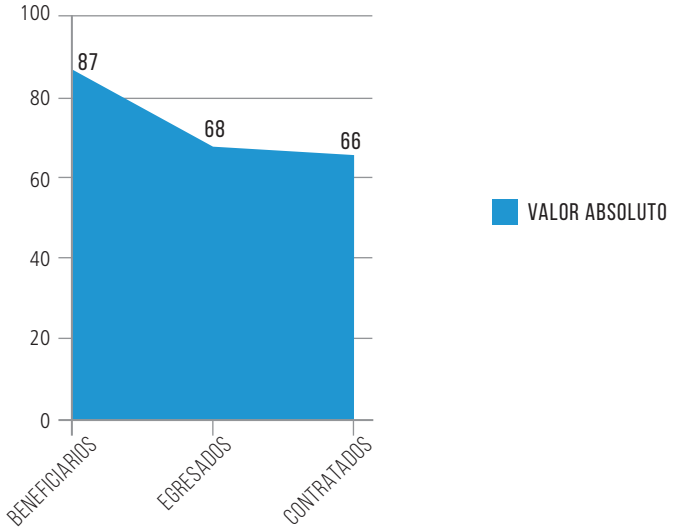
Si se observan los niveles alcanzados por las personas que empezaron el curso, notamos que solo un porcentaje de estas ultimó el recorrido formativo que incluye la pasantía (egresados) y que, entre las personas que egresaron, solo una parte quedó contratada al finalizarse el periodo de pasantía.

GRÁFICO 10.3 MUJERES BENEFICIARIAS DE LA MODALIDAD EIL, TOTAL, EGRESADAS Y CONTRATADAS (FEBRERO – MAYO 2014)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos recibidos por el Ministerio de Trabajo

GRÁFICO 10.4 HOMBRES BENEFICIARIOS DE LA MODALIDAD EIL, TOTAL, EGRESADOS Y CONTRATADOS (FEBRERO – MAYO 2014)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos recibidos por el Ministerio de Trabajo

En detalle, de las 49 mujeres que se beneficiaron del curso, el 71.4% terminó el recorrido formativo y el 67.3% fue contratada; mientras que de los 87 hombres que empezaron, el 78.2% terminó la capacitación y el 75.9% fue contratado.

La brecha de género en el porcentaje de egresados respecto a las personas beneficiarias iniciales es de 6.8 puntos porcentuales, lo que podría significar que las mujeres encuentran más dificultades que los hombres en llevar a cabo recorridos formativos de larga duración y las pasantías. Sería interesante realizar una encuesta entre todas las personas beneficiarias para identificar cuáles fueron los factores que las limitaron en terminar su formación y emplearse. Vale destacar que el programa no ofrece apoyo a las mujeres con personas dependientes durante su participación.

De las mujeres egresadas quedaron sin contrato solo dos, que hicieron la pasantía en una misma empresa, las demás empresas contrataron a todas las mujeres pasantes. También entre los hombres solo dos egresados quedaron sin contrato después de realizar sus pasantías en dos empresas diferentes.

Es pertinente notar que, aunque el Ministerio de Trabajo no dio informaciones acerca de la distribución por género de los estudiantes de las diversas capacitaciones, según los datos de INFOTEP las mujeres reciben formaciones en oficios tradicionales (repostería, peluquería, secretariado, asistencia administrativa, etc.), sufriendo una segregación horizontal que las condena a un probable desempleo o informalidad.

Resultados y evaluación del programa

Según los estudios de impacto realizados y analizados sobre el programa (Ibarrarán et al. 2012; BID 2006), el 95% de las personas que se benefician del programa pertenecen a las áreas geo-

gráficas de prioridad I y II, según el mapa de pobreza, aunque no siempre se trata de personas en pobreza extrema.

Los dos estudios de impacto realizados sobre el programa resaltan que no hubo, hasta el 2013, una diferencia muy significativa en el nivel de inserción en el mercado laboral entre las personas beneficiarias (grupo de tratamiento) respecto al grupo de control, los resultados no varían si se desagregan los datos por género, edad y educación.

Sin embargo, las personas beneficiadas del programa tienen una actividad laboral más acelerada (búsqueda más activa) que el grupo de control.

Entre los hombres se ha destacado un impacto en términos de mejores condiciones laborales: los hombres del grupo de tratamiento tienen más probabilidad respecto a los hombres del grupo de control de que sus empleadores los inscriban en la seguridad social (el diferencial es del 4% a nivel general y sube al 11% en Santo Domingo) y de que se les haga un contrato escrito. Entre las mujeres no se ha podido ver el mismo impacto en términos de mejores condiciones de trabajo.

Con relación al ingreso mensual promedio de las personas empleadas, como no se habían encontrado resultados significativos en la primera evaluación del programa, la segunda fase del programa se ha enfocado mayormente en este punto. Se estima que el programa en el periodo 2006-2013 ha tenido un impacto positivo en los ingresos, con una diferencia del 7% entre el grupo de tratamiento y el grupo de control (porcentaje que sube al 24% en Santo Domingo), mientras que no se pueden notar diferencias significativas por género.

Los impactos más significativos del programa tienen que ver con la disminución de conductas de riesgo (consumo de alcohol y drogas) y con mejora de la autoestima y de las expectativas para el futuro.

Cabe destacar, por la importancia que tiene en términos de oportunidades futuras para las jóvenes, el impacto de las formaciones en la reducción de los embarazos en adolescentes: las jóvenes que participan en las formaciones tienen una menor posibilidad de quedar embarazadas respecto a las jóvenes del grupo control, siendo la brecha de dos puntos porcentuales. Este factor resalta la importancia de vincular las políticas de promoción del trabajo dirigidas a la población joven, con iniciativas de información y sensibilización sobre temas de salud sexual y salud reproductiva para prevenir embarazos en adolescentes y sus consecuencias en las carreras laborales (y en las opciones educativas) de las jóvenes.

En general, las personas que participan en el programa, pero sobre todo las mujeres y los más jóvenes, se imaginan que en 20 años tendrán un mejor nivel de vida, manejarán un negocio y vivirán en una zona mejor.

Otra expectativa del grupo de tratamiento está relacionada con una mejor educación ya que perciben oportunidades de seguir con las capacitaciones del programa y reinsertarse en el sistema educativo formal[179].

[179] El programa también promueve el retorno a la educación de jóvenes y adultos que han suspendido sus estudios; en este orden, se coordina con el Ministerio de Educación (MINERD), que gestiona el Programa de Educación Básica de Adultos (para mayores de 14 años que no hayan terminado la educación básica) y el programa PREPARA, dirigido a población que no ha terminado la educación media (que tiene acceso a un curso acelerado de 2 años si es mayor de 19 años o a un curso regular de 4 años a partir de los 18 años).

Modalidad de Entrenamiento al Autoempleo (ficha 18)

Entre las cinco modalidades de entrenamiento del PASNE, la modalidad de Entrenamiento para el Autoempleo se considera con mayor atención por su peculiaridad de promover entre los jóvenes la ejecución de una función productiva por cuenta propia. Aunque se finalice la capacitación informando y sensibilizando a las personas egresadas sobre las ventajas de registrar su negocio y de inscribirse en la seguridad social, es probable que una gran parte de las personas capacitadas inicien sus actividades de modo informal.

Esta modalidad se coordina desde un comité interinstitucional conformado por las instituciones involucradas en su ejecución: el Ministerio de Trabajo, que preside el comité y las entidades colaboradoras que son el INFOTEP, PROCOMUNIDAD, el Consejo Nacional de Promoción y Apoyo a la Micro, Pequeña y Mediana Empresa (PROMIPYME), el Ministerio de Juventud y el Ministerio de Economía Planificación y Desarrollo (MEPyD).

El proyecto se basa en una cooperación triangular: la financiación viene del Banco Interamericano para el Desarrollo (BID) y las Agencias de cooperación Chilena (AGCI) y Alemana (GIZ) brindan asistencia técnica. Gracias a la asistencia técnica se han formado como facilitadores en emprendimiento juvenil a 56 personas de los Centros Operativos del Sistema de 54 municipios entre los más vulnerables de las cuatro regiones del país.

Población beneficiaria de la modalidad de autoempleo

La población elegible para este tipo de entrenamiento corresponde a la del PASNE en general, con la característica adicional de que las personas candidatas deben ya estar dotadas de una competencia técnica en la que quieren emprender de modo que salgan del curso con sus planes de negocios listos para presentar a las instituciones que otorgan créditos.

Hasta ahora se han beneficiado 945 personas, de las cuales el 58% son mujeres y el 42% son hombres.

De la población total capacitada, el 89% (802 personas[180]) ha formulado un plan de negocio; el 20% se ha quedado empleado y el 22% ha instalado su negocio. Solo el 4% obtuvo un préstamo de PROMIPYME para instalar su negocio; mientras el 16% pretende instalar su negocio con recursos familiares y otro 52% sigue interesado en obtener un microcrédito.

En consideración del limitado número de préstamos ofrecidos por PROMIPYME[181] (solo el 4%) y de las condiciones poco ventajosas para las personas beneficiarias (el PROMIPYME no concede préstamos para iniciar una actividad debido a los altos riesgos de fracaso[182], sino los ofrece solo

[180] Sobre las informaciones a continuación no fue posible obtener datos desagregados por sexo.

[181] El Consejo Nacional de Promoción y Apoyo a la Micro, Pequeña y Mediana Empresa es un programa que se creó mediante Decreto No. 238-97 de fecha 16 de mayo de 1997, como dependencia administrativa del Ministerio de Industria y Comercio. Se considera como uno de los mecanismos económicos que el Gobierno promueve para generar empleos y calidad de vida de los sectores de bajos y medios ingresos en el país; su función principal sería realizar acciones integrales de financiamientos y asistencia técnica para fortalecer el sector de la micro, pequeña y mediana empresa.

[182] Una de las informantes claves habla de una tasa de fracaso del 60-70%.

a quien tiene ya una actividad instalada desde hace más de seis meses y a quienes conformen consorcios; además, quienes no respetan las fechas del pago son penalizados), el programa está estableciendo alianzas con otras instancias que otorgan prestamos, como la Asociación Dominicana para el Desarrollo de la Mujer (ADOPEM) que oferta créditos para las mujeres.

En otro orden, en aras de aumentar las posibilidades de éxitos de los emprendimientos de las personas egresadas, se están estableciendo acuerdos con los gobiernos locales (ayuntamientos y consejos municipales), que implican una coordinación con los planes de desarrollo local.

10.2 Programas de formación profesional dirigidos a grupos vulnerables por el Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional (fichas 19, 20 y 21)

El Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional (INFOTEP[183]) es el organismo rector del sistema nacional de formación técnico profesional de la República Dominicana y tiene como objetivos principales los de enfocar el desarrollo de los recursos humanos e incrementar la productividad de las empresas, así como impulsar la promoción social de los trabajadores.

El INFOTEP colabora con otras instituciones en el desarrollo de programas dirigidos a la formación técnico profesional de poblaciones vulnerables, con la intención de promover su participación en la actividad económica productiva y en el empleo formal.

1) Los programas de INFOTEP y su coherencia con la Iniciativa del Piso de Protección Social

En la Recomendación 202 de la OIT sobre los pisos de protección social se especifica que los Estados miembros, al diseñar y poner en práctica los pisos de protección social nacionales, deberían promover la actividad económica productiva y el empleo formal a través de la adopción de una serie de políticas públicas, incluyendo políticas que fomenten la capacitación profesional.

Al entrevistar informantes claves dentro del INFOTEP, se identificaron cuatro programas pertinentes con la Iniciativa del Piso de Protección Social:

- El Programa de Apoyo al Servicio Nacional de Empleo Juventud y Empleo que se lleva de forma conjunta con el Ministerio de Trabajo (ver ficha 17 y acápite 10.1).
- El programa de capacitación que se dirige a los beneficiarios del programa PROSOLI y se desarrolla dentro de los Centros de Capacitación y Producción Progresando (ver ficha 19 y acápite 7.1).
- El Programa Vivir Tranquilo que se implementa en colaboración con el Ministerio de Interior y Policía (MIP) y está dirigido a implementar planes de capacitación para el desarrollo de habilidades productivas para personas residentes en sectores vulnerables (ficha 20).

[183] Se trata de una organización autónoma del Estado, investida de personalidad jurídica, de carácter no lucrativo y patrimonio propio, creada por la Ley 116, del 16 de enero de 1980, y regulada por el reglamento 1894, del 11 de agosto 1980. Es dirigido por una junta de directores, de estructura tripartita, integrada por los sectores oficial, empresarial y laboral, y administrado por una dirección general.

- El Programa de formación para personas alfabetizadas a través del Plan de Alfabetización Quisqueya Aprende Contigo, que se desarrolla en colaboración con el Ministerio de Educación (MINERD) y con la Dirección General de Programas Especiales de la Presidencia (DIGPEP) (ficha 21).

En consideración de que el primero de los programas recién enumerados fue analizado en el acápite 7.1, a continuación el análisis se enfocará en los otros programas identificados.

i) Coherencia entre los objetivos de los programas del INFOTEP para grupos vulnerables y la finalidad de la Iniciativa del Piso de Protección Social

En coherencia con lo establecido en la Recomendación 202 de la OIT, todos los programas de INFOTEP dirigidos a poblaciones vulnerables ya mencionados coinciden en su objetivo de «implementar una estrategia de formación y capacitación que permita a las personas con condiciones de vulnerabilidad mejorar su empleabilidad o su capacidad productiva, para contribuir a elevar su nivel de vida ».

ii) Coordinación interinstitucional y participación en la financiación de los programas del INFOTEP dirigidos a la población vulnerable

Los programas del INFOTEP se realizan en coordinación con otras instituciones que trabajan con los grupos vulnerables identificados. Los programas objeto de estudio en el presente acápite son financiados totalmente por el INFOTEP. A continuación se presenta una sistematización de las informaciones relativas a las instituciones involucradas, su rol de responsabilidad o colaboración y la financiación de los diferentes programas considerados.

TABLA 10.3 INSTITUCIONES INVOLUCRADAS EN LOS PROGRAMAS Y SU ROL

PROGRAMA	INSTITUCIÓN RESPONSABLE/ % CONTRIBUCIÓN FINANCIERA	INSTITUCIÓN COLABORADORA 1/ % CONTRIBUCIÓN FINANCIERA	INSTITUCIÓN COLABORADORA 2/ % CONTRIBUCIÓN FINANCIERA	FINANCIACIÓN TOTAL
Programas Solidaridad	PROSOLI	INFOTEP	–	295,806,000.00
	0%	100%	–	
Programa Vivir Tranquilo	MIP	INFOTEP	–	10,451,000.00
	0%	100%	–	
Programa Quisqueya Aprende Contigo	INFOTEP	MINERD	DIGEPEP	33,596,500.00
	100%	0%	0%	
			Total	339,853,500.00

Fuente: Elaboración propia en base a datos recibidos por INFOTEP.

Cada programa se desarrolla a través de una estrecha interrelación entre las instituciones involucradas que se reúnen, de manera periódica, para la planificación y el desarrollo de las actividades. Para el Plan Quisqueya Aprende Contigo las diferentes instituciones involucradas, incluyendo las autoridades provinciales y municipales, conforman la Junta Nacional de Alfabetización.

iii) Participación de los beneficiarios en el desarrollo y evaluación del programa

Los participantes en los cursos, al final del recorrido formativo, tendrán que llenar un cuestionario de valoración sobre el servicio recibido. En otro orden, se aplican regularmente estudios de satisfacción de clientes. La participación no implica el respeto de condiciones, pero sí un compromiso de atender al 80% de las clases.

2) Población beneficiaria y manejo de las brechas de género

Los programas objeto de estudio tienen un criterio de focalización territorial; se realizan en las áreas identificadas como las más pobres del país, según otras instituciones (PROSOLI, MIP y DIGEPEP).

Cada programa tiene sus criterios de elegibilidad, siendo elementos comunes entre todos una documentación oficial y contar con los requisitos necesarios de edad (y escolaridad en algunos casos)[184].

Hasta el 2013 se estima que se había beneficiado con estos programas un total de 97,101 personas, prevalentemente en el marco del programa Progresando Con Solidaridad.

TABLA 10.4 PERSONAS PERTENECIENTES A GRUPOS VULNERABLES CAPACITADAS POR INFOTEP EN SINERGIA CON PROGRAMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL, AÑO 2013

PROGRAMA	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
Programa Progresando con Solidaridad	68,120	16,396	84,516
	80.6%	19.4%	100%
Programa Vivir Tranquilo	–	–	2,986
	0%	0%	100%
Plan Quisqueya Aprende Contigo	7,801	1,798	9,599
	81.3%	18.7%	100%
		Total	97,101

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recibidos por INFOTEP.

[184] Los cursos regulares, que requieren mayor nivel formativo, exigen como criterios de elegibilidad haber cursado como mínimo el 8º curso de educación formal; en algunos casos (informática y enfermería) se requiere también el bachiller.

No se cuenta con datos desagregados por sexo de las personas que se han beneficiado de las capacitaciones del programa Vivir Tranquilo, mientras que tanto en el marco del programa PROSOLI como en el marco del programa Quisqueya Aprende Contigo, son de sexo femenino más del 80% de las personas que han recibido capacitaciones, siendo los hombres menos del 20%. Este dato no depende de criterios de selección que prioricen a las mujeres, sino de la mayor solicitud de participación en los cursos por parte de las mujeres[185].

Los cursos de formación que se ofrecen a estos grupos vulnerables toman en cuenta el bajo nivel educativo y en su mayoría son cursos de habilitación profesional:

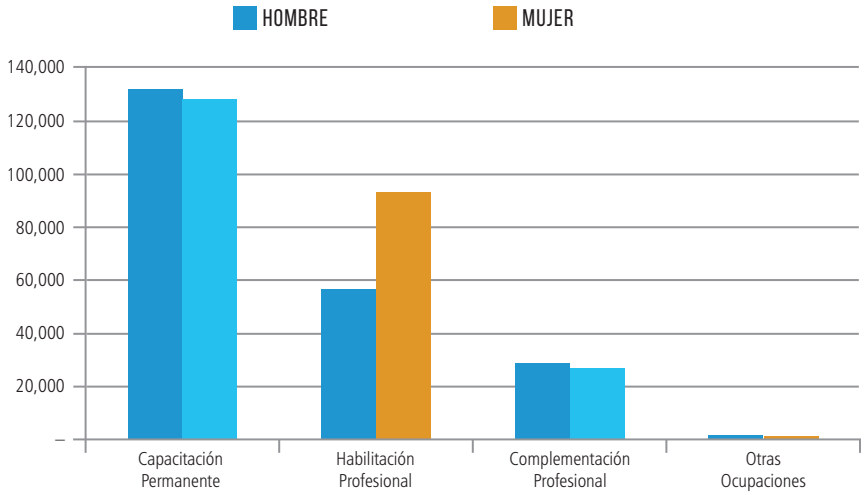
- Las personas egresadas del plan de alfabetización tienen una oferta formativa de cursos de una duración incluida entre las 40 y 70 horas en manualidades; zapatería; belleza y peluquería; construcción; muebles de madera y tapicería; salud (cuidado de niños, personas enfermas o adultas mayores entre otras); administración; servicios de habitación y recepción de hoteles; automotriz; electricidad; agropecuario; agroindustria; arte culinaria y repostería; bar y restaurante (INFOTEP 2013). En este sentido, es importante resaltar el rol que el programa de alfabetización ha jugado en abrir nuevas oportunidades de crecimiento personal para estas personas (de las cuales más de cuatro quintos son mujeres), respondiendo, no solo a sus necesidades prácticas, sino también a sus intereses estratégicos de realizar un cambio en sus vidas y en su colocación dentro de la sociedad.
- Existe también una oferta formativa específica para sectores vulnerables constituida por un conjunto de cursos correspondientes a varias familias profesionales, que tienen como finalidad ofrecer una formación que permita la inserción al mundo laboral a todas aquellas personas que no han alcanzado niveles altos de escolaridad. En esta oferta formativa la mayoría de los cursos son de nivel de habilitación (una semicalificación) para obtener un rol de asistentes, auxiliares u operadores; en algunos casos se contemplan cursos de complementación que permiten obtener una calificación más alta y mejores oportunidades de trabajo (INFOTEP 2014b). Según el contenido del curso, la duración varía de 40 a 300 horas y permiten a las personas egresadas tener mayores capacidades y, consecuentemente, mayores y mejores potencialidades en términos de inserción laboral.

En relación a estos programas específicos, no se cuenta con datos estadísticos sobre la participación por sexo en las diferentes modalidades.

[185] Esta mayor demanda se ha reportado tanto por parte de la gerencia de los CCPP del Programa PROSOLI como por parte del INFOTEP. Las últimas estadísticas obtenidas por el Departamento de Investigación y Estadísticas de Mercados Laborales muestran que, a nivel nacional, entre las personas participantes demandantes de formación el 55% son mujeres y el 45% son hombres; entre las personas egresadas el 51% son mujeres y el 49% son hombres. Estas estadísticas aplican para tres de las cuatro regiones de la República Dominicana: en el Este las mujeres que participan en los cursos resultan ser numéricamente menos que los hombres (con un aumento en la brecha entre el 2013 y el 2014); sería interesante analizar el contexto específico de esta región para comprender cuales son las razones de esta tendencia y ver si aquí los estereotipos de género relativos a la división sexual del trabajo están más enraizados con consecuente mayor perjuicio para la igualdad de género en la capacitación profesional .

Estadísticas generales de los cursos otorgados por el INFOTEP en 2012 resaltan que el número de mujeres participantes en los cursos de habilitación profesional[186] (cursos que tienen una menor duración y que otorgan una semicalificación) es mayor que el de hombres. Al analizar la participación en los cursos de complementación[187] (que permiten una calificación técnica) se nota que el número de participantes disminuye significativamente y que la cantidad de hombres participantes supera la de mujeres. Sería interesante analizar cuáles son las principales razones que limitan la participación de las mujeres en experiencias formativas que le permitirían una mayor calificación y, en consecuencia, mejores oportunidades de inserción laboral[188].

GRÁFICO 10.5 PARTICIPANTES POR SEXO SEGÚN MODALIDAD DE CAPACITACIÓN



Fuente: INFOTEP, Departamento de Investigación y Estadísticas de Mercados Laborales.

Según el Informe de la República Dominicana sobre la Aplicación de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (Ministerio de la Mujer 2014), las mujeres están más interesadas en la capacitación técnica que los hombres, «sin embargo aún permanecen los estereotipos por sexo, ya que de los datos estudiados se destaca que las mujeres siguen prefiriendo las áreas técnicas tradicionales», áreas que el INFOTEP identifica como belleza y peluquería, confección de prendas

[186] La habilitación está destinada a la población de ambos sexos y mayor de 16 años; por un lado permite dar respuesta rápida y semicalificada a la demanda agregada de recursos humanos, por otro lado permite aprender un oficio para generar ingresos en el corto plazo (INFOTEP 2010).

[187] La complementación está dirigida a trabajadores habilitados con un mínimo de un año de experiencia en el área que deseen complementar los conocimientos y habilidades en la ocupación que desempeñan. Esta modalidad forma a recursos humanos con niveles más altos de desempeño en el mercado laboral (INFOTEP 2010).

[188] Como se puede observar en el gráfico la oferta formativa del INFOTEP incluye otras capacitaciones y, principalmente, capacitación permanente. No obstante, resultaría pertinente analizar la entera oferta formativa en consideración de la importancia que tiene para la población dominicana en general en términos de mejoramiento de la inserción laboral y de la calidad de empleo, este estudio se concentra en el análisis de las ofertas formativas dirigidas a los grupos más vulnerables para las cuales se recibieron las principales informaciones desde el INFOTEP.

por vestir, panadería y repostería, manualidades, farmacología, terapia física y secretariado. Por el contrario, los cursos más demandados por los hombres tienen que ver con muebles de madera, artes gráficas, mecánica general, mecánica automotriz, soldadura, instalación y mantenimiento eléctrico, mantenimiento electrónico, mantenimiento de refrigeración y aire acondicionado y telecomunicaciones (INFOTEP 2014a).

Según el Diagnostico de OIT sobre la igualdad de género en los Institutos de Formación Profesional de América Central y República Dominicana (2014) de 58 especialidades que reporta la República Dominicana, 18 están mínimamente equilibradas en términos de género; de las restantes 40, 20 cuentan con mayor matrícula femenina y 20 con mayor matrícula masculina.

Las especialidades con desequilibrios más altos son 12, en las cuales hay mayor presencia de mujeres (panadería y repostería, cosmiatría, confección de prendas de vestir, terapia física, belleza y peluquería, manualidades y diseño y decoración de interiores), y en 14 hay mayor presencia de hombres (electricidad y electrónica, automatización industrial, mantenimiento electrónico, mantenimiento de refrigeración y aire, instalación y mantenimiento eléctrico, telecomunicaciones, mecánica general, soldadura mecánica automotriz, seguridad vial y pintura de vehículos).

Esta segregación horizontal en la formación técnica coincide con la segregación existente en el mercado laboral.

Si por un lado es fácil ubicar las causas de este fenómeno en factores culturales y en los estereotipos de género, por otro lado es importante resaltar que la especialización de las mujeres en áreas de baja calificación trae como consecuencia menores oportunidades de inserción laboral y condiciones de trabajo más desfavorables respecto al hombre.

En el Informe de estado sobre la implementación de la Plataforma de Acción de Beijing se resalta el desafío pendiente de aumentar la integración de la mujer en las áreas no tradicionales. No obstante, vale resaltar que a nivel de Centro América y República Dominicana el INFOTEP es el instituto de formación profesional que presenta menores porcentajes de desequilibrio de género entre sus especialidades (69%) (OIT 2014).

Según los datos del Departamento de Investigación y Estadísticas de Mercados Laborales, se ha impulsado la participación de las mujeres en sectores no tradicionales, pero con resultados limitados, siendo los sectores con mayor participación del 2009 al 2013 los de Mantenimiento Electrónico e Instalación y Mantenimiento Eléctrico, seguido por Mecánica y Automotriz.

10.3 Plan Nacional de Alfabetización Quisqueya Aprende Contigo (ficha 22)

El Plan Quisqueya Aprende Contigo es el Plan Nacional de Alfabetización que se ha implementa a partir del Decreto 546-12 de septiembre del 2012, como uno de los tres componentes del Programa Quisqueya Sin Miseria impulsado por la Dirección General de Proyectos Especiales de la Presidencia (DIGEPEP). Este plan forma parte, junto a los planes Quisqueya Empieza Contigo (de atención a la primera infancia) y Quisqueya Somos Todos (de desarrollo local), de la estrategia de superación de la pobreza lanzada en el Programa de Gobierno 2012-2016 cuyo objetivo es reducir la vulnerabilidad, la exclusión social y la reproducción intergeneracional de la pobreza.

1) El plan y su coherencia con la Iniciativa del Piso de Protección Social

i) Coherencia entre los objetivos del Plan y la finalidad del PPS

OBJETIVO GENERAL DEL PLAN QUISQUEYA APRENDE CONTIGO:

Reducir el índice de analfabetismo en las personas jóvenes y adultas de 15 años y más, mediante la movilización amplia de la sociedad, a través de acciones de alfabetización desarrolladas en espacios denominados «Núcleos de Aprendizajes».

La alfabetización constituye uno de los procesos que más contribuyen a ampliar oportunidades para que las personas jóvenes y adultas puedan acceder a otros programas formativos y mejorar sus competencias productivas, como lo reconocen los objetivos específicos del programa. El Plan Quisqueya Aprende Contigo (QAC) contribuye a elevar la capacitación laboral y la organización y participación social con miras a construir una sociedad que supere los niveles de exclusión existentes y mejorar la calidad de vida y la equidad social. El plan tiene, además, un importante componente de coordinación con INFOTEP para el fomento del emprendimiento y la economía solidaria entre las personas alfabetizadas. Por esta razón, se puede considerar que los objetivos del programa se enmarcan coherentemente dentro de la finalidad de la Iniciativa PPS.

ii) Coherencia entre los criterios de focalización y el objetivo de la universalidad

El programa asume el objetivo de la universalidad, pues se plantea como meta lograr, dentro del año 2014, la alfabetización de toda la población nacional de 15 años y más que no sabe leer y escribir, que según el CENSO 2010 corresponde a 851,369 personas. Del total de personas analfabetas de la República Dominicana, más de la mitad son mujeres (el 53%); esto puede estar relacionado con la falta de oportunidades educativas para mujeres de sectores muy pobres que se han relegado a los oficios domésticos y de cuidado, sacrificando la inversión en su capital humano. A julio del 2014 se ha logrado la alfabetización del 73.5% de la población meta, predominantemente mujeres. En algunas provincias se ha logrado certificar a todas las personas analfabetas; en nueve provincias hay que realizar mayores esfuerzos, siendo Pedernales la más rezagada (con solo el 42% de cobertura).

iii) Financiación del Plan Quisqueya Aprende Contigo

El monto destinado a QAC para el año 2013 fue de RD$ 1,939.7 millones. Este monto es aportado en su totalidad por el Ministerio de Educación (MINERD), que es la principal institución responsable, junto a la DIGEPEP, de la implementación del programa.

iv) Mecanismos de coordinación del plan

Se han previsto dos dimensiones en la estructura funcional del plan:

a) Una estructura organizativa, que define cómo se articula el voluntariado que apoya el Plan e incluye:

ILUSTRACIÓN 10.1 MAPA AVANCE S NIVEL PROVINCIAL DE QUISQUEYA APRENDE CONTIGO (PLAN NACIONAL DE ALFABETIZACIÓN)



- una junta nacional de alfabetización;
- 31 juntas provinciales de alfabetización y una junta de alfabetización en el distrito nacional;
- 155 juntas municipales de alfabetización;
- 66 juntas de alfabetización de distritos municipales;
- organizaciones colaboradoras y
- núcleos de aprendizajes.

b) Una estructura operativa, que refleja cómo se organiza el personal que trabaja a tiempo completo para dirigir y apoyar la ejecución del plan e incluye:

- equipo técnico nacional;
- coordinadores provinciales;
- coordinadores municipales y
- animadores de núcleos de aprendizajes.

v) Participación de la sociedad civil en el diseño del Plan QEC

La sociedad civil participa en cada una de las instancias que conforman la Estructura Organizativa, mediante representantes de diversos sectores. Además, organizaciones de la sociedad civil que

funcionan en cada municipio pueden participar en el Plan QAC, a través de sus propios proyectos de alfabetización, mediante los cuales organizan y ejecutan acciones de alfabetización a través de núcleos de aprendizajes.

2) Población beneficiaria y abordaje de las brechas de género

i) Población que participa en el programa

Toda persona de 15 años y más en condición de ser analfabeta es motivada a participar en el programa. Se atienden necesidades especiales, como las de las personas con discapacidad y las personas privadas de libertad. En el caso de personas extranjeras, se requiere que sepan hablar el español, pero no que posean documentación. La participación al plan no contempla ninguna condicionalidad.

Hasta julio del 2014 habían participado un total de 626,333 personas; entre las personas inscritas, el 54% eran mujeres y el 46% hombres.

ii) Población que completa el programa

Una vez iniciado el proceso de alfabetización, se exige un porcentaje de asistencia mínimo del 60% de las sesiones y/o llegar al nivel de avance mínimo de la Unidad 5 del contenido formativo. Entre las personas que han finalizado el programa y han recibido la certificación, el 61% son mujeres y el 39% hombres. Lo que significa que los hombres han tenido respecto a las mujeres un mayor nivel de deserción de los cursos (sería interesante averiguar las causas).

El potencial impacto de género que tiene la mayor participación femenina se puede considerar importante: según investigaciones internacionales la alfabetización incide en una mejor autoestima, pero también en mayor autonomía, creatividad, reflexión crítica, mayor conciencia política y participación comunitaria (Stromquist 2005, cit. en Martínez y Fernández 2010).

3) Componentes del programa en relación al PPS y distribución por sexo

A nivel internacional los estudios de impacto de los programas de alfabetización resaltan los beneficios en términos de autoestima de quienes participan (lo que es relevante en especial para las mujeres), mientras hay muy pocos estudios que analizan directamente la tasa de retorno económico de la alfabetización inicial (Martínez y Fernández 2010). Sin embargo, hay consenso en que invertir en la alfabetización de personas adultas no solo beneficia a ellas sino también al conjunto de la sociedad. De modo particular esta correlación es importante para el caso de las mujeres, que son quienes más se ocupan del cuidado de la familia; según la Directora General de la UNESCO, Irina Bokova, «Invertir en la alfabetización de las mujeres aporta copiosos beneficios: mejora los medios de sustento, posibilita una mejor salud materno-infantil y propicia el acceso de las niñas a la educación. En resumen, las mujeres recién alfabetizadas tienen un efecto multiplicador positivo en todos los indicadores de desarrollo».

Con relación al primer beneficio enumerado por Bokova, es importante destacar que, si bien la alfabetización responde a una necesidad básica y práctica, constituye también una respuesta al

interés estratégico de las personas de abrirse oportunidades para desarrollar sus capacidades individuales y actividades que permitan la generación de ingreso. Si se considera que el mayor número de personas que participan en este plan de alfabetización son mujeres, se puede afirmar que son mujeres quienes más se beneficiarán de las mayores oportunidades que brinda el programa.

En este sentido, el Plan Quisqueya Aprende Contigo comprende un componente de promoción de la continuidad educativa (de nivelación educativa de personas mayores de 15 años), así como de formación técnico laboral (a este propósito el INFOTEP ha creado una oferta formativa específica dirigida a personas recién alfabetizadas, ver ficha 21) y el emprendimiento individual y colectivo.

Coordinación del plan con otros programas

Durante el presente estudio se ha podido constatar que la mayoría de las instituciones que trabajan en la protección social de los distintos grupos vulnerables están colaborando con el Plan QAC. Esto evidencia un alto nivel de coordinación, a través del cual se facilitará el logro de la meta de erradicar el analfabetismo en el país.

Personal voluntario que se dedica a alfabetizar o se desempeña en la animación

Es importante destacar que tanto las personas alfabetizadoras como las animadoras del programa en su mayoría son mujeres (83% de las alfabetizadoras y 71% de las animadoras), considerándose las tareas de enseñanzas como típicamente femeninas (como se refleja también en la segregación horizontal en el mercado laboral). Si bien para desempeñarse como animadoras y alfabetizadoras las mujeres reciben una formación por parte de un personal especializado en capacitación de personas adultas y alfabetización, lo que permite un empoderamiento de las alfabetizadoras y una mayor participación comunitaria y social, es bueno reconocer que estas tareas voluntarias se suman a las demás tareas realizadas por las mujeres a título gratuito.

10.4 Iniciativas de promoción al empleo, al emprendimiento y promoción social

En el marco de la Iniciativa de Piso de Protección Social e igualdad de género juegan un rol fundamental las políticas dirigidas a aumentar la empleabilidad y promover la formalización del empleo.

En el acápite relativo a la economía del cuidado (8.4) ya se pudo analizar la oferta de servicios de cuidado para la población infantil (actualmente insuficiente aunque con planes concretos de avances a implementarse en los próximos dos años) y para la población adulta mayor (insuficiente y sin perspectiva de cubrirse en el corto y mediano plazo). Como se pudo ver, las iniciativas de ampliación de la cobertura de estructuras y servicios dirigidos al cuidado de la población en edad prescolar contribuyen a liberar a las mujeres (principales cuidadoras) de la obligación de cuidar y les ofrecen la opción de elegir si cuidar o no, aumentando sus posibilidades de empleabilidad.

Sin embargo, estas iniciativas por sí mismas no son suficientes para disminuir el desempleo y subempleo femenino, pues a pesar de que liberan a las mujeres de incumbencias que limitan su

entrada y su productividad en el mundo laboral, es preciso acompañarlas con iniciativas dirigidas a fomentar la oferta de empleo, así como otras orientadas a aumentar la empleabilidad.

Aunque en la República Dominicana no existen políticas de empleo, en el desarrollo de esta investigación se han podido evaluar programas destinados a la mejora de la empleabilidad, dirigidos a sectores poblacionales vulnerables y ejecutados por el Ministerio de Trabajo y por el Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional (INFOTEP). En adición, se han analizado las iniciativas de capacitación profesional y fomento al emprendimiento que se están implementando desde el programa PROSOLI con la intención de ayudar a integrarse en el mundo laboral a quienes puedan trabajar y de darles la oportunidad de salir de los programas de transferencia condicionada.

El vínculo del programa PROSOLI con el fomento de la empleabilidad

Estudios internacionales demuestran que a pesar de que los programas de transferencia monetaria condicionada han permitido aumentar el nivel educativo de la población beneficiaria, no han tenido un impacto positivo en términos de mayor inserción laboral (Jaramillo Banaante 2014). En la República Dominicana no se han realizado estudios dirigidos a determinar el impacto de los programas de protección social (PROSOLI y los anteriores programas Solidaridad y Progresando) en el empleo. Sin embargo, a partir del análisis realizado sobre el programa PROSOLI en el marco del presente estudio, se puede afirmar que este no ha incidido hasta el momento en el aumento del empleo de las personas beneficiarias[189].

En los últimos años se está otorgando más importancia a la vinculación de los programas de protección social con el fomento de la inserción laboral al considerar que un empleo digno permitiría el empoderamiento de los beneficiarios de las transferencias condicionadas que cuenten con potencialidades y motivación y, a largo plazo, les consentiría independizarse de los programas de transferencias monetarias, los cuales podrían emplear sus recursos en hogares más necesitados.

En la República Dominicana la articulación, en el 2012, de los programas Solidaridad y Progresando ha permitido la integración de los programas de transferencias condicionadas con componentes dirigidos a mejorar la formación de las personas beneficiarias (en el marco de los Centros de Capacitación y Producción Progresando con Solidaridad y de los Centros Tecnológicos Comunitarios). Más recientemente, se han lanzado iniciativas de nivelación de estudios (el BEEP), fomento al emprendimiento (a través de la formación y la creación de enlaces con bancas que otorgan créditos a condiciones favorables) y orientación para el trabajo. Estas iniciativas, que se añaden al preexistente Incentivo para la Educación Superior (IES), apuntan en su conjunto al empoderamiento económico de la población beneficiaria al posibilitarle una formación que interrumpa la reproducción intergeneracional de la pobreza. Debido a que se trata de iniciativas sinérgicas con los programas de transferencias condicionadas, se focalizan en las personas en situación de pobreza extrema y moderada y priorizan la población joven.

[189] En consideración del monto limitado que se otorga en promedio a un hogar a través del programa PROSOLI —monto que no permite cubrir la canasta básica del quintil estimado para la población más pobre de la República Dominicana— también resulta inválida la hipótesis que el programa constituya una forma de desalentar al trabajo (por lo menos para la mayoría de la población beneficiaria), crítica muy común hacia los programas de transferencias monetarias.

El componente de capacitación fue el primero en entrar en función, en el año 2006, cuando los cursos se implementaban en el marco del Programa Progresando. Desde entonces y hasta el año 2013, se estima que han sido capacitadas alrededor de 120,000 personas, tres cuartas partes mujeres. Un cuarto de estas personas capacitadas tienen entre 30 y 39 años de edad, seguidas por un 21.3% de jóvenes de 20 a 24 años. La prevalencia de mujeres dentro de las personas egresadas de estos cursos no se debe a criterios de discriminación positiva diseñados con la intención de cerrar las brechas de género relativas al desempleo, subempleo, salario, segregación horizontal y vertical, sino al mayor interés de las mujeres para aprovechar estas oportunidades de aprendizaje. Con relación a la oferta formativa, esta no busca romper con la segmentación horizontal de género en el mercado de trabajo, más bien intenta responder a los intereses de las personas que participan y a las necesidades de los mercados locales, en aras de garantizar un mayor nivel de éxito en términos de empleabilidad de las personas egresadas.

Estas formaciones tienen como finalidad principal aumentar las posibilidades de las personas capacitadas de insertarse en el mercado laboral o de aumentar su desempeño productivo, de manera que el programa PROSOLI ha empezado a apoyar a las personas egresadas en la búsqueda activa de empleo, en la realización de pasantías, constitución de cooperativas, inicio de microemprendimientos y apoyo a la comercialización. Todavía es temprano para evaluar los efectos de estos componentes de apoyo a la demanda en términos de empoderamiento económico y consecuente salida de la pobreza de las personas capacitadas, que en su mayor parte son mujeres. Si por un lado el proceso de vinculación entre el programa de TC y estos componentes está todavía en proceso de consolidación, por otro lado se reconoce que es un proceso que necesita de tiempo, sobre todo en un contexto como el dominicano caracterizado por alta informalidad laboral, en particular femenina. Se considera además que, si en el ámbito de la promoción al empleo no se crean programas dirigidos específicamente a sanar las brechas de género, las mujeres seguirán teniendo más dificultades que los hombres en sobresalir, debido a las desventajas socioeconómicas que sufren debido a la discriminación por razones de género y por su doble papel de trabajadora y cuidadora.

En base a las entrevistas realizadas a una pequeña muestra de emprendedoras (solo mujeres) beneficiada por el Programa PROSOLI y a informantes claves, se puede resaltar la importancia que hasta ahora la iniciativa está teniendo éxito en términos de empoderamiento personal de las mujeres, mientras que desde el punto de vista económico el ingreso generado de estas actividades microempresariales por el momento solo permite ayudar a cubrir los gastos mensuales y ahorrar un monto exiguo.

Programas de mejoramiento de la empleabilidad ejecutados por el Ministerio de Trabajo en colaboración con el INFOTEP[190]

El Programa de Apoyo al Servicio Nacional de Empleo (PASNE), más conocido como Juventud y Empleo, forma parte de las políticas activas de empleo implementadas por el Gobierno de la

[190] No han sido objeto de análisis en este estudio las iniciativas que se están implementando en el país por parte del Comité Directivo Nacional de Lucha Contra el Trabajo Infantil (CDN) para la prevención y erradicación del trabajo infantil. El CDN, establecido mediante el Decreto 144-97, es presidido por el Ministerio de Trabajo.

República Dominicana[191]. Según la Encuesta ENHOGAR, en el 2011 casi un cuarto de la población juvenil (el 21.6%) ni estudiaba ni trabajaba, siendo un grupo poblacional con alto riesgo de permanecer o caer en la pobreza y/o la delincuencia (Mejía Santana y Cruz 2013). La mayoría de quienes no estudian ni trabajan (el 68.8%) son adolescentes y mujeres jóvenes.

El PASNE busca mejorar la empleabilidad juvenil dentro de grupos poblacionales de bajo ingreso y en situación de riesgo social, a través de la formación laboral teórico-práctica (clases en aula y una primera experiencia laboral a través de pasantías en empresas).

Tomando en consideración los mayores niveles de desempleo femenino, el programa contempla una cuota mínima de cupos para mujeres que da prioridad a las jefas de hogar y a las madres solteras, lo que se ha traducido en una población beneficiaria fundamentalmente femenina (el 55%) desde el 2003 hasta el 2013.

Los cursos son de diferentes duración y tipología, adecuados a los niveles de vulnerabilidad, al índice de empleabilidad y a la preparación previa de las diferentes personas candidatas; la mayoría de estos cursos contemplan un periodo de pasantía final que puede transformarse en un empleo.

El programa, que inició en el año 2003, si bien ha incidido en la búsqueda más activa de trabajo por parte de las personas beneficiarias, no ha tenido hasta ahora un impacto significativo en términos de un aumento de la inserción laboral, independientemente del sexo, edad y nivel educativo (Ibarrarán et al. 2012 y BID 2006).

Entre los efectos positivos del programa se destaca, para el periodo 2006-2013, un leve aumento del ingreso entre la población beneficiaria respecto a la población no beneficiaria, sin diferencias por sexo; adicionalmente, solo entre la población masculina, se nota un mejoramiento de las condiciones laborales (inscripción en la seguridad social y contrato escrito). Otros aspectos positivos del programa se relacionan con una disminución de los embarazos en adolescentes entre las beneficiarias y, sobre todo entre las mujeres, una proyección positiva de sí mismas hacia el futuro (con estudios finalizados, con un mejor nivel de vida y manejando un negocio).

Un componente del PASNE se ocupa además de entrenar en el autoempleo a jóvenes dotados de una competencia técnica con el propósito de que al término del curso tengan un plan de negocios para presentarlo a instituciones que otorgan créditos y así poder establecer su actividad. También en este componente la mayoría de las participantes (casi el 60%) son mujeres.

Este último componente está en proceso de mejora. Se está contemplando coordinaciones con las autoridades locales para que los emprendimientos respondan a los planes de desarrollo local, lo que les otorgaría mayores posibilidades de éxito y sostenibilidad. En otro orden, se están estableciendo alianzas con instancias que otorgan préstamos más allá del PROMIPYME, cuyo desempeño ha sido hasta ahora muy limitado y muy por debajo de las exigencias.

Por último, dado que este componente podría fomentar el trabajo informal, las personas beneficiarias son informadas sobre las ventajas de registrar su empresa e inscribirse en la seguridad social.

[191] Si bien en la República Dominicana no existe una política de empleo, el mismo MT define el PASNE como una política activa de empleo en su sitio web (http://www.ministeriodetrabajo.gob.do/index.php/juventud-y-empleo) debido a que este programa presenta características que coinciden con las políticas activas de empleo.

Otras ofertas formativas del INFOTEP para grupos vulnerables

El INFOTEP cuenta con cuatro programas específicos dirigidos a poblaciones vulnerables, que en coherencia con lo establecido en la Recomendación 202 de la OIT, buscan «Implementar una estrategia de formación y capacitación que permita a las personas con condiciones de vulnerabilidad mejorar su empleabilidad o su capacidad productiva, para contribuir a elevar su nivel de vida » (ver fichas 19, 20 y 21).

Como ya profundizó sobre el Programa Juventud y Empleo, a continuación se presentarán brevemente las otras experiencias. No se cuenta con datos desagregados por sexo relativos a las personas beneficiarias del programa realizado en colaboración con la Policía Nacional, pero entre los participantes de los otros dos programas, más del 80% son mujeres. Sin embargo, este dato no depende de criterios de selección que prioricen a las mujeres, sino de la mayor solicitud de participación en los cursos por parte de esta población[192].

Los cursos de formación que se ofrecen a estos grupos vulnerables toman en cuenta el bajo nivel educativo; se trata sobre todo de cursos de habilitación profesional, que forman a las personas para ser auxiliares, asistentes, operadores y algunas opciones de cursos de complementación para posiciones de más alto nivel. No se ha tenido acceso a informaciones relativas a la participación por sexo en los cursos según modalidad específica, pero es probable que no varíe respecto a los hallazgos de análisis realizados sobre el total de cursos otorgados por INFOTEP en el 2012, según los cuales las mujeres participan sobre todo en cursos que tienen menor duración y que otorgan una semicalificación. Las estadísticas se revierten y resaltan una mayor participación masculina en los cursos de complementación que otorgan calificación técnica.

En otro orden, si bien las mujeres están más interesada en capacitarse técnicamente que los hombres, prefieren áreas técnicas tradicionales (belleza y peluquería, confección de prendas por vestir, panadería y repostería, manualidades, farmacología, terapia física y secretariado), manteniéndose en la formación técnica la misma segregación horizontal típica del mercado laboral dominicano. Si por un lado es fácil ubicar las causas de este fenómeno en factores culturales y en los estereotipos de género, por otro lado es importante resaltar que la especialización de las mujeres en áreas de baja calificación tiene como consecuencia menores oportunidades de inserción laboral y condiciones de trabajo más desfavorables respecto a los hombres.

Acceso al crédito

Entre las diferentes acciones que la Iniciativa del Piso de Protección Social considera importantes en términos de promoción de la actividad económica productiva se encuentra el acceso al crédito. Dada la dificultad que enfrentan las personas pertenecientes a sectores vulnerables para acceder a créditos en el sistema bancario convencional, en particular las mujeres debido al limitado control sobre los recursos, es importante enfocarse en iniciativas dirigidas específicamente a grupos desventajados.

[192] Según el Departamento de Investigación y Estadísticas de Mercados Laborales, a nivel nacional, entre las personas que demandan formación el 55% son mujeres y el 45% son hombres; entre las personas egresadas el 51% son mujeres y el 49% son hombres.

En la República Dominicana no existe todavía un marco regulatorio específico e integral para el sector de la microfinanza. Según la Red Centroamericana y del Caribe de Microfinanza (REDCAMIF), al presente se está trabajando en una ley al respecto.

Desde 1997 opera en el país el Consejo Nacional de Promoción y Apoyo a la Micro, Pequeña y Mediana Empresa (PROMIPYME[193]), que es uno de los mecanismos económicos promovidos por el Gobierno para generar empleos y elevar la calidad de vida de los sectores de bajos y medios ingresos en el país, a través de acciones integrales de financiamiento y asistencia técnica y con el fin de fortalecer el sector de la micro, pequeña y mediana empresa.

Sin embargo, resulta que las posibilidades de obtener préstamos por parte de PROMIPYME son muy limitadas: menos del 4% de las personas que se han beneficiado del programa de autoempleo del PASNE han obtenido un crédito (no se cuenta con datos desagregados por sexo).

Una de las limitantes principales es que PROMIPYME otorga crédito solo a quien ya tiene fondos y una actividad operativa (mínimo seis meses) o a quienes se asocien en consorcios de microempresas. Además, las sanciones que el PROMIPYME aplica a quien no paga son altamente punitivas ya que contemplan su inscripción en el Centro de Información de Crédito de las Américas (CICLA) de lo cual pueden derivar severas limitaciones de sus derechos.

Vale destacar que en la República Dominicana existen diferentes instituciones que se ocupan de microfinanza; una muestra significativa de estas instituciones (22) se adhiere a la Red Dominicana de Microfinanza (REDOMIF). El 70% de los 242,286 clientes atendidos por las 22 instituciones que integran REDOMIF son mujeres y el 36.9% de la cartera está colocado en el sector rural, mientras que los sectores de actividad económica que se financian están relacionados sobre todo con servicios y comercio. Entre las instituciones, la que tiene una mayor cartera y un mayor número de clientes es el Banco de la Asociación Dominicana para el Desarrollo de la Mujer (Banco ADOPEM) especializada en microfinanciamientos para la mujer[194].

Un estudio realizado en las áreas rurales de la región sur y fronteriza de la República Dominicana (Oxfam Italia 2014) ha revelado que la mayoría de las personas que se dirigen a estas entidades de microfinanza son mujeres, lo que se considera relacionado, por un lado, con la existencia de carteras destinadas específicamente a mujeres y, por otro, con las mayores dificultades que las mujeres tienen en comparación con los hombres para acceder a servicios crediticios formales (debido al limitado control sobre los recursos). Sin embargo, se ha resaltado también que la mayoría de los préstamos otorgados a las mujeres son de pequeña escala (el 44% menores de RD$ 20,000 y el 66% menores de RD$ 50,000) y se destinan a compra de insumos (38%), mejoramiento de la finca (24.02%) e inicio de una actividad empresarial (15.85%).

Programa de alfabetización

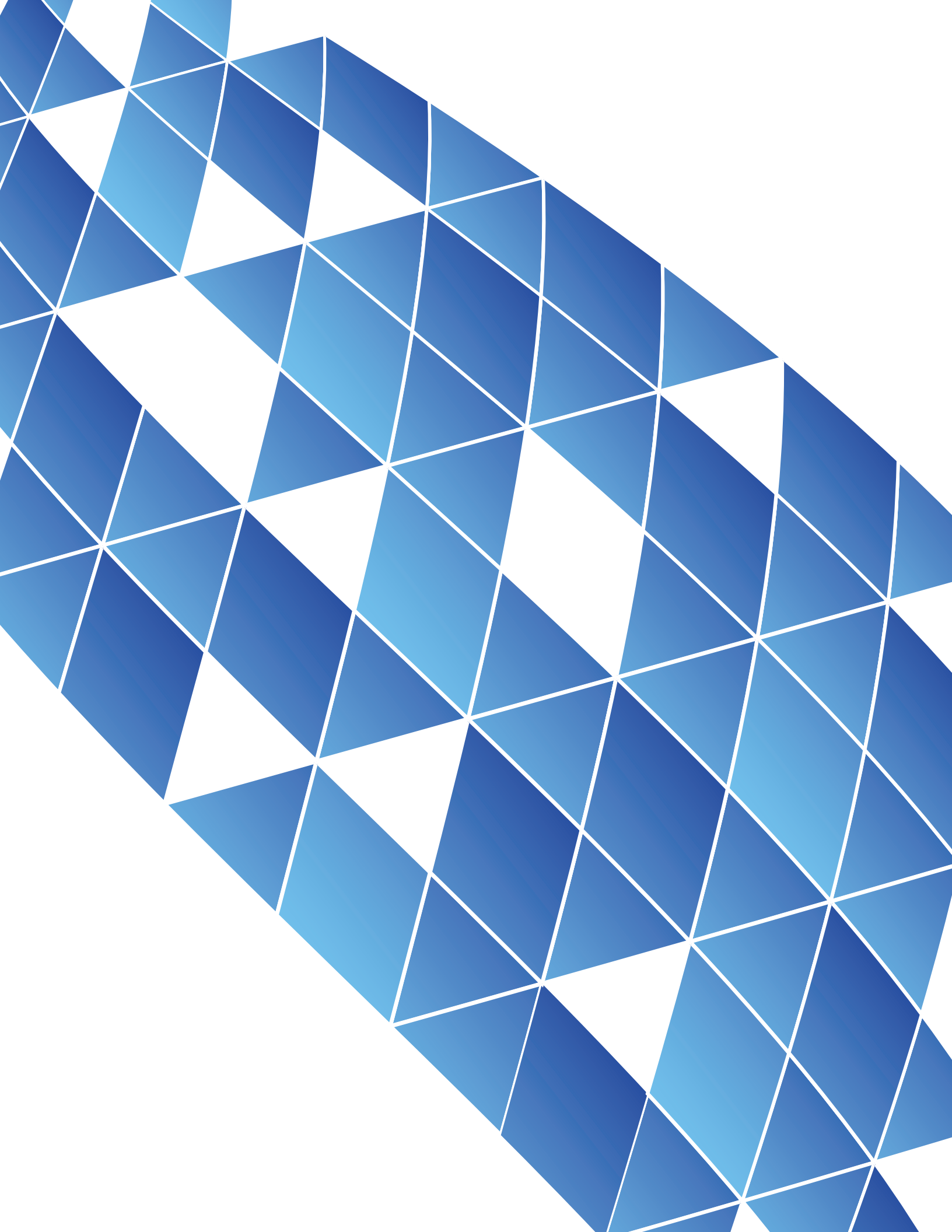
Hay que reconocer que la formación y el fomento al emprendimiento juegan un rol importante para los sectores en pobreza moderada, mientras que las personas en pobreza extrema encuen-

[193] Programa creado mediante Decreto No.238-97 como dependencia administrativa del Ministerio de Industria y Comercio.

[194] Otras instituciones que priorizan a las mujeres son Fundación Esperanza, Mujeres en Desarrollo (MUDE), Tu Mujer y ECLOF.

tran dificultades a aprovecharse de estas iniciativas, pues no cuentan con recursos para participar (se necesitan de recursos para trasladarse hasta el lugar donde se realizan los cursos, y para comida, entre otros), como tampoco cuentan con otros dos ingredientes importantes: la motivación y la autoestima suficientes.

Muchas de estas personas se ven afectadas en su autoestima por su condición de analfabetas, así que la iniciativa dirigida a erradicar el analfabetismo en el país dentro del 2014 (Plan Quisqueya Aprende Contigo) es muy importante en el sentido que contribuye a crear entre las personas alfabetizadas conciencia sobre su propia valía, mejores perspectivas de vida para sus familia, mayor dignidad y participación social y mayores oportunidades de crecimiento personal y económico.



CAPÍTULO 11

Conclusiones y puntos críticos

11. CONCLUSIONES Y PUNTOS CRÍTICOS

El presente estudio ha permitido resaltar las principales brechas de género y de protección social existentes en la República Dominicana, así como los avances y los desafíos pendientes para avanzar hacia un piso de protección social con igualdad de género. A continuación se presentan brevemente los principales hallazgos del análisis, empezando por las brechas de género identificadas en el contexto país y continuando con las brechas de cobertura por parte de los programas de protección social, tantos horizontales como verticales.

11.1 Algunas de las principales brechas de género en la República Dominicana: avances y desafíos

En el 2010 la República Dominicana figuraba entre los nueve países latinoamericanos con las mayores brechas de bienestar entre su población (CEPAL 2010)[195], situación que constituye una seria amenaza especialmente para las mujeres (CEG-INTEC 2011) en términos de garantías de sus derechos, acceso a servicios básicos y adecuado nivel de protección social.

Con relación a la igualdad de género, en las últimas décadas, en la medida en que se ha ido reconociendo y tutelando los derechos de las mujeres, la población femenina dominicana ha ido ganando mayor participación en los sectores económico, social y político. Sin embargo, no se ha logrado superar las relaciones desiguales en los ámbitos de las parejas, la familia y el trabajo, donde la división de roles en función de género sigue limitando las oportunidades de avance de las mujeres (MMUJER 2012).

Las cifras del Censo Nacional de Población y Vivienda 2010 (ONE 2012) arrojan una población de 9,445,281, de la cual el 50.17% es de sexo masculino y el 49.83% femenino; asimismo, ponen de manifiesto una tendencia al envejecimiento poblacional, fenómeno prevalentemente femenino, con un promedio de 6 mujeres de 65 años o más por cada hombre del mismo grupo etario (ONE 2013d).

Según las Encuestas Nacionales de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR) los hogares dirigidos por mujeres han aumentado entre el 2005 y 2011 de 6 puntos porcen-

[195] Estos países son: Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú y República Dominicana

tuales, pasando a representar el 38% del total de los hogares dominicanos (ONE 2005 y 2011). Con mucha frecuencia esta situación está relacionada con viudez, divorcio, separación o soltería (67%), lo que indica que en estos casos la jefatura de hogar está asociada a la disolución de una unión o a su ausencia (MMUJER 2012 y ONE 2011). Los hogares monoparentales de jefatura femenina registran una tasa de pobreza de 20.1%, mientras que los demás una de 12.9%.

El índice de desigualdad de género en la República Dominicana coloca el país en el 109° lugar de un total de 187 países.

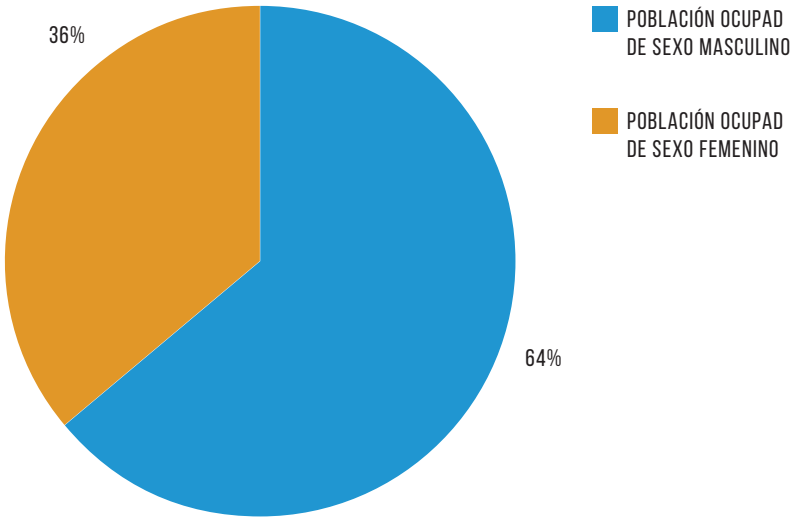
La violencia contra las mujeres constituye una de las principales restricciones de los derechos fundamentales de las mujeres en el país, además de un serio problema de salud pública. Con relación al ámbito de la salud, cabe destacar además que la República Dominicana se encuentra entre los peores niveles continentales en mortalidad materna (150 defunciones maternas por cada 100,000 nacidos vivos, muy por encima del promedio regional que es de 81) y en el quinto lugar entre los países con mayores tasas de embarazos de adolescentes (la tasa de natalidad en adolescentes dominicana es de 98, más del doble de la tasa promedio a nivel mundial que es de 49 y bien por encima de la tasa regional que es de 79); según ENHOGAR 2009-2010, una de cada cinco adolescentes ha estado alguna vez embarazada, siendo la gran mayoría de estos embarazos no deseados. Como se resaltó durante el taller técnico para el diseño de lineamientos para avanzar hacia un piso de protección social con igualdad de género, esta situación está relacionada con inadecuadas políticas de educación sexual y de promoción de la salud sexual y salud reproductiva en las diferentes etapas de vida.

Estos factores inciden, junto a otros, en los niveles de deserción escolar, así como en la inserción laboral y el empoderamiento económico y social femenino y, por consecuencia, en los niveles de protección social de las mujeres y en la transmisión intergeneracional de la pobreza.

Los datos de la Encuesta Nacional de la Fuerza de Trabajo 2013 (Banco Central 2014) demuestran que del 2000 hasta el 2013 ha habido un ligero crecimiento en la tasa global de participación que ha alcanzado el 56.1%. Este dato evidencia una escasa participación de la población en edad de trabajar en el mercado de trabajo, manteniéndose menor respecto a los demás países de la región latinoamericana y caribeña. En este mismo periodo temporal se denota una progresiva incorporación de las mujeres en el mercado del trabajo (ocupadas o en búsqueda activa de trabajo), con un aumento en la tasa de participación femenina que pasa de 40.8% en el 2000 a 44.8% en el 2013 y una simultánea disminución en la tasa de participación masculina (pasando de 70.4 a 67.9). No obstante la reducción de la brecha de participación en estos años, la población económicamente activa (PEA) femenina (40%) sigue siendo de 20 puntos porcentuales inferior a la masculina (60%), brecha que persiste en todos los rangos de edad y que alcanza sus mayores niveles entre los 44 y 65 años.

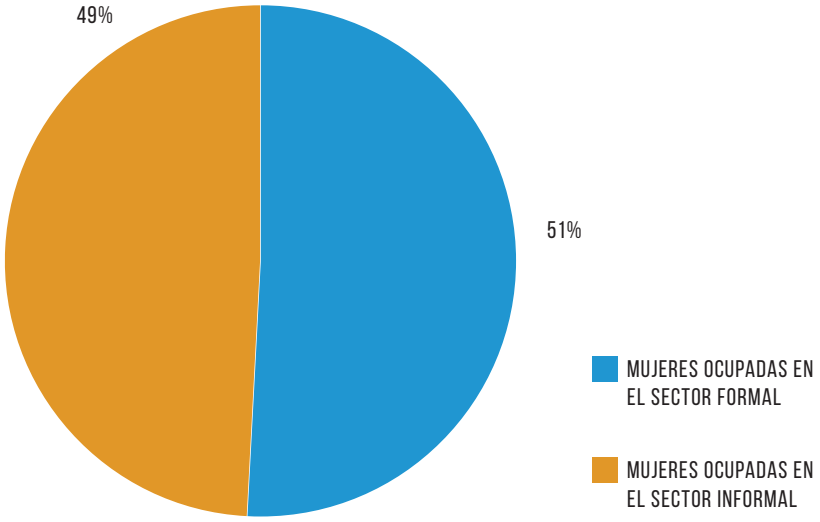
Siempre según los datos de la Encuesta Nacional de la Fuerza de Trabajo del 2013, las mujeres representan el 36% de la población ocupada. Entre las mujeres ocupadas, solo el 48.9% está empleado en el sector formal, mientras que el 51.1% se desempeña en el sector informal.

GRÁFICO 11.1 POBLACIÓN OCUPADA POR SEXO



Fuente: Elaboración propia a partir de datos ENFT 2013.

GRÁFICO 11.2 MUJERES OCUPADAS Y SU DISTRIBUCIÓN ENTRE SECTOR FORMAL E INFORMAL



Fuente: Elaboración propia a partir de datos ENFT 2013.



La inserción femenina en el mercado laboral se verifica sobre todo en el sector informal, en el comercio, servicios personales y domésticos; con una segregación horizontal en los sectores tradicionalmente considerados femeninos, que en la mayoría de los casos se caracterizan por el uso intensivo de mano de obra no calificada, salarios bajos, bajo reconocimiento social y violación a las leyes laborales.

Las mujeres constituyen en la actualidad la mayoría de la fuerza laboral en sectores como «otros servicios» (66.5%) y hoteles, bares y restaurantes (52.6%); y tienen una alta presencia en intermediación financiera y seguros (54.7%), comercio al por mayor y menor (37.1%), administración pública y defensa (32.5%); mientras que está disminuyendo su presencia en las industrias manufactureras (24.8%) (Banco Central 2014).

Entre el total de las personas desocupadas en el 2013 (Banco Central 2014b), las mujeres representan el 61.1%, pudiéndose considerar el desempleo como un fenómeno mayoritariamente femenino. Un grupo femenino en especial vulnerable al desempleo es el de las jóvenes: en el 2010 las mujeres entre los 10 y 19 años de edad tenían una tasa de desocupación del 44.5% y las mujeres entre los 20 y 29 años del 31.1% (lo que corresponde a más del doble de la tasa de desocupación promedio nacional que se situaba en 14.3%). Es pertinente resaltar que está creciendo también el porcentaje de jóvenes entre los 15 y 24 años que ni estudian ni trabajan, el dato del 2011 era de más de una quinta parte de la población juvenil en este tramo de edad. Las altas tasas de desempleo entre la población joven están sin duda relacionadas con la limitada oferta de empleos decentes.

La diferencia de ingresos en función de género es otra forma de discriminación que caracteriza al mercado laboral dominicano. Según datos de la ENFT, entre el 2000 y el 2011 las mujeres percibieron un salario mensual 27.5%, en promedio, menor que el de los hombres. La brecha de ingreso desfavorable a las mujeres se debe a la menor duración de la jornada de trabajo y a la menor remuneración horaria.

A este déficit en el acceso de las mujeres a un trabajo decente, que le garantice autonomía económica y protección social, se suma el limitado acceso a los activos productivos y puestos de poder, hecho que incide en mantener a las mujeres en una situación de mayor desprotección y mayor pobreza.

Aunque no se haya profundizado sobre el tema a lo largo del estudio, cabe destacar que en la República Dominicana el trabajo infantil constituye un serio problema de protección social. La ENHOGAR 2009-2010 señala que 304,000 niños entre los cinco y 17 años de edad (el 12% de la población en este tramo de edad) trabajan.

En fin, cabe destacar que en el país existe un significativo porcentaje de personas de ambos sexos que no cuentan con acta de nacimiento y/o cédula de identidad y electoral lo que las mantiene sin cobertura por parte de las diferentes iniciativas de protección social.

11.2 Brechas en el sistema de protección social

Después del análisis del perfil país, en el desarrollo de este estudio se analizaron las formas en que el Estado garantiza la protección social, examinando desde un enfoque de género el sistema dominicano de seguridad social, así como los principales programas de protección social que se implementan en el país con la finalidad de garantizar un ingreso mínimo y acceso a la salud, sobre todo a los principales grupos vulnerables priorizados en la Iniciativa del Piso de Protección Social, es decir, las personas que no pueden o no deben laborar (personas adultas mayores o con discapacidades), las desempleadas, así como también las mujeres embarazadas y los niños.

Brechas generales

- El país ha avanzado mucho en los últimos años en el nivel de coordinación de las políticas públicas. Dos de los principales hitos fueron la creación en el 2004 del Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales, como instancia de articulación para la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de los programas incluidos en el Sistema de Protección Social, y la aprobación, en el 2012, de la Ley 1-12 que establece la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030, ley que pone las bases para propiciar la sinergia entre las acciones públicas y privadas para el logro de la visión de la nación en el largo plazo. Sin embargo, el presente estudio ha resaltado que existe todavía una alta fragmentación entre los diferentes programas de protección social lo que limita su efectividad. Un ejemplo de esta fragmentación se grafica en la tabla a continuación, en la cual se puede apreciar como los diferentes programas de protección social analizados responden a las necesidades de la población dominicana pobre a lo largo de las diferentes etapas de su ciclo de vida (tabla 1.1). En base al estudio realizado, solo algunos de las instituciones que ejecutan estos programas se coordinan y actúan de forma sinérgica, sin embargo en la mayoría

TABLA 11.1 ROGRAMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL ORGANIZADOS POR CICLO DE VIDA Y COMPONENTES

EDAD	PROGRAMA	COMPONENTES
De 0 a 5	PROSOLI	Salud Nutrición Identificación
	CIANI del CONANI	Atención integral
	AEISS (régimen contributivo)	Atención integral
	QEC del MINERD (todavía no se ha iniciado)	Atención integral
	EPES de los CTC	Estimulación temprana
De 6 a 16	PROSOLI	Nutrición Salud Educación Identificación Prevención embarazo en adolescente
	PAE del MINERD	Alimentación
	Protección del CONANI	Albergues infantiles
	CTC	Reducción de la brecha digital
De 17 a 21	PROSOLI	Nutrición Salud Educación Identificación Capacitación para el trabajo Generación de ingresos Prevención embarazo temprano
	CTC	Reducción de la brecha digital
De 21 a 65	PROSOLI	Nutrición Salud Identificación Capacitación para el trabajo Generación de ingresos
	QAC	Alfabetización
	CTC	Reducción de la brecha digital
Desde los 65 años	PROVEE del CONAPE	Nutrición
	QAC	Alfabetización
	Ministerio de Salud Pública/DGV	Asilos

Fuente: Actualización y adaptación de la tabla de ODH (2010, 233).

de los casos hay una falta de coordinación entre los programas de protección social, así como entre las iniciativas que estimulan la oferta la servicios sociales y las iniciativas orientadas a la oferta de estos servicios. Este bajo nivel de coordinación se repercute en discontinuidad en la atención, en solapamiento y duplicación de iniciativas, en brechas de cobertura y también en problemas en términos de accesibilidad y calidad de los servicios.

Las diferentes instituciones que ejecutan los programas de protección social analizados durante el estudio utilizan diferentes sistemas de focalización, no obstante desde hace año funciona el Sistema Único de Beneficiarios, que es objeto de continuas mejoras, con la intención de unificar los criterios de identificación de la población beneficiaria de la protección social.

Con relación a la información dirigida a la ciudadanía sobre sus derechos y oportunidades de acceder a programas de protección social, mientras el programa Progresando con Solidaridad cuenta con un sistema capilar en continuo desarrollo, la mayoría de los demás programas analizados no poseen un sistema de generación y divulgación de informaciones adecuado para alcanzar a los sujetos de derecho.

La totalidad de los programas analizados carecen de un enfoque de género integral y no están dirigidos a cubrir las principales brechas de género identificadas, ni tampoco a responder a las necesidades prácticas y estratégicas de las mujeres. Este vacío está relacionado a la ausencia de personas con una sólida formación en género dentro de los equipos que diseñan, monitorean y ejecutan los programas.

Asimismo, es importante destacar que dentro de casi la totalidad de los programas analizados no se manejan estadísticas desagregadas por sexo ni indicadores género-sensitivos, así como tampoco se emplea un lenguaje inclusivo y no sexista.

11.3 Puntos críticos relativos al mecanismo de focalización

Se valora muy positivamente el índice de calidad de vida (ICV) del Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN) como sistema de focalización de los programas de protección social, sin embargo se debe criticar sus vacíos que limitan el logro de un piso de protección social para todos y todas con un enfoque de igualdad de género y de derechos humanos.

La primera crítica tiene que ver con el alcance del estudio realizado por el SIUBEN que se dirige solo a algunas áreas geográficas (las identificadas por ser prioritarias en el mapa de pobreza y otros bolsones) que llegan a cubrir a 5,668,096 personas, que corresponden a menos del 60% de la población nacional.

Adicionalmente, según informantes claves del SIUBEN, el ICV se ha construido tomando en consideración las variables que, en bases a los estudios realizados, resultaban más significativas para medir la pobreza. Esto ha comportado que algunos criterios considerados fundamentales desde la perspectiva de género y de derechos humanos hayan sido dejados afuera.

A continuación se enumeran algunas variables que no se consideran en este instrumento de medición de la pobreza y cuya omisión no permite formular políticas públicas que aborden plenamente algunas de las causas subyacentes de la pobreza[196]:

[196] Tales omisiones han sido resaltadas por diferentes personas consultadas o por la misma consultora.

- Criterios que consideran la capacidad de sustento familiar y la pobreza monetaria, como el ingreso familiar[197] y la situación laboral de sus integrantes.
  - Según algunas personas entrevistadas, priorizar criterios relacionados con la vivienda y los servicios sin tomar en cuenta la capacidad de sustento familiar (ingreso y situación laboral de sus integrantes) tiene el riesgo de excluir personas que, aunque vivan en una casa considerada digna, no cuentan con fuentes de ingreso.
  - En otro orden, la ausencia de estos criterios hace del SIUBEN un instrumento que no está perfectamente adecuado para la identificación de las personas destinatarias del régimen subsidiado del Sistema Dominicano de Seguridad Social, que según el art. 7 de la Ley 87-01, son «los trabajadores por cuenta propia con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, así como a los desempleados, discapacitados e indigentes».
- Criterios que prioricen los hogares que tengan entre sus integrantes personas con discapacidad grave, en consideración de las dificultades específicas de esas personas en insertarse en el mundo laboral y generar ingresos, de las necesidades de cuidado, de los costos que tienen que enfrentar debido a la discapacidad y de las consecuencias que esto implica para el hogar en términos de responsabilidad del cuidado, pérdida de ingresos y gastos de bolsillo.
- Criterios que prioricen los hogares con personas adultas mayores (aunque existe un programa específico dirigido a estas personas).
- Se destaca, además, la no presencia de criterios de género.
- No se toman en cuenta las relaciones de poder que hay entre integrantes del mismo hogar (en base a la provisión de ingreso, al género, a la edad, condición de dependencia, entre otras).
- No se considera la dimensión de tiempo y, por lo tanto, la posibilidad de que individuos de un mismo hogar puedan sufrir diferentes niveles de pobreza de tiempo, siendo las mujeres las que sufren mayormente déficits de tiempo, debido a su doble o triple carga laboral.

11.4 Puntos críticos relativos al Sistema Dominicano de Seguridad Social

El Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), reformado en 2001, ha obtenido en poco más de doce años una cantidad significativa de logros y avances, siendo el principal el de colocar a la República Dominicana entre los países latinoamericanos que ofrecen una mayor cobertura a la población. A principio del 2014 se encuentran cubiertas por el SDSS 5,643,824 personas (el

[197] Este criterio no se ha incorporado debido a las fluctuaciones ante los cambios relacionados con la coyuntura económica.

60% de la población dominicana, según datos del CENSO 2010). Dentro de las personas aseguradas, alrededor del 54% de los hombres está afiliado al régimen contributivo y el 46% al régimen subsidiado. Entre las mujeres cerca del 51% está afiliado al subsidiado y el 49% al contributivo. Se pueden destacar también numerosos avances en términos de mayor equidad de género, principalmente en el régimen contributivo: subsidios de maternidad y de lactancia; estancias infantiles; reconocimiento del aseguramiento de las personas dependientes (lo que ha significado la cobertura de muchas parejas, en su mayoría mujeres sin considerar el estatus legal de la unión, y de los hijos y abuelos); reconocimiento de los seguros por vejez, discapacidad y sobrevivencia que, por un lado, tienen como beneficiarias directas a muchas mujeres y, por otro, constituyen un apoyo para familias en las cuales las mujeres deben dedicarse al cuidado de personas no autónomas; la inclusión en el Plan Básico de Salud de una serie de prestaciones vinculadas estrictamente con la condición de mujer (planificación familiar, control durante el embarazo, atención materno-infantil y exámenes de control de cáncer cérvico-uterino y de mamas).

Sin embargo, quedan muchas brechas horizontales (personas y grupos poblacionales descubiertos) para lograr la cobertura universal que, según lo establecido en la Estrategia Nacional de Desarrollo al 2030, es una prioridad para la República Dominicana. Igualmente, hay muchas oportunidades para aumentar el nivel de cobertura de algunos grupos poblacionales (brechas verticales).

A continuación se presentan, de forma sintética, las principales brechas identificadas durante el estudio.

Entre las brechas la más evidente deriva de que no se haya puesto todavía en función uno de los tres regímenes de financiación contemplados originalmente por la Ley 87-01: el régimen contributivo subsidiado. Según estimaciones de principios del 2014, la inexistencia de este régimen deja descubierto un total de 768,084 trabajadores por cuenta propia (44,630 que se definen como profesionales y 723,454 que se definen como no profesionales), de los cuales el 82% son hombres y el 18% son mujeres.

Aun en los regímenes que están funcionando se identifican brechas de coberturas. En enero del 2014 se encontraban cubiertas por el Seguro Familiar de Salud del régimen contributivo un total de 2,902,340 personas (52.1% hombres y 47.9% mujeres). Dentro de las personas afiliadas, poco menos de la mitad (el 45.5%) tiene condición de titular, las demás personas son dependientes. Las mujeres se encontraban afiliadas sobre todo como dependientes (el 61%), mientras que los hombres se encontraban afiliados mayormente como titulares (62%).

La brecha de cobertura, que se estima en un 24% de la población adscrita al mercado formal, se considera relacionada con el incumplimiento de la ley por parte de patrones que no registran (o subregistran) a sus trabajadores. Según las entrevistas realizadas y la bibliografía analizada, estas irregularidades no se dan solo dentro del sector privado ya que también dentro del sector público existen numerosas instituciones que permanecen fuera del SDSS sin cotizar como afiliados (Matías 2013).

En el régimen subsidiado, hasta enero del 2014, se encontraban cubiertas 2,741,484 personas de las cuales 1,238,406 hombres (50% titulares y 50% dependientes) y 1,503,078 mujeres (62.3% titula-

res y 37.7% dependientes). La brecha de cobertura para el régimen subsidiado se puede calcular de dos modos distintos, que no dan un resultado unívoco: tomando como referencia las personas en pobreza extrema y moderada pertenecientes a las categorías de ICV 1 e ICV2 del SIUBEN, la brecha de cobertura es de apenas el 10%; mientras que considerando a la población pobre estimada según un sistema de pobreza monetaria, la brecha sube al 30%.

Queda por resolver la falta de uniformidad entre los criterios que definen la población del régimen subsidiado en el art. 7 de la Ley 87-01 y los criterios de categorización de la población pobre utilizados por el Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN), que por el Decreto 143-05 se ocupa de la evaluación para la afiliación del régimen subsidiado.

Debido a la transición no automática desde el régimen contributivo al régimen subsidiado, las personas que se quedan sin empleo y sus dependientes después de seis meses pierden la cobertura por parte de la seguridad social.

Igualmente, muchas familias corren el riesgo de que sus dependientes estudiantes se queden desprotegidos a los 18 años (lo que tiene un mayor impacto en las jóvenes mujeres, quienes representan la mayoría de la población estudiantil en el nivel terciario) debido al limitado conocimiento de sus derechos y poder para reivindicarlos.

El Seguro Familiar de Salud contempla diferentes provisiones que favorecen a las mujeres, como son el subsidio de maternidad, el subsidio de lactancia y las estancias infantiles, mientras que no hay iniciativas efectivas dirigidas a avanzar hacia una mayor equidad de género en la distribución de las tareas de cuidado y crianza, pues la licencia de paternidad existente está limitada a dos días y no hay estudios o información sobre su uso.

Las licencias de maternidad y lactancia constituyen un derecho solamente de las personas afiliadas al régimen contributivo (no gozan del mismo derecho las personas afiliadas al régimen subsidiado) y aún dentro de este colectivo hay una brecha de cobertura.

El sistema de pensiones en el régimen contributivo

De las 1,363,785 personas cotizantes al sistema de pensiones en febrero del 2014, el 56% eran hombres y el 44% mujeres. Al igual que para el SFS, también para el sistema de pensiones del régimen contributivo queda todavía una brecha por cubrir.

Un problema importante en términos de cobertura de seguridad social de la población adulta mayor está relacionado con la suspensión del Seguro Familiar de Salud una vez que empieza a percibir una pensión de vejez, interrupción que ocurre justo en el periodo del ciclo de vida con mayor vulnerabilidad en salud. Este problema es especialmente importante para las mujeres, que son más longevas y están más sujetas que los hombres a enfermedades crónicas y graves.

El sistema de pensiones en el régimen subsidiado

En el año 2013 se emitió la resolución que reglamenta la entrega de las pensiones solidarias y el decreto que lo aprueba. Estas pensiones beneficiarían personas con discapacidades severas, personas mayores de 60 años que carecen de recursos suficientes para satisfacer sus necesidades y

«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». Sin embargo, al momento de finalizar el estudio todavía no resultaba que estas pensiones se estuvieron otorgando.

Las trabajadoras domésticas: colectivo invisibilizado por el Sistema Dominicano de Seguridad Social

En la República Dominicana, las personas que trabajan en el servicio doméstico representan aproximadamente el 14% del total de las personas ocupadas (ENFT 2013): el 92% son mujeres y el 8% son varones. En general, estas no están cubiertas por el sistema dominicano de seguridad social (en 2007 la ENIGH hablaba de un 15% de trabajadores domésticos afiliados a algún servicio de salud).

Esta ocupación, que representa el 15,78% de la PEA femenina, se realiza en condiciones de vulnerabilidad debido a los exiguos salarios percibidos.

Con la aprobación del Convenio 189 de la Organización Internacional del Trabajo sobre las Trabajadoras y Trabajadores Domésticos, del 2011, la República Dominicana ha reconocido la necesidad de garantizar un trabajo decente a las personas que se ocupan del trabajo doméstico; este convenio sigue a la espera de finalizar el proceso de ratificación en Ginebra.

Composición del Consejo Nacional de Seguridad Social

Dentro del Consejo Nacional de Seguridad Social hay solo una persona en representación de tres grupos de personas vulnerables —personas con discapacidad, personas desempleadas y personas en condiciones de indigencia— sin importar las diferencias que hay entre estos grupos ni que cuantitativamente representen una gran parte de la población potencialmente beneficiaria (lo que tiene una importancia vital sobre todo porque se trata de los derechos de grupos que deberían estar cubiertos por el régimen subsidiado).

Desde la perspectiva del estímulo a la oferta de servicios

Se reconoce que el paquete básico de prestaciones en salud garantizado en la República Dominicana tiene prestaciones específicas destinadas a las mujeres (el 10% del PBS se destina a la promoción y la prevención en salud reproductiva y materno-infantil) es uno de los pocos Planes Básicos de Salud que en América Latina y el Caribe cubren a grupos vulnerables (incluidas personas que viven con VIH, de las cuales el 60% en el país son mujeres) y que contempla enfermedades de alto costo, como operaciones de corazón abierto y cáncer. Sin embargo, de los 13 programas por los cuales las Administradoras de Riesgos de Salud cotizan, no todos son garantizados por la Red Pública de Salud. En otro orden, a pesar de que el 75% de los gastos en salud de las familias pobres (la mayoría de jefatura femenina) se destina a medicamentos, el PBS contiene un componente muy bajo dedicado a estos insumos.

Estudios resaltan que el sistema dominicano de salud presenta todavía muchas carencias en términos de calidad en la oferta, eficiencia en su funcionamiento y equidad en el acceso financiero a los servicios, en especial por parte de la población más pobre, lo que se considera relacionado

con la baja inversión en salud (el gasto de MSP fue de 1.2% del PIB en 2010; si a este se suma seguridad social y otros agentes financieros públicos se alcanza el 3.2% del PIB, mientras que el Plan Decenal de Salud, PLANDES, contempla el 4%). Esto se traduce en mayores gastos de bolsillo para la población pobre. Adicionalmente, debido a estas carencias, el SENASA en los años pasados ha tenido que comprar servicios a las redes de prestadores de salud mixtas y privadas; se estima (Matías 2013) que en el 2012 se ha destinado a pagos de servicios fuera de la red pública el 41% de los ingresos recibidos por el per cápita del régimen subsidiado.

Estancias infantiles de la AEISS

El número de Estancias Infantiles del SDSS es limitado por lo que ellas solo garantizan una cobertura mínima a los derechohabientes.

11.5 Puntos críticos relativos a los programas de protección social del segundo pilar

Al revisar el total de la partida presupuestaria total destinada a asistencia social hasta el 2012 se nota que, no obstante los esfuerzos de reorganización del sector, la situación no ha variado mucho respecto al análisis realizado en el 2010 por la Oficina de Desarrollo Humano (PNUD 2010): persiste la dispersión en materia de asistencia social manteniéndose la participación de instituciones cuya naturaleza y fines no guardan relación con el ámbito de la asistencia social como son el Poder Judicial, el Congreso de la República, Ministerio de Interior y Policía y Ministerio de las Fuerzas Armadas.

En el presente estudio se ha profundizado el análisis del presupuesto 2013 para asistencia social del Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales tanto en lo que se invierte en las unidades ejecutoras, como en lo que se destina a programas de transferencias monetarias y subsidios.

Con relación a la inversión en las unidades ejecutoras de los programas de protección social, resulta que en el 2013, de un total de RD$ 5,043,782,811.00, el 28.6% fue destinado al Plan Presidencial de la Presidencia y el 27.19% a los Comedores Económicos, recibiendo estas dos instituciones casi el 56% del presupuesto total destinado a todas las unidades ejecutoras. En el tercer lugar de recipientes se ubica la unidad ejecutora de PROSOLI, con el 9.44%.

Al analizar el presupuesto otorgado a los diferentes programas de transferencia monetaria y subsidios, resulta que el programa PROSOLI, por los componentes analizados en el marco de este estudio, en el 2013 ha tenido una inversión RD$ 12,373,393,360, lo que corresponde al 0.47% del PIB y al 5.29% del gasto social para el mismo año. La inversión en el programa PROSOLI, en términos de las transferencias y de los subsidios cuyo estudio se ha profundizado en este documento representa más de la mitad del total del gasto de asistencia social (RD$ 23,807,516,603). El componente del programa PROSOLI que más inversión recibe es el de la transferencia condicionada Comer Es Primero, que alcanza casi el 50% del presupuesto total destinado a transferencias monetarias y subsidios por parte del GCPS, invirtiéndose en ella en el 2013 la suma de RD$ 6,616,000,000, que corresponde al 0.25 del PIB y al 2.83% del total del gasto social.

11.5.1 Puntos críticos relativos al programa Progresando con Solidaridad

La población beneficiaria del programa PROSOLI es en su mayoría femenina (71.2% en promedio) y la mayor parte de los hogares (el 70% aproximadamente) que reciben las transferencias tienen jefatura femenina.

El programa PROSOLI, en su conjunto, se valora positivamente por los efectos beneficiosos que tiene sobre la población dominicana más pobre. Desde una perspectiva de género es importante resaltar el impacto positivo del programa en la vida de las mujeres jefas de hogares pobres, que, en calidad de cuidadoras (y en muchos casos de proveedoras), se ven beneficiadas por un ingreso mensual fijo, que les asegura alimentación para ellas y sus familias al menos por unos días, así como también por un mejor acceso a la salud y a la educación de los miembros del hogar menores de edad y de embarazadas. La reciente integración de iniciativas dirigidas a la formación para el empleo y para fomentar el emprendimiento constituye un mejoramiento significativo en el diseño del programa que tiene el potencial de ofrecer estrategias ideales para la salida de la pobreza de muchos hogares y, en especial, para el empoderamiento económico de las mujeres que los integran.

Independientemente de la valoración positiva del programa, se han identificado algunos ámbitos en los cuales es posible seguir mejorando para avanzar hacia la garantía de un piso de protección social con igualdad de género y enfoque de derechos humanos. A continuación se presenta una serie de puntos críticos.

Coherencia del programa con la Iniciativa del Piso de Protección Social

- Se evidencia que el programa, aunque tiene objetivos coherentes con la Iniciativa del Piso de Protección Social, no garantiza la cobertura universal de todos los hogares identificados por el SIUBEN en condición de pobreza extrema o moderada. La brecha de cobertura a julio de 2014 era de cerca del 23% de los hogares. Las áreas geográficas con menor cobertura son el Distrito Nacional (47.44%) y Santo Domingo (43.57%).
- Un estudio de impacto realizado hace unos años sobre el programa Solidaridad resaltó que, por un conjunto de factores (el crecimiento económico, el control de la inflación y la reducción del desempleo), entre el 2004 y el 2011 habían salido de la pobreza alrededor de 700,000 dominicanos. Sin embargo, resulta que muchas de estas personas siguen beneficiándose del programa, lo que se considera una fuga de recursos. Es significativo y comprueba la existencia de márgenes de filtración de hogares no pobres que reciben ayuda destinada a los hogares ICV 1 e ICV 2 el dato de cobertura de la región Nordeste que supera en 5.2 puntos porcentuales a las necesidades.

Los diferentes componentes del Programa PROSOLI y su relación con la Iniciativa del PPS

- Comer Es Primero (CEP). El monto de la transferencia monetaria Comer Es Primero (RD$ 825) corresponde al 7.9% de la canasta básica del quintil más pobre. Las personas entrevistadas declaran que esta ayuda les permite comprar alimentos solo para algunos días (no más de dos semanas).

- Incentivo a la Asistencia Escolar (ILAE). Algunas familias reportan recibir la transferencia solo por algunos niños; queda por averiguar caso por caso si este dato corresponde a anomalías del programa o si se debe a una mala información de las familias beneficiarias sobre los criterios escalares de asignación de la transferencia.
- Subsidio Bono Gas Hogar (GBH). Este subsidio permite el abastecimiento del hogar con dos galones de GLP. Durante las entrevistas realizadas a beneficiarias del programa PROSOLI se ha podido constatar el valor dado por los hogares beneficiarios al subsidio Bono Gas Hogar debido a la importancia que tiene para la cocción de alimentos. Estos dos galones, sin embargo, no permiten cubrir las necesidades del hogar a lo largo del mes.

Mecanismos de dirección y coordinación y recursos humanos

- Los mecanismos de coordinación formales a nivel nacional, como el Comité de Coordinación Interinstitucional (CCII) y el Comité Técnico Intersectorial (CTIS), no se están reuniendo con regularidad, lo que puede dar lugar a una pérdida de institucionalidad en el marco del programa. A pesar de esto, se están resolviendo problemáticas históricas, como la baja verificación de las corresponsabilidades.
- El programa cuenta con 67 gestores locales, 180 supervisores de campo, 1,881 supervisores de enlaces familiares y 17,313 enlaces familiares. El personal de campo (enlaces familiares voluntarios) no tiene formación en género y la formación en género de los supervisores es limitada.
- No se cuenta con datos desagregados por sexo de las personas que colaboran con el programa a nivel voluntario y a nivel remunerado.
- En algunos casos los enlaces familiares inician las reuniones de los núcleos de familia con rituales religiosos, lo que puede ser discriminatorio hacia personas pertenecientes a diferentes credos religiosos.

Mecanismos de participación de la sociedad civil

- La Red de Apoyo al Programa tiene un rol de veeduría, pero hasta ahora se ha realizado, solo una veeduría coordinada en ocasión de la entrega de tarjetas
- A través de la convocatoria de Alianza Contra la Pobreza se están creando sinergias entre PROSOLI y numerosos actores[198] para coordinar acciones de desarrollo local y comunitario en las áreas de intervención del programa[199]. Se valora positivamente la creación de esta alianza, y la consecuente promoción de actividades coordinadas y sinérgicas, al considerarse que puede dar respuesta a las necesidades prioritarias de las comunidades beneficiarias, cerrando brechas y disminuyendo duplicaciones de iniciativas inútiles.

[198] Reconocidos por su experiencia y con capacidades instaladas.

[199] Existe un plan de implementación de acciones conjuntas para que organizaciones de la sociedad civil (OSC) y de base comunitaria se integren a las actividades del programa y se mejore la eficacia de la ayuda, aunque falten fondos para implementar estas acciones (fondos que deben encontrar las OSC).

Participación de los beneficiarios en el programa

- Las personas beneficiarias participan en el programa en diferentes espacios (Escuelas de Familia, capacitaciones, charlas, reuniones de seguimiento a los reportes comunitarios, etc.). La mayoría de participantes son mujeres, independientemente de que sean o no las titulares de las tarjetas.
- Muchas de las personas que participan en los encuentros del programa lo hacen por miedo a perder la ayuda ya que no se consideran personas con plenos derechos, sino como beneficiarias de una dádiva (una beneficiaria dijo: «Cuando te llaman, hay que dejar de hacer todo para venir»).
- Las personas beneficiarias tienen la oportunidad de evaluar los servicios recibidos y aportar quejas a través de mecanismos como los reportes comunitarios. Asimismo, tienen la oportunidad de participar en la definición de estrategias dirigidas a mejorar las situaciones identificadas con la colaboración de las organizaciones de base comunitaria (OBC) de la Red de Apoyo al Programa gracias a su rol de veeduría.

Acompañamiento socioeducativo

- En las Escuelas de Familia recién se ha empezado a tratar los temas de la prevención y reducción de la violencia intrafamiliar (ambos con un enfoque de género) a través del programa Familia en Paz. Sin embargo, los manuales, el material que se utiliza para las demás formaciones y, en general, el acompañamiento socioeducativo que se realiza en el marco del programa, aunque hayan introducido un lenguaje no sexista, no contemplan un enfoque de género[200] (GCPS y PNUD 2012).

Condicionalidades y compromisos

- En caso de irrespeto de las condiciones por parte de las familias beneficiarias, no se contempla un sistema altamente punitivo que implique la expulsión del programa (lo que sería una carga excesiva para las personas que se ocupan del seguimiento a las condiciones que son sobre todo mujeres), sino una suspensión temporal del pago y un periodo de verificación, con seguimiento al hogar por parte de los enlaces familiares[201].
- El seguimiento al cumplimiento de las condicionalidades (llamadas también corresponsabilidades) y de los compromisos del programa es prevalentemente femenino, no obstante la titularidad de la tarjeta sea masculina. El desempeño de este rol contribuye a limitar el tiempo de las mujeres que, además de ocuparse del trabajo del hogar y del cuidado de la familia, deben realizar tareas de mediación con los enlaces familiares, los servicios de salud y educativo, el mercado y los organismos comunitarios.

[200] Ver Diagnóstico de Brechas de Género en el Programa Solidaridad (GASO y PNUD 2012, 66-68) para un análisis específico del material comunicativo. Durante el presente estudio se ha podido evaluar la información en parte del material analizado (calendario, manual para las familias y manuales del programa), sin embargo no se ha tenido acceso a material utilizado en las formaciones.

[201] Hay salida del programa en casos de mal uso del medio de pago.

Componente de formación para el trabajo

- Se considera de alta importancia el componente de formación para el trabajo que recién se ha introducido en el programa PROSOLI, pues tiene potencialidades de constituir una buena estrategia para la salida de la pobreza de muchas personas de bajos recursos, pero muy motivadas, sobre todo dentro del mundo femenino, considerando que hasta ahora son mujeres la mayoría de quienes participan en estas iniciativas[202]. Sin embargo, para que estos cursos permitan a las personas insertarse de manera efectiva en el mundo laboral y pasar al segundo peldaño de la escalera de extensión de la protección social, hay márgenes de mejoramiento. Aunque este punto se abordará con más detalle en el § 11.7, a continuación se ofrece una serie de consideraciones pertinentes a este nivel:
    - La oferta formativa de los CCPPS se compone más que todo de cursos que apuntan al desarrollo de competencias transversales y cursos de ciclo corto, es decir, cursos que brindan las capacidades para empezar microemprendimientos o para emplearse en posiciones auxiliares y no de alta calificación
    - Se considera que, si bien atender a los cursos aumenta la autoestima y mejora las perspectivas para el futuro de las beneficiarias (a la pregunta sobre cómo las ha cambiado la participación en el curso, la mayoría de las encuestadas respondió que sueña con un futuro mejor); también es posible que una cantidad de personas capacitadas, sin oportunidades de trabajo o emprendimiento, pueda experimentar un sentimiento de frustración[203].
    - Si bien los cursos reciben prioritariamente mujeres entre los 20 y 39 años (es decir, mujeres en edad reproductiva o que tienen hijos menores de edad que necesitan de cuidado), solo dos de los 34 CCPP (y ninguno de los centros comunitarios donde se realizan los cursos) cuentan con Estancia Infantil. De las 50 mujeres entre los 20 y 50 años de edad encuestadas (que dedican cuatro horas diarias a las capacitaciones), el 74% tiene niños menores que requieren cuidado y por ello tienen que encontrar estrategias y apoyo para esta tarea. De estas mujeres, dos (5.4%) no expresaron a quiénes asignan el rol de cuidado de los hijos mientras atienden al curso; el 67.6% lo asigna a otras mujeres (de estas, el 72% a las abuelas de los niños, el 20% a las hermanas y el 8% a vecinas a quienes pagan por el servicio); 10 mujeres (el 27% de las encuestadas en este grupo de edad con hijos) lo asigna a hombres (50% a hermanos, 30% a padres y 20% a tíos). También se recogió testimonios de Enlaces Familiares respecto a que algunas mujeres llevan a sus hijos a las capacitaciones.
    - Se considera que las dos Estancias Infantiles de los CCPP, al recibir prioritariamente niños itinerantes (durante las capacitaciones) y limitando el acceso a otras familias, son subutilizadas.

[202] Entre las mujeres beneficiarias del PROSOLI, entrevistadas para fines de este estudio, el 74.57% no contaba con actividades que generaran ingresos.

[203] Entre las 70 mujeres encuestadas, que mayoritariamente atienden cursos en el área de belleza o de cocina (que siguen los roles estereotipados que se asignan a la mujer en la sociedad), la principal expectativa al finalizar el curso es atender otros cursos. Entre las 50 mujeres en edades incluidas entre los 20 y los 50 años, la segunda y tercera aspiración, por cantidad de respuestas y ese orden, son buscar trabajo y emprender una actividad propia.

- Se valora positivamente las diferentes estrategias que el programa contempla, en adición a las capacitaciones, dirigidas a aumentar la empleabilidad y las oportunidades de emprendimiento de la población beneficiaria (oportunidades de crédito, pasantías, comercialización, etc.).

Corresponsabilidad familiar, empresarial y social

- Las entrevistas realizadas han confirmado que las tareas domésticas y de cuidado son asumidas casi de forma exclusiva por las mujeres, incidiendo en el uso del tiempo de la población femenina. Sin embargo, no se están contemplando dentro del programa iniciativas efectivas dirigidas a aumentar la corresponsabilidad familiar para liberar tiempo de las mujeres y brindarles más oportunidades para insertarse en el mundo laboral y empoderarse económicamente.

Relación entre el estímulo de la demanda y de la oferta de servicios

- A partir de las entrevistas realizadas se ha identificado que una parte consistente de las personas que integran los hogares beneficiarios no se encuentran cubiertas por el Seguro Familiar de Salud. Se entiende que esto puede estar relacionado con la heterogénea composición de los hogares beneficiarios y con la falta de documentación.
- Se reconoce que el estímulo a la oferta de servicios de salud, que se genera a través de las condicionalidades y corresponsabilidades del programa, es importante y tiene un impacto en términos de mayor salud y reducción de gastos de bolsillo. Igualmente, se reconoce que al tener un consistente componente de salud sexual y reproductiva responde a necesidades específicas de las mujeres. Sin embargo, llama la atención que no se contemplen iniciativas en salud dirigidas a la prevención de embarazos en adolescentes.
- Durante la observación participante en reuniones de Núcleos Familiares que daban seguimiento a los reportes comunitarios, se pudo verificar que las personas beneficiarias hacen críticas constructivas dirigidas a mejorar la oferta de servicios en el ámbito de salud [204]; se valora muy positivamente este mecanismo de participación y veeduría social que está en proceso de ampliación y promoción.
- Se reconoce que los Centros Técnicos Regionales Intersectoriales (CTRIS) y las Comisiones Mixtas en Salud tienen un rol importante en dar seguimiento a las inquietudes resaltadas en los reportes comunitarios, rol que está en proceso de reforzamiento

Manejo de la información sobre los hogares beneficiarios

- El Departamento de Planificación y Seguimiento, y el Departamento de Sistemas y Tecnología recogen información sobre los hogares beneficiarios, sin embargo no recogen

[204] Según las entrevistas realizadas, la corresponsabilidad en salud es la que ocupa más tiempo entre todas debido a que en los servicios de salud hay largos tiempos de espera: «hay que ir desde la mañana temprano y no siempre se logra ser atendidas». Los reportes comunitarios permiten levantar informaciones sobre calidad del trato, ausencia de insumos, condiciones higiénicas, etc. como se ha podido recabar de una observación participante durante un encuentro de Núcleos de Familia.

todas las informaciones que podrían ser útiles para atender necesidades específicas de los hogares y para monitorear procesos y tomar medidas acertadas.

11.5.2 Puntos críticos relativos a los programas relacionados con la promoción social y el cuidado de personas no autónomas

Los servicios de cuidado públicos en la República Dominicana son en su mayoría gratuitos o asequibles para las personas en condiciones de pobreza, sin embargo son insuficientes para responder a la demanda, quedando la responsabilidad del cuidado a cargo de las familias, específicamente de las mujeres. El trabajo de cuidado ha sido desvalorizado al considerarse que no se precisa de calificación para ejercerlo, lo que se expresa en una remuneración baja o nula. Los espacios institucionales de cuidado que sí están funcionando son feminizados, con un personal de trabajo mayoritariamente femenino. Se puede decir que en el país aún no se reconoce el «derecho humano universal de recibir y de ejercer cuidado en condiciones igualitarias y dignas» (Pautassi 2007).

A continuación se presenta una serie de puntos críticos que se han resaltado a lo largo del estudio.

11.5.2.a Puntos críticos relativos al cuidado intergeneracional de niñas y niños

- Si bien los servicios de cuidado para la primera infancia que existen en la actualidad son insuficientes, hay planes para lograr una ampliación horizontal de la cobertura de hogares infantiles. Esto, aunque no constituya una respuesta a la demanda total de cuidado en la infancia, representará una consistente reducción en la brecha de cobertura.
- La nueva arquitectura organizacional e institucional del sector de primera infancia seguirá los lineamientos de la Ley Orgánica de Administración Pública, que contempla una delimitación y separación de las funciones de rectoría (CONANI), prestación de servicios (INAIPI) y financiamiento (MINERD y SDSS). Todavía no queda claro cuál será la coordinación de las dos instancias que se ocuparán de la prestación de servicios: la AEISS (que desde 2009 se ocupa de la prestación de servicios de las Estancias Infantiles a hijos de personas afiliadas al régimen contributivo) y el INAIPI (la institución de nueva creación que se encargará de la gestión de las estancias infantiles dentro del régimen asistencial).
- La apertura de nuevos centros de cuidado puede contribuir a redistribuir la responsabilidad que al presente cargan las mujeres y a ampliarles la posibilidad de buscar activamente trabajo.
- Estos nuevos centros ofrecen, además, oportunidades de trabajo (con el Plan QEC se estima que se crearán 31,500 puestos de trabajo, a los que hay que sumar los empleos que generarán las nuevas Estancias Infantiles de la AEISS y los nuevos Espacios de Esperanza de los CTC). Se estima que la mayoría de los nuevos puestos de trabajo serán cubiertos por mujeres, sin contribuir a modificar la segmentación horizontal que caracteriza el mercado laboral dominicano (en la muestra analizada solo el 15% del total de postulantes son varones, el mismo porcentaje aproximado de la población ya activa en este sector en los EPES, CIANI y EI).

11.5.2.b Puntos críticos relativos a los programas de promoción social y cuidado de personas con discapacidad

- El 12.41% de la población dominicana tiene discapacidad (CENSO 2010); de estas personas el 56% son mujeres y el 44% son hombres. Más de 3/5 de esta población no cuentan con ingresos y el 54.37% pertenece a sectores empobrecidos. En el país no existen programas de protección social para personas con discapacidad dirigidos a garantizarles un ingreso mínimo y acceso a servicios de salud adecuados y de calidad; además, las políticas de protección social que incluyen a esta población son muy débiles.
- El régimen contributivo cubre con pensión de discapacidad a personas que acreditan sufrir de una enfermedad que les inhabilita parcial o totalmente ejercer un trabajo u oficio remunerado. El régimen subsidiado contempla pensiones solidarias por discapacidad, pero todavía no se están otorgando, a pesar de que en diciembre de 2013 se emitió el decreto que aprueba el reglamento de estas pensiones.
- Según el CONADIS, solo el 2.43% de las personas con discapacidad tiene SFS con el SENASA. Aún para aquellas personas con discapacidad que cuentan con seguro médico, los servicios de salud muchas veces no son accesibles; mujeres con discapacidad han reportado ser discriminadas a la hora de solicitar servicios de salud.
- La Ley Orgánica 05-13, que busca lograr «la igualdad de derechos y la equiparación de oportunidades a todas las personas con discapacidad» no se está implementando por falta de aprobación del reglamento de actuación.
- En la actualidad no se sabe cuántas instituciones ofrecen servicios de cuidado a personas con discapacidad, sin embargo la oferta resulta insuficientes e inadecuada respecto a las necesidades.
- Hay planes del Despacho de la Primera Dama de poner en función para el 2016 cinco centros de Atención Integral para la Discapacidad (para niños de 0 a 10 años con síndrome de Down, autismo, retraso psicomotor y parálisis cerebral). El insuficiente número de centros de cuidado para personas con discapacidad implica la asunción del rol de cuidado mayormente por parte de las mujeres de las familias de pertenencia o, en el caso de familias con recursos económicos, la externalización del cuidado (recurriendo a institutos privados o contratando servicio a domicilio).
- A pesar de las altas potencialidades y capacidades de muchas personas con discapacidad, la inserción laboral de este colectivo es muy baja.

11.5.2.c Puntos críticos relativos a los programas de promoción social y cuidado de personas con discapacidad

La República Dominicana está enfrentando un periodo de envejecimiento poblacional (fenómeno esencialmente femenino), a la par que en el 2012 más del 60% de la población adulta mayor se encontraba dentro de las categorías más carentes (ICV1 e ICV2)[205]

[205] En su conjunto las personas adultas mayores superan el 15% de la población en situación de pobreza y moderada (SIUBEN 2012).

Frente a estos datos resulta urgente reforzar los programas de protección social dirigidos a este categoría de personas con altos niveles de vulnerabilidad; en esto hay que tomar en cuenta que el tema de cuidado de las personas adultas mayores tiene una doble dimensión de género: por un lado, el envejecimiento poblacional que caracteriza la República Dominicana es prevalentemente femenino; por otro lado, muchas veces las mujeres adultas mayores son las que asumen el rol de cuidado dentro del hogar.

A continuación se enumeran algunas de las principales brechas destacadas durante el estudio.

- En el régimen contributivo existe todavía una brecha significativa en la cobertura por pensiones. Según datos de la ONE (2010), el 9% de mujeres recibe pensión contributiva, contra un 26% de hombres.
- Otro punto crítico radica en el hecho de que las personas que reciben pensión de vejez en el régimen contributivo dejan de estar cubiertas por el SFS, justo en el momento de su vida en el cual pueden aumentar sus necesidades de gastos en salud, situación particularmente grave para las mujeres debido a su mayor longevidad
- Según un levantamiento realizado por el CONAPE, en marzo de 2014 había en el país unas 100,000 personas adultas mayores descubiertas del Seguro Familiar de Salud.

11.5.2.d Programa de Protección a la Vejez en Pobreza Extrema (PROVEE)

- El principal programa de protección social para personas envejecientes lo constituye el Programa de Protección a la Vejez en Pobreza Extrema (PROVEE), dirigido a la población adulta mayor no afiliada al régimen contributivo de seguridad social y perteneciente a hogares categorizados con el ICV 1 (pobreza extrema) e ICV 2 (pobreza moderada) por el SIUBEN. Este programa consiste en una transferencia monetaria de RD$ 400 mensuales, lo que equivale al 3.48% de la canasta básica del quintil más pobre.
- El PROVEE alcanza a 98,192 personas adultas mayores (67% mujeres y 33% hombres), que corresponden al 43.23% de las personas de 65 años y más pertenecientes a hogares en categoría ICV 1 e ICV 2. Lo anterior significa que queda una brecha de cobertura para el 56% de las personas adultas mayores identificadas por el SIUBEN (que, según el CONAPE, podría ser un subregistro). Esta brecha está relacionada con el monto destinado al programa (RD$ 400,000,000) que puede cubrir como máximo esa cantidad de personas.
- Las mujeres constituyen la mayoría de las beneficiarias del programa PROVEE, esto se debe a la mayor presencia de mujeres dentro de la población pobre en edad adulta.
- No se contemplan criterios de discriminación positiva que tomen en cuenta que el envejecimiento poblacional es prevalentemente femenino (según el CENSO 2010, se cuentan seis mujeres de 65 años y más por cada hombre del mismo grupo de edad) y que las mujeres adultas mayores son más vulnerables respecto a los hombres de su misma edad, debido a las mayores limitaciones que tienen a insertarse en el mundo laboral (el 81% de las mujeres en edad adulta mayor están desempleadas, contra el 46% de los hombres según el CENSO 2010) y las desigualdades que han ido arras-

trando a lo largo de la vida, en especial en términos de mayor desempleo, menores salarios y consecuentes menores niveles de cobertura por parte de la seguridad social (según la ONE el 9% de las mujeres recibe pensión, respecto a un 26% de los hombres).

- Si bien PROVEE contempla visitas domiciliarias por parte de las personas encargadas de la defensoría de la persona adulta mayor, a nivel nacional se cuenta con solo 16 defensores de envejecientes en el interior del país y seis encargadas en la sede central.
- En términos de servicios de cuidado para personas adultas mayores, a nivel nacional se cuenta con 20 centros diurnos y 27 centros de larga estadía bajo la tutoría de la Dirección General de Protección a la Vejez del MSP. Existen planes de aumentar el número de los centros para alcanzar (dentro del 2014) una capacidad instalada de 3,273 cupos. Aunque no se pueda calcular la necesidad de cuidado de las personas adultas mayores con datos censales, las autoridades del sector consideran que la capacidad instalada de estos centros es insuficiente respecto a las necesidades.
- El CONAPE, que por ley debería supervisar y fiscalizar las actividades de los centros de atención a los envejecientes, lamenta verse obstaculizado en el ejercicio de esta función, y ha expresado preocupación de que los servicios que se otorgan en los centros públicos para ancianos no tengan un enfoque integral y de derechos humanos y que no sean eficientes.
- Uno de los problemas fundamentales en el cuidado a personas envejecientes es que en la República Dominicana no se cuenta con personal médico especializado en gerontología y geriatría.

11.6 Puntos críticos relativos a las iniciativas de promoción del desarrollo social y comunitario y de provisión de servicios básicos

Duplicidad y dispersión de las intervenciones

A pesar de los procesos de reestructuración de la política social que han contribuido a la organización y racionalización del sector siguen existiendo múltiples instituciones con finalidades, objetivos y población meta similares, especialmente en lo que se refiere a la promoción del desarrollo social y comunitario y la provisión de servicios básicos[206] (PROCOMUNIDAD, DGCD, DGDF, Desarrollo Barrial y DGDC, entre otras). Esta multiplicidad de instituciones, la mayoría en la actualidad dependientes de la Presidencia de la República y bajo la tutela del GCPS da lugar a una duplicidad y dispersión de las intervenciones, que se agrava por la falta de coordinación adecuada entre estas instituciones, así como entre ellas y las sectoriales pertinentes (Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, etc.) y la falta de planificación a largo plazo de los proyectos. Esta última se ve limitada, en parte, por la asignación de presupuestos variables para cada año a las instituciones en cuestión.

[206] Vivienda, agua y saneamiento, entre otros.

Falta de marco jurídico

Las áreas de principal intervención a nivel comunitario de estas instituciones (vivienda, agua y saneamiento) carecen hoy de marcos jurídicos englobantes y coherentes para su regulación, y la inversión presupuestaria resulta muy limitada para cubrir las necesidades existentes a nivel nacional.

Carencia de enfoque de género y de derechos humanos

Se identificó una carencia de enfoque de género y de derechos en los proyectos y en las intervenciones de apoyo al desarrollo social y comunitario. Muchas veces se promueve la visión de «regalo» y no hay criterios claramente definidos, sino flexibilidad y arbitrariedad en la selección de las personas beneficiarias.

11.7 Puntos críticos relativos a los programas de fomento a la empleabilidad y al emprendimiento

Programas del Ministerio de Trabajo y del INFOTEP

El principal programa impulsado desde el Ministerio del Trabajo para aumentar la empleabilidad es el programa Juventud y Empleo que se inició en el 2003. Según los análisis de impacto realizados por parte del mismo Ministerio de Trabajo, el programa (que ahora se llama Programa de Apoyo al Servicio Nacional de Empleo) no ha tenido hasta ahora un impacto significativo en términos de un aumento de la inserción laboral, independientemente de sexo, edad y nivel educativo de los participantes. Se puede considerar que este bajo impacto está relacionado con las dificultades intrínsecas al mercado laboral dominicano, en especial por la escasa oferta de empleo decente (con remuneraciones y condiciones adecuadas).

Aunque la mayoría de las participantes en las capacitaciones del PASNE, en general, son mujeres, según estadísticas del INFOTEP los hombres son la mayoría en los cursos de más larga duración, que son los que otorgan mayores niveles de calificación y mejores oportunidades de empleo. Se considera que la menor participación femenina en los cursos de más larga duración puede en parte estar relacionada con la asunción por parte de las mujeres del trabajo doméstico, con la carga de cuidado de personas dependientes y con estereotipos de género.

En adición a lo anterior, en los programas de capacitación implementados por el INFOTEP se identifica que las mujeres siguen prefiriendo áreas técnicas tradicionales (belleza y peluquería, confección de prendas por vestir, panadería y repostería, manualidades, farmacología, terapia física y secretariado), manteniéndose en la formación técnica la misma segregación horizontal típica del mercado laboral dominicano. Esta especialización de las mujeres en áreas de baja calificación tiene como consecuencia menores oportunidades de inserción laboral y condiciones de trabajo más desfavorables respecto a los hombres.

Componentes de capacitación de PROSOLI

Se considera positivo que el programa PROSOLI contemple una vinculación entre las transferen-

cias monetarias e iniciativas dirigidas a mejorar la formación para el trabajo y a estimular iniciativas de emprendimiento. Estos componentes se están considerando prioritarios en el programa, aunque todavía están en una fase inicial.

Con relación a los Centros de Capacitación y Producción Progresando con Solidaridad, hay que resaltar que la oferta formativa apunta a responder a los intereses de las personas que participan, sin jugar un rol importante en romper con la segmentación horizontal de género en el mercado de trabajo.

Según informantes clave, la mayoría de las mujeres microemprendedoras capacitadas por PROSOLI realizan sus actividades desde la casa como solución propia a la falta de políticas públicas de conciliación familia trabajo. Esto y la discontinuidad en el trabajo derivada limitan el desarrollo de su iniciativa y la misma productividad, lo que se expresa en el hecho de que el ingreso que genera la mayoría de las actividades microempresariales femeninas no permite, por el momento, nada más que integrar el ingreso familiar con una fuente adicional para cubrir los gastos mensuales y, en algunos casos, unos ahorros exiguos.

Las limitaciones en el acceso a crédito

Uno de los puntos críticos que salió a relucir tanto en los programas de capacitación para microemprendimientos de PROSOLI, como en el componente de capacitación para el autoempleo del PASNE, es la dificultad que siguen teniendo los sectores vulnerables para acceder al crédito. El desempeño de PROMIPYME con relación a los jóvenes del PASNE ha sido hasta ahora limitado y ha estado muy por debajo de las exigencias: menos del 4% de las personas que se han beneficiado del programa de autoempleo han obtenido un crédito, de modo que deben recurrir a otras fuentes de servicios financieros.

CAPÍTULO 12

Recomendaciones para avanzar hacia un piso de protección social y la igualdad de género

12. RECOMENDACIONES PARA AVANZAR AL PROGRAMA PROGRESANDO CON SOLIDARIDAD

En este apartado del documento se presentan una serie de recomendaciones dirigidas a avanzar hacia un piso de protección social con igualdad de género. Dichas recomendaciones se refieren a las principales brechas verticales y horizontales identificadas a lo largo del estudio y toman en cuenta las recomendaciones hechas por las personas que han sido entrevistadas y que han participado en los talleres con la sociedad civil y las instituciones que trabajan en el ámbito de la protección social. Este capítulo se desarrolla en diferentes párrafos: después de una serie inicial de recomendaciones generales, se ofrecen recomendaciones relativas a cada uno de los pilares y grupos de programas de protección social analizados.

12.1 Recomendaciones generales

Articulación y coordinación: incrementar el nivel de integración entre los diferentes sectores que promueven iniciativas de protección social para evitar fragmentación, duplicación, dispersión de recursos, y promover la priorización de programas, el aumento de la cobertura y el alcance de las garantías. Es importante que esta articulación y coordinación interese tanto el lado de las iniciativas dirigidas a aumentar la demanda de servicios esenciales, así como el lado de la oferta de servicios.

Armonización de la información e integración en las bases de datos que se utilizan para la focalización de los programas de variables que permitan tomar en cuenta relaciones de género y de poder dentro de los hogares, capacidad de sustento familia, necesidades de cuidado, pobreza de tiempo (entre otras) y la realidad cambiante de la sociedad. A estos fines se valora positivamente el ICV como instrumento de medición de la pobreza multidimensional (en los próximos párrafos se encontrarán recomendaciones específicas para la inclusión en el cálculo del ICV de variables hasta ahora no consideradas.

Mejorar el nivel y los mecanismos de comunicación e información dirigidos a la ciudadanía sobre los diferentes programas de protección social disponibles, criterios de acceso, derechos y responsabilidades que implican.

En todos los programas y proyectos, reforzar componentes dirigidos a promover la igualdad de género (introducir o reforzar los componentes socioeducativos específicos, producir y divulgar material informativo y formativo sobre el tema de género que mire a generar cambios en los roles estereotipados para crear las bases para avanzar hacia una

más equitativa repartición de responsabilidades del hogar, incluyendo las corresponsabilidades de los programas).

Hacer transversal el enfoque de género dentro de cada programa (coordinar en este punto con el Ministerio de la Mujer en cuanto organismo rector responsable de establecer las normas y coordinar la ejecución de políticas, planes y programas a nivel sectorial, interministerial y con la sociedad civil, dirigidos a lograr la equidad de género y el pleno ejercicio de la ciudadanía por parte de las mujeres) y utilizar datos desagregados por sexo.

Fortalecer los sistemas de seguimiento y monitoreo de los programas tomando en cuenta indicadores género-sensitivos, que permitan identificar necesidades específicas de género y relaciones desiguales de poder para poder intervenir adecuadamente (en este sentido se sugiere coordinarse con la Unidad de Género y Estadísticas del Departamento de Investigaciones de la Oficina Nacional de Estadística).

Capacitar el personal de los programas sobre temas de género para que puedan ser multiplicadores y sentar las bases para cambios culturales.

Promover, dentro de todas las instituciones que se desempeñan en la protección social, el uso de un lenguaje no sexista en la producción de documentos y materiales (tanto en los de uso interno como en los dirigidos al público). Es importante reconocer que un lenguaje donde se nombran y se representan a las mujeres y a los hombres de forma equilibrada puede aportar a la transformación social y contribuir a consolidar la igualdad entre los sexos.

12.2 Recomendaciones relativas al mecanismo de focalización

Se recomienda revisar el sistema de focalización del SIUBEN tomando en cuenta las siguientes consideraciones:

- ampliar la encuesta por barrido a otras bolsas territoriales de pobreza a nivel nacional;
- introducir criterios que consideren la situación laboral y los ingresos de las personas que integran los hogares;
- en ausencia de criterios que prioricen la presencia de personas con discapacidad, introducirlos y/o contemplar un programa de protección social específico para las personas con discapacidad;
- introducir la variable que considera la proporción de menores de 5 años a los dominios urbano y rural;
- introducir criterios que permitan focalizar hogares monoparentales de jefatura femenina en situación de pobreza, y
- en el próximo censo del SIUBEN introducir preguntas que permitan realizar un análisis del uso del tiempo de las personas para identificar el nivel de pobreza de tiempo dentro de los hogares, situación que afecta especialmente a las mujeres.

12.3 Recomendaciones relativas al Sistema Dominicano de Seguridad Social

- Hacer todos los esfuerzos posibles para garantizar la cobertura de profesionales y técnicos independientes, así como de trabajadores por cuenta propia con ingresos iguales o mayores al mínimo salarial que debería estar afiliados al régimen contributivo subsidiado (cuya función resta aún pendiente). Esta ampliación horizontal de la cobertura tendría efectos positivos tanto frente a la cobertura de las personas que trabajan en el sector informal, como en sus dependientes, y jugaría un importante rol en la protección social de las mujeres, pues, como se vio en el capítulo sobre mercado laboral y género, el 51.1% de la población femenina ocupada se desempeña en el sector informal.
- Alentar a los empleadores a registrar a las personas empleadas y garantizarles el derecho a la seguridad social, empezando por las instituciones públicas. Una de las medidas que se sugiere tomar para lograr la alineación a los mandatos legales y la afiliación al SDSS, tanto de las empresas privadas como de las instituciones públicas, es la adopción de penalidades por el incumplimiento de la inscripción de empleados. La mayor cobertura que derivaría de esta ampliación tendría importantes efectos positivos para la población en general y en particular para las mujeres ya que en el sector público hay una tendencia al predominio de la fuerza de trabajo femenina.
- Universalizar la cobertura con seguro de salud de la población pobre. A este fin se recomienda establecer alianzas y acuerdos con todas las instituciones que pueden contribuir a identificar nichos de población descubiertas (como se ha empezado a hacer con el Consejo Nacional de Personas Envejecientes, con el MINERD y con PROSOLI), poniéndose como meta la cobertura de todas las personas que integran los hogares identificados como pobres por el SIUBEN. La afiliación de esta población es importante en términos de género por la prevalencia de mujeres y de hogares encabezados por mujeres dentro de los colectivos pobres.
- Igualmente, para garantizar el logro de esta meta, se considera importante aumentar el presupuesto del SENASA, cuya cartera, en base al presupuesto disponible, estaba al momento de las entrevistas al máximo de su capacidad (aunque durante el taller del 26 de agosto se recibió información de que ya hay el compromiso de avanzar hacia la cobertura universal dentro de pocos meses).
- Compatibilizar los criterios para la definición de la población objetivo del régimen subsidiado. Este es un paso fundamental para la definición de estrategias de extensión de la cobertura de este régimen (OIT 2013).
- Definir criterios adecuados que permitan un paso más ágil desde el régimen contributivo al régimen subsidiado, para que no se queden sin cobertura los trabajadores (y sus dependientes) al quedarse desempleados.
- Reforzar la capacidad de la DIDA en su rol de informar a las personas afiliadas sobre sus derechos y deberes, posiblemente dando un seguimiento personalizado a cada hogar.

- Evaluar el uso efectivo de la licencia de paternidad por nacimiento y ver cómo puede mejorarse para que responda a las necesidades de las familias con nuevas hijos y para que permita avanzar hacia una mayor equidad de género en la distribución de las tareas de cuidado y crianza. Se sugiere, por ejemplo, contemplar su obligatoriedad así como la adecuación de su duración (para que llegue a ser por lo menos de dos semanas) de manera que permita a los padres estar presentes durante los primeros días de desarrollo de los infantes. Se recomienda, además, tomar en consideración la oportunidad de introducir una cuota de paternidad, bajo el sistema «o se toma o se pierde» (experiencia que ha resultado exitosa en Noruega, Suecia y Alemania).
- Dada la inexistencia en el presente de la licencia parental, se retoma una propuesta de la OIT (2009, 122) que recomienda «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» (OIT 2009, 122). Es importante destacar que con la finalidad de promover el uso de la licencia parental por parte tanto del padre como de la madre, debería considerarse para ambos una remuneración adecuada (el marco de referencia podría ser el monto de las prestaciones por licencia de maternidad que se contempla en el Convenio 183 o en el Convenio 102, respectivamente del 66% y del 45% de los ingresos precedentes).
- Se recomienda además «legislar sobre las licencias familiares remuneradas por motivos de responsabilidades familiares (por ejemplo, en caso de enfermedad de hijos u otras personas dependientes) para que puedan ser tomadas indistintamente por el trabajador o la trabajadora. Estas licencias pueden consistir también en reducciones o flexibilidades horarias, para atender situaciones varias. […] Incorporar la posibilidad de 'excedencias', es decir, licencias no remuneradas pero con resguardo del puesto de trabajo para crianza o cuidado de otros dependientes».
- Se recomienda cerrar la brecha de cobertura de la licencias de maternidad y lactancia de las personas afiliadas al régimen contributivo.
- Contemplar una ampliación vertical de los derechos de las mujeres en el régimen subsidiado, con la inclusión de los subsidios por maternidad y lactancia. Esto constituiría un importante reconocimiento para las mujeres que se dedican al trabajo doméstico no remunerado y al cuidado de las personas no autónomas en el marco de la familia y sería coherente con el reconocimiento del trabajo doméstico «como actividad económica que crea valor agregado y produce riqueza y bienestar» que postula la Constitución Dominicana en su art. 55. A tales fines se recomienda realizar un estudio ad hoc que permita identificar las modalidades de ampliación vertical de este derecho (¿ayuda financiera o subsidio en especie?), los actores involucrados y las posibles fuentes de financiación.
- Garantizar la afiliación al régimen subsidiado a todas las mujeres cuidadoras.

12.3.1 Recomendaciones relativas al sistema de pensiones en el régimen contributivo

- Alentar a los empleadores del sector público y privado a que garanticen la cobertura de las personas empleadas, avalando el derecho a las pensiones, y contemplar también un sistema de penalidades para quienes incumplan.
- Garantizar a las personas adultas mayores retiradas la doble garantía de un ingreso mínimo (pensión de vejez) y de acceso a salud (SFS) de manera que las enfermedades no incidan en sus gastos de bolsillo.
- Realizar un estudio que resalte como los salarios más bajos percibidos por las mujeres (debido a la mayor inserción femenina en sectores de menor ingreso, así como a la brecha salarial a paridad de otras condiciones) impactan en una brecha de género en términos de pensiones percibidas. Se considera importante profundizar este punto con la finalidad de planificar medidas correctivas adecuadas a garantizar igualdad de género en términos de protección social entre las personas adultas mayores. En este sentido las medidas correctivas deberían tomar en cuenta también las diferencias de género en términos de esperanza de vida al nacer.
- Poner en marcha cuanto antes el sistema de otorgamiento de pensiones solidarias, cumpliendo con las metas establecidas en el PNPSP 2013-2014 (que contemplan un gradual aumento de cobertura desde el 2014 hasta el 2016 de 10,000; 20,000 y 30,000 personas), priorizando a las personas con mayores necesidades de cuidado y mayores niveles de pobreza.
- Avanzar hacia el reconocimiento del derecho al trabajo decente de las trabajadoras domésticas, en este sentido se recomienda:
    - depositar el instrumento de ratificación del Convenio 189 en la OIT en Ginebra para que este organismo internacional pueda desarrollar su rol de monitoreo en la implementación;
    - no esperar más para implementar efectivamente este convenio y garantizar a este colectivo laboral su derecho a un trabajo decente, contemplando cambios legislativos en este sentido;
    - hacer todos los esfuerzos posibles para garantizar la afiliación a la seguridad social en calidad de titulares a todas las personas que se dedican al trabajo doméstico remunerado y actualmente desprotegidas, y
    - realizar investigaciones para tener una idea clara sobre cuál es el perfil de las trabajadoras domésticas, para ver qué porcentaje se desempeña en un solo hogar y qué porcentaje trabaja en múltiples hogares para los fines de la afiliación a la seguridad social.
- Contemplar dentro del Consejo Nacional de Seguridad Social representantes de cada uno de los grupos vulnerables prioritarios (personas con discapacidad, personas indi-

gentes y personas desempleadas, personas adultas mayores y representantes del sector niñez), respetando el equilibrio de género, para que se precisen las exigencias de estos colectivos desde su propia realidad.

12.3.2 De la perspectiva del estímulo a la oferta de servicios

- Hacer esfuerzos para que la Red Pública de Salud cumpla su obligación de garantizar a la población dominicana todas las prestaciones incluidas en el PBS.
- Ampliar en los protocolos las ofertas de vacunas para cumplir con todos los esquemas de vacunación.
- Según informantes claves, la Comisión Técnica Permanente en Salud (CPS) está avanzando en la formulación de un programa para unificar el PBS; se confía en que se haya contemplado el aumento del componente destinado a medicamentos. De no ser así, se sugiere tomar en cuenta estas propuestas para poder contribuir efectivamente a la reducción de los gastos de bolsillo de la población pobre.
- Aumentar la inversión pública en salud de modo de alcanzar el 4% contemplado en el PLANDES para lograr una mayor calidad y eficiencia de los servicios en salud, así como a una garantía de equidad en el acceso financiero a los servicios, sin discriminaciones de ningún tipo.
- Invertir en la mejora de las estructuras, la tecnología, la preparación de los recursos humanos (Matías 2013), así como en la reestructuración del Sistema Nacional de Salud (SNS) y en el fortalecimiento del rol de rectoría del Ministerio de Salud Pública.
- Al implementar esta reestructuración será necesario avanzar hacia la transversalización de género en el SNS, como está establecido en la sexta prioridad y en el octavo objetivo estratégico del PLANDES, tomando como referencia las prioridades establecidas en el Plan Estratégico de Género en Salud 2014-2018. En ese sentido, se considera necesario que el SNS sea más consciente en sus programas de las necesidades específicas de hombres y mujeres, de modo de avanzar hacia el cierre de brechas que existen en el sistema dominicano en términos de acceso, participación y oportunidades (Moliné 2009).
- Realizar encuestas en las comunidades locales sobre las necesidades y preferencias en materia de servicios y medios de asistencia a la infancia y de ayuda familiar, como contemplado en el párrafo 24 de la Recomendación de la OIT y ampliar la cobertura de las Estancias Infantiles, tomando en cuenta los hallazgos de estos estudios.

12.3.3 En términos de prioridades

Conscientes de que hay muchas necesidades pendientes por responder dentro de la población dominicana, se considera importante que, a la hora de diseñar el Plan Nacional Plurianual del Sector Público y de distribuir el presupuesto del Estado para las políticas públicas, el Estado tome

en cuenta el derecho a la salud y a la seguridad social como prioridades absolutas. A estos fines se recomienda:

- priorizar la inversión pública dirigida a garantizar el derecho universal a la seguridad social, sin discriminaciones basadas en la condición laboral de las personas, posibilitando a todas estar protegidas frente a riesgos en salud, y
- priorizar una inversión adecuada (por lo menos el 4% como establecido en el PLANDES) dirigida a mejorar la calidad y accesibilidad de la oferta de servicios por parte de la red pública en salud al reconocer que el Estado tiene el deber de garantizar y proteger este derecho humano universal.

12.3.4 Recomendaciones relativas al programa Progresando con Solidaridad

- Ampliar la cobertura a todos los hogares identificados por el SIUBEN por su condición de pobreza extrema o moderada y alcanzar con el programa a todos los hogares con ICV 1 e ICV 2, dando prioridad a los hogares más necesitados entre los cuales se identifican hogares con jefatura femenina y/o con personas dependientes (infantes menores de 5 años, integrantes con discapacidad o adultos mayores no autosuficientes), de manera de promover una mayor equidad a nivel territorial.
- Diseñar con urgencia estrategias de salida del programa, hasta ahora inexistentes, para que los hogares que ya no se encuentran bajo la calificación de ICV 1 e ICV2 dejen espacio a familias con necesidades básicas insatisfechas. En este sentido, es importante reforzar el componente de formación y empleabilidad de las personas que integran los hogares que se gradúan del programa para reducir los riesgos de que caigan otra vez en una situación de pobreza.
- Recolectar sistemáticamente datos sobre los hogares beneficiarios desde los Departamentos de Planificación y Seguimiento y el de Sistemas y Tecnología, para analizar la situación de cada hogar y contemplar mecanismos de remplazo automáticos.

Recomendaciones relativas a los diferentes componentes del programa PROSOLI para avanzar hacia un piso de protección social

- Comer Es Primero (CEP): analizar si el monto de la transferencia monetaria necesita de ajustes, tomando en cuenta el poder adquisitivo y la inflación, sin por esto aumentarlo al punto de desincentivar a las personas que integran los hogares beneficiarios a dedicarse a la búsqueda activa de trabajo e insertarse en el mercado laboral[207].

[207] A estos fines, hay que tomar en cuenta dos factores: por un lado, que la duración de la ayuda está relacionada con el número de personas que integran el hogar (a un mayor número de personas corresponde una menor duración); por otro lado, muchos hogares reciben, además de la transferencia monetaria Comer Es Primero, otras transferencias (ILAE, BEEP o PROVEE) que también se pueden dedicar a la compra de alimentos.

- Incentivo la Asistencia Escolar (ILAE): verificar con el departamento de Sistemas y Tecnología la anomalía expresada por algunas beneficiarias entrevistadas, quienes refieren que, en algunos casos, solo algunos de los niños de la familia reciben el subsidio ILAE, a fin de confirmar si se trata de una percepción generada por el carácter escalar de la transferencia (la transferencia no se multiplica por el número de niños, sino que llega hasta un tope de cobertura de 1,200 para tres niños o más) o si se están dando anomalías. En el caso de que se confirme que no todos están cubiertos, proceder a proveer su cobertura.
- Subsidio Bono Gas Hogar (BGH): realizar un análisis socioeconómico del programa, comparando dos escenarios: el escenario actual en el cual se destina el subsidio a los hogares ICV 1, ICV 2 e ICV 3, y otro en el cual no se beneficien los hogares de clase media (ICV 3) y se aumente el subsidio destinado a los hogares ICV 1 e ICV 2. Esto permitiría confirmar si el incentivo a hogares ICV 3 constituye una fuga de recursos para luego tomar las medidas más adecuadas.

Mecanismos de dirección y coordinación y recursos humanos

- Reactivar los mecanismos de dirección y coordinación oficiales del programa PROSOLI, sin dejar de lado las buenas prácticas en la gestión que se están implementando desde el 2012 y que están resultando en mejoras significativas.
- Brindar una sólida formación en género y derechos a todo el personal del programa, con énfasis en el personal de campo que se relaciona más con los hogares beneficiarios, para que estos actores sean multiplicadores y promotores de derechos humanos y puedan contribuir a la deconstrucción de los estereotipos de género y a la redistribución de roles y responsabilidades entre hombres y mujeres, de manera de avanzar hacia la igualdad plena entre todos y todas. A estos fines se precisa que el material formativo y divulgativo utilizado tenga un enfoque de género y derechos humanos.
- Mantener registro con datos desagregados por sexo de las personas que colaboran con el programa a nivel voluntario o remunerado y hacer cuanto sea posible para garantizar el equilibrio de género en los dos ámbitos.
- No promover una religión respecto a otras en las reuniones que se implementan en el marco del programa, respetando la diversidad de credos religiosos que caracteriza la ciudadanía dominicana.

Mecanismos de participación de la sociedad civil

- Reforzar el rol de veeduría de la Red de Apoyo al Programa y de los Comités de Apoyo al Programa para abarcar otros aspectos además de la entrega de tarjetas, incluyendo el respeto de un enfoque de género y de derechos humanos.
- Reconocer el rol de las organizaciones de la sociedad civil como aliadas clave para lograr la salida de la pobreza y crear estrategias conjuntas que permitan mejorar la eficacia de la ayuda en beneficio de la población, sin protagonismos por parte de las instituciones u organizaciones.

- Dar seguimiento e impulsar las acciones contempladas en el plan de acción de la Alianza Contra la Pobreza y priorizar programas de lucha contra la pobreza que permitan avanzar hacia la igualdad de género, como por ejemplo los dirigidos a grupos poblacionales desprotegidos (personas con discapacidad, etc.), promoción de iniciativas comunitarias de cuidado de personas no autónomas (personas con discapacidades severas, personas adultas mayores e infantes), programas dirigidos al aumento de la empleabilidad o los ingresos, así como la promoción de la cobertura por parte del Seguro Familiar de Salud de un amplio número de hogares. Asimismo fomentar el rol de veeduría de las organizaciones que participan en la alianza.

Participación de los beneficiarios en el programa

- Promover la participación de representantes de las familias beneficiarias de ambos sexos en los diferentes encuentros que se realizan en el marco del programa (Escuelas de Familia, capacitaciones, charlas, reuniones de seguimiento a los reportes comunitarios, etc.), contemplando un sistema de turnos y/o incentivos y establecer cuotas de participación y toma de decisiones en los Núcleos de Familias Solidarias, «promoviendo la corresponsabilidad con los hombres en asistencia y participación en los Comités de Padres y Madres» (PNUD y GCPS 2013).
- Realizar reuniones y charlas en horarios aptos para padres y madres que trabajan para permitir la participación de ambos y, al mismo tiempo, reconocer el derecho de las mujeres a la autonomía económica en paridad con los hombres. A este fin, se recomienda realizar una encuesta a nivel comunitario para identificar cuál es el horario más adecuado para permitir esta participación.
- Contemplar espacios y personal comunitario para el cuidado infantil durante las reuniones de los Núcleos de Familia.
- Apuntar a un cambio en la cultura de la corresponsabilidad, empoderando a los beneficiarios sobre la importancia de su participación en los encuentros en dos órdenes para: (a) ejercer sus derecho ciudadanos de participación activa en el programa al aportar críticas constructivas y recomendaciones dirigidas a mejorar los servicios y la situación comunitaria y (b) recibir informaciones actualizadas y orientaciones que puedan apoyarles en encontrar estrategias para mejorar efectivamente la calidad de vida de sus familias. Contemplar un sistema de incentivo para quienes participen.
- Reforzar las alianzas con OBC para dar seguimiento a los reportes comunitarios y garantizar el seguimiento a los problemas y a la implementación de los planes de acción dirigidos a mejorar la accesibilidad y la calidad de servicios por parte de los Comités Técnicos Regionales Intersectoriales (CTRIS), que involucran a las sectoriales. Esto permitiría mejorar el trato hacia los usuarios, reducir a las mujeres los tiempos impuestos por las condicionalidades (que contribuyen a limitar su posición en el mercado laboral o en la búsqueda de empleo), así como verificar la calidad de los servicios y garantizar un impacto positivo del programa en términos de mejoras en salud y educación.

- Integrar en los reportes comunitarios preguntas que permitan resaltar otras problemáticas, con especial atención a los asuntos relacionados con el uso del tiempo.

Acompañamiento socioeducativo

- Hacer transversal el enfoque de género dentro del componente de acompañamiento socioeducativo del programa e introducir módulos adicionales específicos sobre género y derechos que apunten a generar un cambio en las relaciones de poder entre los géneros y a promover la corresponsabilidad de hombres y mujeres en los mecanismos de participación del programa y en la vida cotidiana.
- Aprovechar las capacidades instaladas a través del proyecto Familias de Paz para seguir reforzando el tema de igualdad de género dentro del personal del programa y dentro de las comunidades de intervención.

Condicionalidades y corresponsabilidades

- En caso de irrespeto de las condiciones, asociar a las visitas de los enlaces familiares una orientación sobre la importancia de respetarlas, las iniciativas dirigidas a la identificación de las dificultades que impiden su praxis (como pueden ser la incompatibilidad en el horario debido a trabajo remunerado, necesidades insatisfechas de cuidado, etc.), y la búsqueda conjunta de soluciones que eliminen estas barreras (por ejemplo, la promoción de la redistribución del trabajo remunerado y no remunerado, productivo y reproductivo, dentro y fuera del hogar; o la promoción de iniciativas de corresponsabilidad social, como servicios de cuidado comunitario).
- Brindar acompañamiento familiar en caso que se identifiquen problemas en la ejecución de las condiciones, con el fin último de garantizar impactos positivos en términos de salud y educación dentro de la población meta del programa.
- Fomentar la participación masculina en el seguimiento a las condiciones y corresponsabilidades, promoviendo la importancia de su rol en los ámbitos familiar y comunitario y resaltando los efectos positivos de una paternidad responsable.

Componente de formación para el trabajo

- Introducir en la oferta formativa de los CCPPS cursos más articulados que, al responder a las necesidades del mercado local, puedan aumentar las oportunidades de empleabilidad en trabajos decentes.
- Promover la incorporación de hombres y mujeres en carreras no tradicionales.
- Evaluar el éxito del componente de los CCPPS en términos de personas que encontraron un empleo, no tanto en términos de número de participantes.
- Establecer alianzas entre los CCPPS y las Estancias Infantiles locales existentes y de futura creación, e informar a los hogares beneficiarios sobre su existencia, los servicios brindados, la metodología para aplicar y las ventajas en términos de tiempo liberado para las mujeres.

Donde no existan Estancias Infantiles o no esté contemplada su construcción, promover la adaptación de un espacio en el CCPPS o en los centros comunitarios donde las mujeres puedan dejar a sus hijos con personal calificado que le brinde servicios de atención, recreación, educación y estimulación temprana, mientras las madres atienden a los cursos.

- Potenciar los servicios ofrecidos por las estancias infantiles de los CCPPS para que reciban más niños de forma residencial y puedan cubrir la necesidad de cuidado de mujeres trabajadoras, además de las que atienden a las capacitaciones.
- Realizar encuestas en las comunidades locales sobre las necesidades y preferencias en materia de servicios de asistencia a la infancia y de ayuda a la familia (como recomendado en el párrafo 24 de la Recomendación 156 de la OIT) y tomar en cuenta los hallazgos para planificar la oferta de servicios.
- Reforzar las estrategias dirigidas a aumentar la empleabilidad y las oportunidades de emprendimiento de la población beneficiaria, apuntando en lo posible a la inserción de las personas en el mercado formal sobre todo de las mujeres madres solteras; complementar estas iniciativas con la prestación de servicios públicos o comunitarios de cuidado.
- Reforzar el vínculo y las sinergias con el Ministerio del Trabajo y las Oficinas Territoriales de Empleo para que los beneficiarios de PROSOLI se beneficien de los programas sectoriales, y también reforzar el componente de orientación sobre la búsqueda activa de empleo.
- Reforzar las iniciativas dirigidas a apoyar los microemprendimientos femeninos instalados a través de la creación de nuevas oportunidades de servicios financieros inclusivos (de bajo costo, fácil acceso y no excluyentes en términos de género y condición social).
- Reforzar las alianzas con empresas públicas y privadas para que permitan a las personas egresadas realizar pasantías y para que se comprometan a emplear una cuota de los participantes, garantizándoles un trabajo decente.
- Reforzar los acuerdos con grupos comerciales del país para la compra o comercialización de los productos de las microempresarias que hacen parte del programa.

Corresponsabilidad familiar, empresarial y social

- Promover las responsabilidades compartidas dentro del hogar y de las comunidades, a través de campañas de sensibilización dentro de las comunidades de intervención.
- Promover medidas de conciliación por parte de las empresas.
- Contemplar centros públicos de cuidado (residenciales o de paso) y/o servicios de ayuda a domicilio para personas no autónomas, como son personas adultas mayores, personas enfermas y personas con discapacidad.

Relación entre el estímulo de la demanda y la oferta de servicios

- Realizar campañas dirigidas a la cobertura de todas las personas que integran los hogares beneficiarios con el sistema de seguridad social. Para ello, es preciso encontrar

soluciones a trabas burocráticas relacionadas con la heterogeneidad en la composición del hogar y reforzar los esfuerzos para arreglar la documentación (actas de nacimiento y cédulas) en el marco de la línea estratégica de identificación del programa PROSOLI (en el taller con personal de instituciones públicas se propuso entre otras iniciativas, reconocer los apellidos del padre y de la madre).

- Integrar las iniciativas dirigidas a la prevención del embarazo en adolescentes y prevención del VIH que se realizan en el marco de las Escuelas de Familia con un enfoque de salud y de derechos humanos.
- Integrar entre las corresponsabilidades o compromisos de los beneficiarios del programa PROSOLI componentes dirigidos a la promoción de la salud integral de adolescentes, tales como visitas periódicas a las Unidades de Atención Integral de Adolescentes del Sistema Nacional de Salud que operan según las Normas Nacionales de Atención Integral para Adolescentes. En estas unidades los jóvenes podrán recibir atención integral en salud, incluyendo orientación adecuada sobre temas relacionados con su salud sexual y reproductiva y pruebas diagnósticas a quienes lo soliciten o a hayan tenido conductas de riesgo (MSP 2010), así como otras informaciones e insumos dirigidas a la prevención de embarazos en temprana edad, a la prevención del VIH y de otras infecciones transmisibles sexualmente. Esta medida se considera urgente, tomando en cuenta la gravedad de la situación dominicana en relación a los embarazos en adolescentes y los impactos positivos que iniciativas bien diseñadas de prevención de embarazo en adolescentes pueden tener en la reducción de la transmisión intergeneracional de la pobreza.
- Reforzar los mecanismos de veeduría social, como los reportes comunitarios, y garantizar, tras su validación, el seguimiento a todas las quejas expresadas en ellos a través de una estrecha colaboración con las autoridades competentes de modo de lograr una oferta de servicios asequibles, eficaces, eficientes, amigables y no discriminatorios.
- Reforzar el rol de los Centros Técnicos Regionales Intersectoriales (CTRIS) y las Comisiones Mixtas en Salud para el monitoreo de la calidad de los servicios recibidos por los beneficiarios del programa, la identificación compartida de carencias y de posibles soluciones.

Manejo de la información sobre los hogares beneficiarios

- Revisar el sistema de recolección y el registro de informaciones periódicas por parte del departamento de Planificación y Seguimiento y del departamento de Sistemas y Tecnología para que incluyan siempre datos desagregados por sexo, pues, como bien dice Elsa Alcántara (PNUD-GCPS 2012), los efectos de las políticas, programas y proyectos afectan de forma diferenciada a hombres y mujeres. Asimismo, contemplar un sistema de alarma que permita resaltar y accionar frente a determinadas situaciones. Se considera importante registrar informaciones como: cantidad de personas que integran el hogar por grupos de edades, presencia en el hogar de madres solteras, situación de empleo o desempleo de los integrantes en edad de trabajar, tipo de fuentes de ingresos, cobertura o ausencia

de cobertura por parte del SFS, presencia de personas con discapacidad u otras personas no autónomas, trabajo doméstico no remunerado, uso del tiempo de las personas que integran el hogar, etc. Estas informaciones, además de permitir atender las necesidades específicas de los hogares, constituyen insumos para monitorear sus progresos.

12.3.5 Recomendaciones relativas a los programas de protección social y de cuidado

A continuación se presenta una serie de recomendaciones dirigidas a subsanar las brechas existentes a nivel nacional en el sistema de servicios de cuidado y de promoción social dirigidos a personas no autónomas. Se proponen recomendaciones específicas para cada una de las principales categorías de sujetos que necesitan de apoyo para sus funciones básicas (niños, personas con discapacidad y personas adultas mayores) y recomendaciones generales.

12.3.5a Cuidado intergeneracional de niñas y niños

- Dar seguimiento a los planes de instalación de los nuevos servicios de cuidado para infantes y, sobre todo, contemplar la ampliación en áreas por ahora no prioritarias para los planes nacionales hasta lograr la cobertura universal, teniendo en cuenta para estos fines asignaciones presupuestarias claras y adecuadas para garantizar el cumplimiento efectivo de las metas y la sostenibilidad del sistema.
- Prestar atención a la calidad de los servicios en estos nuevos centros de cuidado, garantizando que los programas a desarrollar tengan un enfoque de derechos humanos y que fortalezcan una visión de igualdad y equidad entre los géneros, así como una cultura de paz.
- Ofrecer oportunidades de formación y profesionalización al personal del sector educación encargado de la primera infancia a través de los cursos de INFOTEP o de otras iniciativas que hagan referencia a las nuevas directrices de política de la OIT sobre la promoción del trabajo decente para el personal del sector de la educación de la primera infancia (OIT 2014b) y que tomen en cuenta el párrafo 26 de la recomendación 165 de la OIT sobre trabajadores con responsabilidades familiares.
- Aprovechar el proceso de restructuración del sector para establecer claros mecanismos de coordinación entre todos los actores involucrados en la prestación de servicios de atención integral para la niñez de manera de poder uniformar estándares y lograr de forma sinérgica una oferta de los servicios de calidad.
- Asegurar que los nuevos centros de cuidado tengan horarios adecuados a las condiciones individuales de las personas y, en particular, de que sean flexibles para las personas asalariadas. En específico se recomienda procurar:
    - la asequibilidad de los servicios para todos los usuarios,
    - la duración del servicio durante todo el año,

  - un horario de apertura cotidiana,
  - la adecuación del servicio y a niños de diferentes edades y a las necesidades de los trabajadores con responsabilidades familiares, con énfasis en trabajadores informales, con horarios y contractos atípicos y recursos irregulares o sin recursos.
- Atender a que la ubicación de los centros responda a las preferencias de los trabajadores (detectada en base a encuestas sistemáticas llevadas a cabo en las comunidades locales sobre las necesidades y preferencias en materia de servicios y medios de asistencia a la infancia y de ayuda familiar, como contemplado en el párrafo 24 de la Recomendación 156 de la OIT).
- Aprovechar del nicho laboral que se crea con la apertura de nuevos centros de cuidado para disminuir el desempleo femenino.
- Promover la participación masculina en instituciones de nueva apertura para poner en discusión la asignación del cuidado como tarea exclusiva de las mujeres y permitir abrir brechas en la segmentación laboral horizontal. Sobre este punto podría ser útil introducir una cuota para hombres del 30% y contemplar actividades de sensibilización dirigidas a cambiar los estereotipos de género que impiden a los hombres involucrarse en estas profesiones.
- Asegurarse de que el número de hombres en los puestos directivos de estos centros esté en proporción con el de mujeres.

12.3.5b Promoción social y cuidado de personas con discapacidad

- Diseñar un programa específico de protección social para personas con discapacidad que tome en cuenta las limitaciones de obtener ingresos que tienen las personas con discapacidad severa y los consecuentes riesgos que corren de caer en la pobreza crónica, así como el derecho al cuidado de estas personas.
- Poner en marcha cuanto antes el sistema de pensiones solidarias, en seguimiento al decreto que contempla su otorgamiento, cumpliendo con las metas establecidas en el PNPSP 2013-2014 (que estipulan un gradual aumento de cobertura desde el 2014 hasta el 2016 de 10,000, 20,000 y 30,000 personas), priorizando a las personas con mayores necesidades de cuidado y mayores niveles de pobreza.
- Extender el SFS a todas las personas con discapacidad de escasos recursos.
- Mejorar la oferta de los servicios de salud, incluyendo los servicios de salud sexual y salud reproductiva, para que sean de calidad, accesibles, eficientes y asequibles para las personas con discapacidad y para que se otorguen en el marco de respeto de la dignidad humana y de los derechos humanos. Esto incluye garantizar la formación y sensibilización del personal que presta servicios de salud.
- Contemplar un enfoque integral que incluya en la oferta de servicios de salud la prevención de las discapacidades así como la recuperación funcional.
- Aprobar con urgencia el reglamento de actuación de la Ley Orgánica 05-13 referido a la igualdad de derechos y oportunidades de las personas con discapacidad.

- Aumentar la oferta de centros de cuidado público para personas con discapacidades severas, en todos los ciclos de vida, y de hogares accesibles a personas con discapacidad en situación de abandono. Estos centros deberán tomar en cuenta las disposiciones contenidas en la Recomendación 165 de la OIT y, en general, ser asequibles y adecuarse a las necesidades de los trabajadores con responsabilidades familiares.
- Contemplar medidas, compatibles con las condiciones y posibilidades nacionales para establecer servicios de ayuda en el hogar y cuidado a domicilio adecuadamente reglamentados y supervisados y a costos razonables acorde con las posibilidades económicas de los trabajadores (párrafo 33 de la Recomendación 165).
- Responder a las solicitudes del órgano rector, CONADIS, y de las organizaciones de la sociedad civil que representan a las personas con discapacidad de crear un padrón de personas con discapacidad (como ordena la Ley 5-13), bajo la gestión del SIUBEN, que sirva como sistema para la identificación de la población meta de programas de protección social de personas con discapacidad. Dicho padrón deberá diferenciar entre personas con discapacidad severa, que requieren de servicios de atención y cuidado especializado, y con otros tipos de discapacidad que les permite acceder a un ámbito laboral, si bien requieren de políticas de inclusión, promoción social y de acceso a empleos dignos.
- Aumentar los esfuerzos conjuntos de CONADIS, MT, PROMIPYME, e INFOTEP para fomentar el empleo de las personas con discapacidad, en bases de igualdad de género, mediante la concertación de acuerdos y establecimiento de cuotas con el sector privado y público[208], así como aumentar las oportunidades para el emprendimiento a través de cursos y préstamos. En concomitancia con estos esfuerzos, resulta indispensable desarrollar un servicio de transporte público accesible para personas con discapacidad que les garantice el traslado a los programas de capacitación y al empleo.
- En general, se debe contemplar la integración e inclusión social, que implican una base normativa legal e institucional adecuadas.

12.3.5c Promoción social y cuidado de las personas adultas mayores

- Aumentar los niveles de inspección y control por parte del Ministerio de Trabajo a fin de alentar a las empresas a registrar a las personas empleadas y, de esta manera, garantizarles su derecho a pensión.
- Asegurar a las personas retiradas la doble garantía de un ingreso mínimo (pensión de vejez) y de acceso a salud (SFS).
- Universalizar la cobertura de las personas adultas mayores no afiliadas al régimen contributivo o a un seguro privado con el Seguro Familiar de Salud por parte del SENASA. En este sentido se recomienda aprovechar de la base de datos recolectada por el CONAPE.

[208] La Ley 05-13 contempla que el 5% de las personas empleadas en las instituciones públicas sean personas con discapacidad; se recomienda abogar para la implementación de esta medida de proporcionalidad en todas las instituciones públicas, incluyendo los centros de cuidado para la niñez que se estarán poniendo en función en un mediano plazo.

- Ampliar y mejorar los programas de protección social que se dirigen a las personas adultas mayores; esto tendría un doble impacto de género, pues si por un lado la población adulta mayor indigente es prevalentemente femenina, por otro lado son las mujeres las que se ocupan del cuidado de las personas envejecientes.

Programa de Protección a la Vejez en Pobreza Extrema (PROVEE)

- Aumentar el monto de la transferencia monetaria PROVEE para que permita un mayor nivel adquisitivo que pueda cumplir con el objetivo de garantizar una alimentación adecuada para las personas beneficiarias.
- Aumentar la inversión en el programa PROVEE y, como consecuencia, la cobertura a todas las personas adultas mayores que se encuentren categorizadas en ICV 1 e ICV 2 y que no estén cubiertas por el régimen contributivo del SDSS. En la ampliación, contemplar criterios de discriminación positiva que tengan en cuenta los mayores niveles de desprotección de las mujeres adultas mayores.
- Aumentar la cantidad del personal del programa PROVEE que se ocupa de las visitas domiciliarias para dar un mejor seguimiento a las personas adultas mayores beneficiarias. Se recomienda a tales fines incluir dentro del personal profesionales expertos en geriatría y gerontología y que todo el personal reciba formación en género, además de la formación ya contemplada en la Ley sobre Protección de la Persona Envejeciente. Se recomienda, además, hacer las coordinaciones pertinentes y crear sinergias con las Direcciones Provinciales del Ministerio de Salud Pública, así como con las municipalidades y otras instituciones responsables.
- Aumentar la oferta de centros de cuidado público para personas envejecientes que brindan atención integral a personas adultas mayores que carecen de recursos económicos y/o de familia, o que se encuentren en otras situaciones especiales. Se sugiere privilegiar la oferta de cuidado para necesidades que el SFS no cubre (Alzheimer, demencia senil y otras) y garantizar que estos centros trabajen con un enfoque de género y derechos humanos. Se sugiere considerar, entre otras, las opciones de centros de cuidado diurno en espacios comunitarios y/o el cuidado a domicilio.
- Aumentar la oferta de servicios de enfermería y medicina a domicilio por parte de personal especializado en geriatría y gerontología para respetar el derecho de las personas adultas mayores a quedarse en sus hogares y vivir de la manera más activa e independiente posible (Guzmán y Huenchuan 2005).
- Contemplar también servicios a domicilio de apoyo a los quehaceres domésticos, a través de cooperativas e iniciativas de asociación a nivel comunitario.
- Mejorar la coordinación entre las diferentes instituciones que se desempeñan en el sector de atención a las personas envejecientes de manera que sea posible el rol de fiscalización y supervisión de los centros por parte del CONAPE, con la finalidad de dar recomendaciones frente eventuales problemas y lograr una mejora en términos de calidad de los servicios ofertados con enfoque de género y de derechos humanos.

- Apoyar y multiplicar las iniciativas dirigidas a la promoción de carreras en gerontología, con enfoque de género, para la formación de personal en salud especializado en la atención de los adultos mayores.
- Considerar la opción de formar sobre temáticas de género y vejez a todas las personas que trabajan en la atención a los adultos mayores y promover a nivel nacional el programa de salud integral Siempre Mujer, que tiene como propósito prevenir, diagnosticar y tratar de forma integral los cambios físicos y hormonales que se presentan en esta etapa de la vida de la mujer.
- Es urgente empezar a otorgar las pensiones solidarias a personas mayores de 60 años que carecen de recursos suficientes para satisfacer sus necesidades, como contemplado en la Ley 87-01 de Seguridad Social, que aún no se están confiriendo, a pesar de que en el año 2013 se emitió la resolución que las reglamenta.

En general

- Aumentar la calificación del trabajo de las cuidadoras, permitirles condiciones de trabajo decente y mejorar la calidad de los servicios a través de diferentes estrategias, como la participación en cursos de formación y la certificación para el cuidado infantil, de personas con discapacidad y de personas ancianas no autónomas.
- Involucrar al INFOTEP y a universidades en la formación de personas de sectores vulnerables en el cuidado con criterios de calidad.
- Promover la creación de proyectos asociativos de servicios de cuidado (empresas públicas y privadas, cooperativas, PYMES, etc.) que cuenten con adecuadas subvenciones públicas para la creación de empleos decentes de modo de promover la «desfamiliarización» del cuidado y satisfacer la demanda con pequeñas unidades a nivel de barrios y comunidades, sobre todo en las áreas no contempladas en los planes estatales. En ese sentido, puede ser útil hacer referencia a las experiencias y buenas prácticas que se han realizado en países como Costa Rica, Chile, México y España (para un análisis de experiencias y buenas prácticas, sistemas de financiamiento de servicios de cuidado y condiciones de trabajo del personal ver Hein y Cassirer 2010, Soluciones para el cuidado infantil en el lugar de trabajo).
- Incluir a las municipalidades (ayuntamientos) en los programas y en los centros de atención y cuidado, tanto en el proceso de identificación de las personas beneficiarias, como en el mapeo y análisis de las necesidades y de las preferencias relativas a los servicios de cuidado. Igualmente, involucrar a estos actores locales en la financiación durable y en la provisión de servicios, visitas domiciliarias y labores de veeduría.
- Priorizar desde el Estado mayores fondos del presupuesto nacional para el régimen subsidiado (pensiones solidarias y Seguro Familiar de Salud), y para los programas de protección social en general.
- Impulsar programas que promuevan el valor del trabajo de cuidado en tanto labor funda-

mental en una sociedad con un alto nivel de personas con discapacidad y envejecientes. Esto puede incluir campañas de promoción y sensibilización acerca del cuidado como un derecho universal, que supone garantías y mecanismos que aseguren la provisión digna de cuidados a quien los requiere y condiciones para ejercer el cuidado de manera adecuada (Pautassi, 2007). En relación a lo anterior, es preciso desarrollar también estrategias de equiparación de los derechos laborales y mejoramiento de las condiciones de trabajo de las cuidadoras, así como garantizar niveles salariales adecuados, en consonancia con la revalorización del trabajo.

- Redefinir los roles de género en las instituciones que trabajan en el cuidado, promoviendo la participación masculina para romper con la asignación exclusiva del cuidado a las mujeres y permitir así brechas en la segmentación laboral horizontal. Sin embargo, aprovechando la ventaja comparativa femenina en el sector, fomentar el empleo femenino y garantizar que los puestos de liderazgo no estén desproporcionadamente en manos de hombres.
- En el caso de que se otorguen subsidios para el cuidado, cuantificarlo tomando en cuenta el costo de oportunidad de las personas que no pueden salir al mercado por tal razón, de modo de avanzar hacia la dignificación del trabajo de cuidado, para que no se perpetúe la responsabilidad exclusiva familiar de las mujeres en este ámbito y no siga siendo un trabajo de muy baja remuneración (Otxoa 2008).
- Impulsar programas educativos dirigidos a niños, niñas y adolescentes que apunten a desmontar los estereotipos de género y promuevan un cambio del papel tradicional tanto del hombre como de la mujer en la sociedad y en la familia, y una igual redistribución del trabajo de cuidado entre hombres y mujeres. En el taller del 26 de agosto se recomendó explícitamente abogar para la inclusión en el currículo educativo, a todos los niveles, de un enfoque de derechos humanos con perspectiva de género y de incluir los contenidos de educación sexual integral.

12.3.6 Recomendaciones relacionadas a las iniciativas de promoción del desarrollo social y comunitario y de provisión de servicios básicos

- Reorganizar el sector de desarrollo social y comunitario a partir de un diagnóstico que identifique los programas que se ejecutan desde las diferentes instancias públicas, así como sus niveles de eficiencia, eficacia y transparencia y las brechas descubiertas.
- Contemplar mecanismos de coordinación entre las diferentes instituciones que se desempeñan en esta área y, a partir de un análisis de las necesidades existentes, crear planes estratégicos plurianuales que establezcan un horizonte temporal para la superación de las necesidades básicas de vivienda, agua, saneamiento, electricidad, entre otras. Tales mecanismos deben también definir una división de roles coherente y eficiente entre las distintas instituciones involucradas.
- En todo esto es importante utilizar como línea guía la Estrategia Nacional de Desarrollo (END) que, por ejemplo, en su objetivo 2.5.1 contempla el acceso a la vivienda digna y a

asentamientos humanos sostenibles, y establece una línea de acción específica (2.5.1.11) dirigida a garantizar el acceso a planes de viviendas dignas y a bajo costo a mujeres y a grupos vulnerables (identificados como jefas de hogar, madres solteras, mujeres víctimas de violencia, población con discapacidad y personas adultas mayores). El objetivo 2.5.2 de la END además apunta a la garantía del acceso universal a servicios de agua potable y saneamiento con calidad y eficiencia.

- Impulsar la discusión, aprobación y promulgación de leyes de vivienda y de agua, con enfoque de género y derechos humanos, que regulen esos respectivos sectores, definan actores, sus funciones y responsabilidades, y que tomen en cuenta las necesidades de la población más pobre, así como las recomendaciones y visión de las OSC y las comunidades locales que trabajan en esos temas.
- Aumentar la inversión social en vivienda del 0.5% del PIB anual que se ha invertido en promedio en los últimos años a, al menos, un 2.4% del PIB. Asimismo destinar, al menos, un 0.25% del PIB anual a agua y saneamiento, según lo recomendado por la ODH (2010).

Carencia de enfoque de género y de derechos humanos

- Asumir un enfoque de género y derechos humanos durante la identificación, formulación y ejecución de los programas y abordar las necesidades prácticas de las mujeres, sus intereses estratégicos, en aras de aumentar su empoderamiento y permitirles asumir roles de mayor peso dentro de la sociedad, no en términos de mayor carga, sino de mayor acceso a los recursos y participación en pie de igualdad con los hombres en la toma de decisiones.
- Introducir la práctica de utilizar datos desagregados por sexo a lo largo del ciclo de vida de los programas y proyectos, y contemplar indicadores de género y género sensitivos para el monitoreo y la evaluación de los programas.
- Estimar el uso del SIUBEN como instrumento para la focalización de personas beneficiarias; y del ADESS, para realizar las transferencias.
- Conectar los programas de desarrollo social y comunitario implementados por las instituciones públicas del GCPS con los programas universales de salud, educación y trabajo, garantizando un enfoque de género.

12.3.7 Recomendaciones relativas a los programas de fomento a la empleabilidad y al emprendimiento

- Encontrar estrategias novedosas para crear mayores oportunidades de trabajo remunerado de calidad, buscando responder sobre todo a las altas tasas de desempleo y subempleo femenino y juvenil. Establecer alianzas con empresas e industrias, así como entidades del sector público, para garantizar pasantías y contrataciones a las personas que se gradúan con éxito de las capacitaciones, contemplando cuotas de personas en condiciones de riesgo frente la pobreza (incluyendo una subcuota de empleo femenino).

- Realizar diagnósticos detallados a nivel territorial sobre las necesidades de empleo de entidades estatales y empresas privadas para poder adecuar, a nivel local, la oferta formativa en términos de cursos y perfiles específicos, y preparar personas en las áreas de formación técnica que ofrecen mayores posibilidades de empleo.
- Realizar un análisis relativo a la calidad de la formación brindada en el marco de los programas de formación para poder readecuar la oferta formativa y garantizar que esta sea de alta calidad y responda mejor a las necesidades del mercado laboral.
- Estimular la participación de las mujeres en cursos de larga duración que les otorguen una mejor formación, les permitan obtener una calificación más alta y les ofrezcan mayores oportunidades de acceso a trabajos de más alto nivel.
- Contemplar servicios de cuidado para las personas dependientes de las participantes en los cursos.
- Estimular la participación de las mujeres y hombres en cursos de formación en sectores no tradicionales para sus sexos. Aumentar la integración de las mujeres en áreas no tradicionales puede permitirles mejorar su empleabilidad y su oportunidad de encontrar empleos de calidad fuera de sectores tradicionalmente femeninos.
- Aprovechar de nuevos nichos de trabajo, por ejemplo, trabajo de cuidado de personas no autónomas de hogares de clase media-alta, e ir profesionalizando empleos hasta el momento desvalorizados.
- Promover iniciativas de corresponsabilidad familiar, comunitaria o pública (contemplando servicios de cuidado infantil y de personas con discapacidad o envejecientes) para permitir a las mujeres dedicarse a sus emprendimientos y ser más productivas, así como participar en los cursos que otorgan mejores niveles de calificación en pie de igualdad con los hombres.
- Propiciar la articulación con las autoridades locales (en particular, los ayuntamientos) para este proceso de promoción de políticas de conciliación y corresponsabilidad.

Componentes de capacitación de PROSOLI

- Con relación a los CCPPS, estimular la participación de las mujeres en cursos de formación en sectores no tradicionales para sus sexos y aumentar la adecuación de la oferta formativa a las necesidades del mercado laboral local.
- Crear mecanismos de evaluación del programa de capacitación que tomen en cuenta los niveles de inserción laboral de los participantes.
- Aumentar la inversión en los componentes de aumento de la empleabilidad y dirigidos al emprendimiento de los hogares beneficiarios de PROSOLI, priorizando a los grupos de mayor riesgo frente a la pobreza, como las mujeres jefas de hogar.
- Reforzar los vínculos entre las iniciativas de capacitación y un abanico más amplio de entidades de microcréditos, a fin de aumentar las opciones de acceso al crédito de las

personas beneficiarias de los programas, con especial énfasis en los emprendimientos femeninos.

- Ampliar las iniciativas de reforzamiento a las microempresas femeninas ya instaladas, para que puedan crecer y aumentar su capacidad de producción y generación de ingresos. Dentro de tales iniciativas se debe incluir el acceso a microcréditos que les permitan impulsar su desarrollo y apoyo comunitario para el cuidado familiar.
- Promover el otorgamiento de servicios financieros inclusivos, es decir, de bajo costo, fácil acceso y no excluyentes en términos de género y condición social a los sectores de ingresos bajos y medios del país. Estos servicios deben estar adaptados a las necesidades específicas de los clientes (en cuanto a plazos, tasas, garantías, información clara del costo final de los productos, etc.) y no contemplar sanciones altamente punitivas en caso de retraso en el pago.

12.4 Recomendaciones relativas al marco legal

El logro de un piso de protección social con igualdad de género implica la revisión y adecuación de algunas normativas legales, entre las cuales se citan:

Ley 87-01 sobre Seguridad Social. En el caso que no haya otras formas de lograr la cobertura universal con la seguridad social, contemplar la adecuación de lugar a la pieza normativa.

Código de Trabajo (Ley 16-92). En el 2013 hubo un intento de reforma del Código de Trabajo. Existe una intención de reformar esta legislación, lo que podría constituir una oportunidad para avanzar hacia la igualdad de género en el marco normativo dominicano. En este sentido, se recomienda aprovechar el proceso de reforma del Código de Trabajo para introducir cambios que permitan avanzar hacia la igualdad de género, tales como: la dignificación del trabajo doméstico remunerado, la promoción de políticas de corresponsabilidad familiar y privada, las licencias médicas y de paternidad, la inclusión de la figura del acoso laboral y sexual, entre otros.

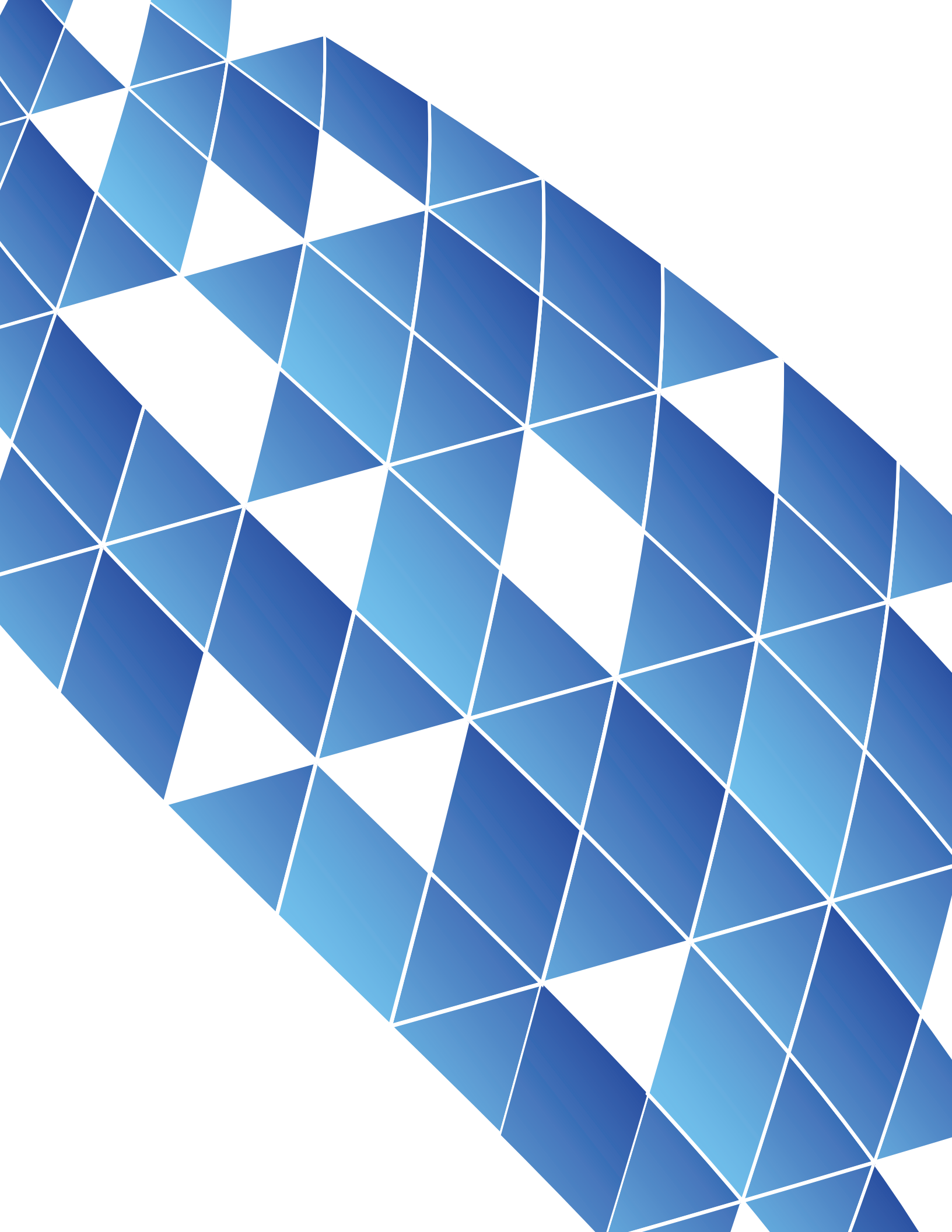
Plan Decenal de Salud (PLANDES) 2006-1015. Dado que el próximo año se cumple el período de tiempo contemplado en este instrumento, se recomienda elaborar un nuevo plan de salud manteniendo los enfoques de género, derecho y equidad social que hubo en esta versión, así como la perspectiva integral del Sistema Nacional de Salud y la seguridad social. Se recomienda, además, hacer una evaluación de los logros y limitaciones que han caracterizado la implementación del plan en estos diez años para identificar retos a superar e introducir medidas correctivas en el próximo plan.

Ley Orgánica sobre la igualdad de derechos de las personas con discapacidad (Ley 05-13). Urge la elaboración y aprobación del reglamento de esta ley, a fin de que pueda empezar a ser implementada y cumplir con su objetivo de garantizar los derechos y oportunidades de las personas con discapacidad.

Convenios de la OIT pendientes de ratificación. Se recomienda la ratificación de algunos de los convenios de la OIT de mayor relevancia para el tema de seguridad y protección social, como son:

- Convenio 189 sobre trabajo decente para los trabajadores y trabajadoras domésticas (2011),

- Convenio 156 sobre los trabajadores con responsabilidades familiares (1981),
- Convenio 183 sobre la protección de la maternidad (2000) y
- Convenio 102 sobre la norma mínima de la seguridad social (1952).



TERCERA PARTE

FICHAS DE LOS PROGRAMAS ANALIZADOS

FICHA 1 RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SISTEMA DOMINICANO DE SEGURIDAD SOCIAL

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:	SISTEMA DOMINICANO DE SEGURIDAD SOCIAL	SIGLAS:	SDSS	NO. 1

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

1.1. Nombre del programa:	Régimen Contributivo del Sistema Dominicano de Seguridad Social										
1.2. Objetivos:	Proteger a la población contra los riesgos de vejez, discapacidad, cesantía por edad avanzada, sobrevivencia, enfermedad, maternidad, infancia y riesgos laborales.										
1.3. Localización geográfica o territorial:	Nacional										
1.4. Institución(es) involucrada(s)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Institución	CNSS	ARS SENASA	ARS Privada	SIPEN	SISALRIL	AEISS	CONDEI	AFP	TSS	PSS	DIDA
Responsable (R) / Colaboradora (C)	R	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C

1.6. Mecanismos de dirección y/o coordinación previstos:

El Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS): tiene a su cargo la dirección y conducción del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) y es el responsable de establecer las políticas, regular el funcionamiento del sistema y de sus instituciones, garantizar la extensión de cobertura, defender a los beneficiarios, así como velar por el desarrollo institucional, la integralidad de sus programas y el equilibrio financiero del SDSS. Este consejo está integrado por la autoridad de varias secretarías de Estado e instituciones privadas con intereses en el tema.

Tesorería de la Seguridad Social (TSS): tiene a su cargo el Sistema Único de Información y el proceso de recaudo, distribución y pago para asegurar la solidaridad social, evitar la selección adversa, contener los costos y garantizar la credibilidad y eficiencia.

Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA): que tiene a su cargo proveer información a las personas derechohabientes, recibir sus reclamos y quejas así como, asesorarles sobre la calidad y oportunidad de los servicios de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), del Seguro Nacional de Salud (SENASA) y de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS).

Superintendencia de Pensiones (SIPEN): entidad estatal, autónoma, con personalidad jurídica y patrimonio propio para que, a nombre y en representación del Estado dominicano, ejerza la función de autorizar, fiscalizar, supervisar, auditar y sancionar a todas las instituciones que operan como Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP).

Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL): entidad estatal, autónoma, con personalidad jurídica y patrimonio propio, la cual, a nombre y representación del Estado dominicano, tiene el deber de autorizar, fiscalizar, supervisar, auditar y sancionar a todas las instituciones que operan como Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y el Seguro Nacional de Salud (SENASA).

Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP): sociedades financieras de carácter público, privado o mixto constituidas de acuerdo con las leyes del país, con el objetivo exclusivo de administrar las cuentas personales de los y las afiliadas e invertir adecuadamente los fondos de pensiones. También les corresponde otorgar y administrar las prestaciones del sistema previsional, observando estrictamente los principios de la seguridad social y las disposiciones legales existentes.

Administradoras de Riesgos de Salud (ARS): entidades públicas, privadas o mixtas descentralizadas, con patrimonio propio y personería jurídica, autorizadas por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales para asumir y administrar los servicios de salud de las personas asalariadas, tanto del sector público como del privado.

FICHA 1 RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SISTEMA DOMINICANO DE SEGURIDAD SOCIAL (CONTINUACIÓN)

	Prestadoras de Servicios de Salud (PSS): personas físicas o entidades públicas, privadas o mixtas descentralizadas, con patrimonio propio y personería jurídica, dedicadas a la provisión de servicios ambulatorios, de diagnóstico, hospitalarios y quirúrgicos, habilitadas por la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), de acuerdo con la Ley General de Salud. En fin el Consejo Nacional de Estancias Infantiles (CONDEI) y la Aseguradora de Estancias Infantiles Salud Segura (AEISS) son los dos organismos que se ocupan respectivamente de la rectoría y de los servicios de las estancias infantiles.
1.7. Participación de la sociedad civil en el diseño del programa:	El CNSS está constituido por los siguientes integrantes: a. La Ministra del Trabajo que preside el Consejo Nacional de Seguridad Social. b. El Ministro de Salud Pública –que tiene la vicepresidencia del CNSS. c. El Director General del Instituto Dominicano de Seguridad Social. d. El Director del Instituto de Auxilios y Viviendas (INAVI). e. El Gobernador del Banco Central. f. El titular de Colegio Médico Dominicano. g. Un representante de los demás Profesionales y Técnicos de la Salud. h. Representantes de profesionales y técnicos, escogidos por sus sectores. i. Tres representantes del sector empleador, escogidos por sus sectores. j. Tres representantes del sector laboral escogidos por sus sectores (CASC, CNUS y CNTD). k. Un representante de la microempresa. l. Un representante de los discapacitados, indigentes y desempleados. m. Un representante de los gremios de enfermería. Con la exclusión de las instituciones públicas, las personas que participan en el CNSS en representación de los demás sectores deben responder a una lógica de equidad de género que requiere que cuando la persona titular sea de un sexo, la persona suplente sea del otro sexo. El CNSS se reúne cada 15 días y en la mayoría de los casos participan tanto titulares como suplentes. Para la toma de decisión se atribuye el poder de voto y de veto a los tres sectores participantes: Estado, empleadores y trabajadores. En representación de la sociedad civil se encuentran: - tres representantes de los trabajadores; - un representante de los profesionales y técnicos, y - una persona en representación de bien tres grupos de personas vulnerables —personas con discapacidad, personas desempleadas y personas en condiciones de indigencia—, sin importar las diferencias que hay entre estos grupos ni que cuantitativamente representan una gran parte de la población potencialmente beneficiaria (es importante notar que se consideran los derechos de grupos que deberían estar cubiertos por el régimen subsidiado).
1.9. Porcentaje sobre el gasto social:	1.9 Porcentaje sobre PIB:
2. POBLACIÓN BENEFICIARIA	
2.1. Criterios de focalización:	Con el régimen contributivo se cubre la seguridad social las personas adscritas al mercado de trabajo formal: población trabajadora pública o privada, y a empleadores.

FICHA 1 RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SISTEMA DOMINICANO DE SEGURIDAD SOCIAL (CONTINUACIÓN)

2.2. Condicionalidad:	No aplica					
2.3. Participación de la población beneficiaria en el programa: personas que ingresan	En el régimen contributivo reciben los beneficios del programa las personas que han cotizado en el SDSS (la persona trabajadora aporta el 30% del salario cotizable y la persona empleadora aporta un 70%).					
2.3.1. Población atendida por sexo, a enero 2014 (incluye titulares y dependientes)	Total	Mujeres	Hombres	2.3.1. Hogares atendidos por jefatura, absoluto y %	Jefatura femenina	Jefatura masculina
Absoluto	2,902,340	1,439,757	1,462,583		No aplica	No aplica
%	100%	49.6%	50.4%			
2.4. Criterios de egreso:	El criterio de egreso es la pérdida del trabajo y parar de cotizar.			2.5. Personas que finalizan el programa:	Mujeres	Hombres
					No aplica	No aplica
2.6. Mecanismos de participación en el desarrollo y evaluación del programa:	Las personas derechohabientes pueden dirigir sus reclamos y quejas a la DIDA, institución que también se ocupa de otorgarles información y orientación.					

3. COMPONENTES EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN BENEFICIARIA

3.1. Estímulo a la demanda:

3.2.1. Transferencias monetarias

(a) En el marco del Seguro Familiar de Salud:
- subsidios por maternidad,
- subsidios de lactancia ,
- subsidio por enfermedad común,
- (el art. 80 del Código Laboral contempla además la cesantía).

(b) En el marco del sistema de pensiones:
- pensión de vejez,
- pensión de discapacidad total o parcial,
- pensión de cesantía por edad avanzada,
- pensión de sobrevivencia.

(c) En el marco del Seguro de Riesgos Laborales:
- subsidio por discapacidad temporal ocasionada en trabajo,
- indemnización por discapacidad,
- pensión por discapacidad.

a) Niñez (limitado al subsidio de lactancia)		b) Población adulta		c) Vejez (limitado al sistema de pensiones)	
H	M	H	M	H	M
X	X	X	X	X	X

FICHA 1 RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SISTEMA DOMINICANO DE SEGURIDAD SOCIAL (CONTINUACIÓN)

3.2.2. Transferencias en especie

a) En el marco del Seguro Familiar de Salud:
- Plan Básico de Salud
- Servicios de Estancias Infantiles

(b) En el marco del sistema de pensiones:
- (un problema que se ha relevado es que quien tiene pensión de vejez ya no tiene derecho a la cobertura del SFS)

(c) En el marco del Seguro de Riesgos Laborales:
- Asistencia médica y odontológica.

a) Niñez		b) Población adulta		c) Vejez	
H	M	H	M	H	M
X	X	X	X	X	X

3.2.3. Programas de Capacitación Profesional

No aplica

H	M
No aplica	No aplica

3.1. Estímulo a la oferta: servicios esenciales

a) Centros de Salud	b) Paquetes básicos	c) Educación	d) Agua y saneamiento	e) Vivienda	f) Servicios de cuidado
X	X				X

Observaciones en relación a los servicios esenciales:	(a) Con relación a los Centros de Salud: en el régimen contributivo se puede acceder a un amplio abanico de centros de salud públicos y privados, recibiendo cobertura por una coparte. (b) Las personas adscritas al Régimen Contributivo del SDSS tienen —como etapa transitoria— un plan de salud más limitado que el Plan Básico de Salud: el Plan de Servicios de Salud (PDSS). (c) Estancias Infantiles (están incluidas en el Seguro Familiar de Salud) y se abordarán de forma más detallada en el acápite específico.

3.3 Coordinación, interrelación o dependencia de otros programas:

3.3.1. Ámbito local o comunitario	3.3.2. Ámbito regional o nacional	3.3.3. Ámbito internacional
N/D	N/D	N/D

FICHA 2 RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL SISTEMA DOMINICANO DE SEGURIDAD SOCIAL

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:	SISTEMA DOMINICANO DE SEGURIDAD SOCIAL	SIGLAS:	SDSS	NO. 2

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

1.1. Nombre del programa:	Régimen Contributivo del Sistema Dominicano de Seguridad Social						
1.2. Objetivos:	Protección de los trabajadores por cuenta propia con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, así como a las personas desempleadas, con discapacidad y en condición de indigencia, contra los riesgos de vejez, discapacidad, cesantía por edad avanzada, sobrevivencia, enfermedad, maternidad, infancia y riesgos laborales.						
1.3. Localización geográfica o territorial:	Nacional						
1.4. Institución(es) involucrada(s)	1	2	3	4	5	6	7
Institución	CNSS	ARS SENASA	SIUBEN	TSS	DIDA	PSS	SIPEN
Responsable – Colaboradora	R	C	C	C	C	C	C

1.6. Mecanismos de dirección y/o coordinación previstos:

El Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS): tiene a su cargo la dirección y conducción del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) y es el responsable de establecer las políticas, regular el funcionamiento del sistema y de sus instituciones, garantizar la extensión de cobertura, defender a los beneficiarios, así como velar por el desarrollo institucional, la integralidad de sus programas y el equilibrio financiero del SDSS. Este consejo está integrado por la autoridad de varias secretarías de Estado e instituciones privadas con intereses en el tema.

Tesorería de la Seguridad Social (TSS): tiene a su cargo el Sistema Único de Información y el proceso de recaudo, distribución y pago para asegurar la solidaridad social, evitar la selección adversa, contener los costos y garantizar la credibilidad y eficiencia.

Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA): que tiene a su cargo proveer información a las personas derechohabientes, recibir sus reclamos y quejas así como, asesorarles sobre la calidad y oportunidad de los servicios de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), del Seguro Nacional de Salud (SENASA) y de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS).

*Superintendencia de Pensiones (SIPEN): entidad estatal, autónoma, con personalidad jurídica y patrimonio propio para que, a nombre y en representación del Estado dominicano, ejerza la función de autorizar, fiscalizar, supervisar, auditar y sancionar a todas las instituciones que operan como Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP). Hasta el momento no ha estado funcionando el sistema previsional del Régimen Subsidiado.

El Seguro Nacional de Salud (SENASA): la aseguradora pública.

Prestadoras de Servicios de Salud (PSS): personas físicas o entidades públicas, privadas o mixtas descentralizadas, con patrimonio propio y personería jurídica, dedicadas a la provisión de servicios ambulatorios, de diagnóstico, hospitalarios y quirúrgicos, habilitadas por la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), de acuerdo con la Ley General de Salud.

1.7. Participación de la sociedad civil en el diseño del programa:

El CNSS está constituido por:

n. La Ministra del Trabajo que preside el Consejo Nacional de Seguridad Social.

o. El Ministro de Salud Pública que tiene la vicepresidencia del CNSS.

p. El Director General del Instituto Dominicano de Seguridad Social.

q. El Director del Instituto de Auxilios y Viviendas (INAVI).

FICHA 2 RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL SISTEMA DOMINICANO DE SEGURIDAD SOCIAL (CONTINUACIÓN)

1.7. Participación de la sociedad civil en el diseño del programa:	r. El Gobernador del Banco Central. s. El titular de Colegio Médico Dominicano. t. Un representante de los demás Profesionales y Técnicos de la Salud. u. Representantes de profesionales y técnicos, escogidos por sus sectores. v. Tres representantes del sector empleador, escogidos por sus sectores. w. Tres representantes del sector laboral escogidos por sus sectores (CASC, CNUS, CNTD). x. Un representante de la microempresa. y. Un representante de los discapacitados, indigentes y desempleados. z. Un representante de gremios de la enfermería Con la exclusión de las instituciones públicas, las personas que participan en el CNSS en representación de los demás sectores deben responder a una lógica de equidad de género que requiere que cuando la persona titular sea de un sexo, la persona suplente sea del otro sexo. El CNSS se reúne cada 15 días y en la mayoría de los casos participan tanto titulares como suplentes. Para la toma de decisión se atribuye el poder de voto y de veto a los tres sectores participantes: Estado, empleadores y trabajadores. La sociedad civil tiene una partición mínima en el CNSS, siendo sus representantes: - tres representantes de los trabajadores; - un representante de los profesionales y técnicos; - hay, además, una persona en representación de bien tres grupos de personas vulnerables — personas con discapacidad, personas desempleadas y personas en condiciones de indigencia— sin importar las diferencias que hay entre estos grupos y sin importar que cuantitativamente representan una gran parte de la población potencialmente beneficiaria (lo que es de mucha importancia sobre todo por los derechos de los grupos que deberían estar cubiertos por el régimen subsidiado).
1.9. Porcentaje sobre gasto social:	1.9 Porcentaje sobre PIB:
2. POBLACIÓN BENEFICIARIA	
2.1. Criterios de focalización:	Por el Decreto 143-05 del 21 de marzo del 2005, la evaluación para la afiliación al Régimen Subsidiado la realiza el Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN). Los criterios de focalización utilizados son de dos tipos: geográfico el primero (zonas geográficas identificadas en el mapa de la pobreza por tener prioridad I y II) y socioeconómico el segundo, en base al índice de calidad de vida (ICV). Esta clasificación no considera la ocupación ni el nivel de ingreso, este dato sigue siendo insuficiente a la hora de establecer la población objetivo de este régimen de acuerdo a los parámetros establecidos en el Artículo 7 de la Ley 87-01, que también incluye en sus beneficiarios a los trabajadores con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo, a los desempleados e indigentes y a las personas con discapacidad.
2.2. Condicionalidad, en su caso:	No aplica
2.3. Participación de la población beneficiaria en el programa: personas que ingresan	Personas reconocidas por pertenecer a hogares en pobreza extrema o moderada en el SIUBEN, que soliciten ser registrada en el SENASA o que sean referidas por otras instituciones.

FICHA 2 RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL SISTEMA DOMINICANO DE SEGURIDAD SOCIAL (CONTINUACIÓN)

2.3.1. Población atendida por sexo, absoluto y % a enero 2014, (incluye titulares y dependientes)	Total	Mujeres	Hombres	2.3.1. Hogares atendidos por jefatura, absoluto y %	Jefatura femenina	Jefatura masculina
					No aplica	No aplica
	2,741,484	1,503,078	1,238,406			
	100%	54.8%	45.2%			
2.4. Criterios de egreso:	El criterio de egreso es obtener un trabajo y cotizar en el régimen contributivo.			2.5. Personas que finalizan el programa:	Mujeres	Hombres
					No aplica	No aplica
2.6. Mecanismos de participación en el desarrollo y evaluación del programa:	Las personas derechohabientes pueden dirigir sus reclamos y quejas a la DIDA, institución que también se ocupa de otorgarles información y orientación.					

3. COMPONENTES EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN BENEFICIARIA

3.1. Estímulo a la demanda:

3.2.1. Transferencias monetarias

(a) En el marco del Seguro Familiar de Salud:

- no aplica.

(b) En el marco del sistema de pensiones. Hasta ahora no ha funcionado, solo en fecha 18 de julio del 2013 el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) aprobó, mediante Resolución No. 320-02, el borrador del Reglamento que establece el procedimiento para otorgar Pensiones Solidarias:

- pensión de vejez,
- pensión de discapacidad total o parcial,
- pensión de sobrevivencia

a) Niñez		b) Población adulta		c) Vejez	
H	M	H	M	H	M
X	X	X	X	X	X

3.2.2. Transferencias en especie

a) En el marco del Seguro Familiar de Salud:

- Plan Básico de Salud

a) Niñez		b) Población adulta		c) Vejez	
H	M	H	M	H	M
X	X	X	X	X	X

3.2.3. Programas de Capacitación Profesional

No aplica

H	M
No aplica	No aplica

FICHA 2 RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL SISTEMA DOMINICANO DE SEGURIDAD SOCIAL (CONTINUACIÓN)

3.1. Estímulo a la oferta: servicios esenciales

a) Centros de Salud	b) Paquetes básicos	c) Educación	d) Agua y saneamiento	e) Vivienda	f) Servicios de cuidado
X	X				X

Observaciones en relación a los servicios esenciales:	(d) Con relación a los Centros de Salud: en el régimen subsidiado se puede acceder solo a los centros de salud públicos, en los tres niveles de atención. (e) Las personas adscritas al Régimen Subsidiado del SDSS tienen cubierto el Plan Básico de Salud.

3.3 Coordinación, interrelación o dependencia de otros programas:

3.3.1. Ámbito local o comunitario	3.3.2. Ámbito regional o nacional	3.3.3. Ámbito internacional
N/D	N/D	N/D

FICHA 3 ESTANCIAS INFANTILES

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:	ADMINISTRADORA DE ESTANCIAS INFANTILES SALUD SEGURA	SIGLAS:	AEISS	NO. 3
1. IDENTIFICACIÓN				
1.1. Nombre del programa:	Estancias Infantiles - Atención integral a niños desde 45 días de nacidos hasta los 5 años.		Siglas:	EI
1.2. Objetivos:	Objetivo general: Ofrecer atención física, educativa y afectiva para potencializar el desarrollo integral y promover un estilo de vida saludable a los hijos de los trabajadores, desde los 45 días de nacidos hasta cumplir los cinco (5) años de edad, dentro del Sistema Dominicano de Seguridad Social.			
1.3. Localización geográfica o territorial:	A nivel nacional.			

1.4. Institución(es) involucrada(s):	1	2	3	4	5
Institución	AEISS	CNSS	CONDEI	SISALRI	TSS
Responsable (R) / Colaboradora (C)	R	C	C	C	C
1.5. Financiación de las diferentes instituciones: (datos del 2013)	1	2	3	4	Total
Institución	TSS	–	–	–	SDSS
Monto (RD$) Diciembre 2013	141,194,000.00				141,194,000.00
Institución	100.0%	0.0%			

1.6. Mecanismos de dirección y/o coordinación previstos:	La AEISS tiene la responsabilidad de la prestación de los servicios. El CONDEI tiene el rol de formulación de políticas, normas y procedimientos para la creación y habilitación de estancias, y la responsabilidad de velar por la calidad de los servicios de atención en las EI. La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) es la entidad estatal, autónoma, con personalidad jurídica y patrimonio propio, la cual, a nombre y representación del Estado Dominicano, ejercerá a cabalidad la función de velar por el estricto cumplimiento de la ley. La SISALRIL hace visitas periódicas (3-4 veces por año) aplicando auditoría de gestión, valuación del personal, supervisión, monitoreo, acompañamiento en general. La AEISS se coordina con todas estas instancias y con la gerencia general de la Seguridad Social. Según las personas clave entrevistadas, más que mecanismos de coordinación las instituciones conforman equipos de ejecución y estrategias de conducción para acciones específicas.
1.7. Participación de la sociedad civil en el diseño del programa:	La inserción de las Estancias Infantiles en la Ley de Seguridad Social se considera un logro de la incidencia ejercida por las mujeres trabajadoras dominicanas en las vistas públicas de discusión de la Ley 87-01. Estas demandas que fueron acogidas por mujeres senadoras y diputadas pertenecientes a diferentes partidos políticos (Milagros Ortiz Bosch, Altagracia Guzmán Marcelino, Nelly Pérez de Duvergé y Milagros Díaz). El programa cuenta con una Comisión de Veeduría, constituida por doce dominicanos y dominicanas notables y sin afinidad política (representantes de los sectores: empresarial, academia, médico, iglesia y de otros sectores de la sociedad civil), desde hace más de tres años. De las doce personas que integran la Comisión de Veeduría solo tres son varones y las otras nueve son mujeres; además no hay representantes de organizaciones que promueven los derechos de las mujeres y la igualdad de género.

FICHA 3 ESTANCIAS INFANTILES (CONTINUACIÓN)

1.9. Porcentaje sobre gasto social:	1.10 Porcentaje sobre PIB:

2. POBLACIÓN BENEFICIARIA

2.1. Criterios de focalización	Individual: niños desde 45 días de nacidos hasta los 5 años de edad, hijos de afiliados cotizantes al Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo, tal y como lo establece el artículo 134 de la Ley 87-01 y el Art. 5 del Procedimiento para el Inicio Gradual de los Servicios de Estancias Infantiles del SFS del R.C.
2.2. Condicionalidad, en su caso:	No hay.
2.3. Participación de la población beneficiaria en el programa:	Entre los hijos de trabajadores adscritos al régimen contributivo, el ingreso a las Estancias Infantiles de los niños se realizará considerando los siguientes aspectos: a) Cupos disponibles por edad en la Estancia correspondiente. b) Número de salarios mínimos nacionales (SMN) devengados por el afiliado titular (según las informantes claves se priorizan a los que cuentan con salarios más bajos: uno o dos salarios mínimos cotizables, en algunos casos se llega a tres). c) Orden en que se reciben las solicitudes.

2.3.1. Población atendida por sexo, absoluto y %	(Mujeres) Niñas	(Hombres) Niños	Total	2.3.1. Hogares atendidos por jefatura, absoluto y %	Jefatura femenina	Jefatura masculina	Total
Absoluto	3,490	3,828	7,318	Absoluto	N/D	N/D	N/D
%	47.7%	52.3%	100%	%	N/D	N/D	N/D

2.4. Criterios de egreso:	2.5. Personas que finalizan el programa:	Mujeres	Hombres
Cumplimiento de los 5 años de edad, cuando pasan al sistema educativo (MINERD).		N/D	N/D

2.6. Mecanismos de participación en el desarrollo y evaluación del programa:	Cada Estancia Infantil cuenta con un Comité de Padres, Madres, Tutores y Amigos de la Estancia (COPMAE), con la participación de padres, madres, tutores y representantes de las distintas instituciones de la comunidad, con la finalidad de apoyar el Proyecto Educativo de la Estancia. La función fundamental del COPMAE es apoyar el funcionamiento y velar por el cumplimiento de los estándares de calidad de los servicios de las Estancias Infantiles. La Estancia Infantil involucra al COPMAE en diferentes decisiones, planes y actividades propias de su desempeño. Los integrantes de los Comités, además de participar activamente en la vida de las Estancias, constituyen el principal mecanismo de monitoreo del programa, pues se ocupan de llamar la atención frente a problemáticas que puedan surgir. La Estancia Infantil fomenta la creación de Espacios de Crecimiento Familiar (escuelas de padres y madres), como forma de desarrollar habilidades, destrezas, actitudes y conocimientos en los padres, madres y tutores, en las prácticas de crianza de niños menores de cinco años, además de fortalecer los vínculos entre familia, Estancia Infantil y comunidad.

3. COMPONENTES EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN BENEFICIARIA

3.1. Estímulo a la demanda:

3.2.1. Transferencias monetarias

no aplica

a) Niñez		b) Población adulta en edad activa		c) Personas adultas mayores (de 65 y más) y personas con discapacidad	
H	M	H	M	H	M
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

FICHA 3 ESTANCIAS INFANTILES (CONTINUACIÓN)

3.2.2. Transferencias en especie

Según el título IV de las Normativas Generales de las Estancias Infantiles, estas suministran a los niños previa revisión de la historia clínica y notificación a la familia, los siguientes suplementos de micronutrientes: vitamina A, hierro, flúor (no fue posible verificar esta información).

a) Niñez		b) Población adulta en edad activa		c) Personas adultas mayores y personas con discapacidad	
H	M	H	M	H	M
X	X				

3.2.3. Programas de capacitación profesional

No aplica

a) Niñez		b) Población adulta en edad activa		c) Personas adultas mayores y personas con discapacidad	
H	M	H	M	H	M
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

3.2.4. Otros

No aplica

a) Niñez		b) Población adulta en edad activa		c) Personas adultas mayores y personas con discapacidad	
H	M	H	M	H	M
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

3.1. Estímulo a la oferta: servicios esenciales

a) Centros de Salud	b) Paquetes básicos	c) Educación	d) Agua y saneamiento	e) Vivienda	f) Servicios de cuidado	g) Otros
					X	X

Observaciones en relación a los servicios esenciales:	El Programa contempla la atención integral institucionalizada a niños desde los 45 días de nacidos hasta los 5 años de edad. Los servicios ofertados dentro de las Estancias Infantiles son: servicios de cuidado, alimentación apropiada de acuerdo a la edad y situación de salud del niño, educación preescolar (conforme al currículo del MINERD), evaluación y estimulación del desarrollo, atención de salud y recreación. Las estadísticas del CNSS reportan para diciembre del 2013 la existencia de 93 Estancias Infantiles a nivel nacional, con una cobertura de un total de 6,516 niños. Datos recibidos desde la AEISS actualizados a junio del 2014 reportan un total de 118 Estancias Infantiles (de las cuales 33 son propias de la AEISS, 8 son cogestionadas, 60 subrogadas y 17 centros fronterizos preescolares) para una cobertura total de 7,051 niños. Se están construyendo otras estancias, por lo que para final del 2014 se espera tener 13 más, que puedan recibir 4,980 nuevos niños del régimen contributivo. Los centros de atención integral, para prestar servicios de Estancias Infantiles en el ámbito del SDSS, deben haber pasado por un proceso de habilitación, que permite verificar que cumplan con los requisitos mínimos contenidos en la Normativas Generales de las Estancias Infantiles. Estas EI se construyen en localidades identificadas tras estudios mercadológicos, que toman en

FICHA 3 ESTANCIAS INFANTILES (CONTINUACIÓN)

cuenta dónde están o estarán concentradas las personas afiliadas que perciben menos de tres salarios mínimos cotizables (en consideración de la apertura de nuevos polos industriales, por ejemplo).

Por reglamento, la Estancia Infantil debe contar con el siguiente personal, que debe responder a criterios precisos de profesionalidad, preparación, actitud y aptitud al trabajo con población de la primera infancia y debe ser entrenado en atención integral de niños cumpliendo con las normas específicas (el personal participará en un proceso de inducción):

a) Personal administrativo: 1. a 2. Asistenta administrativa.

b) Personal docente: 1. Coordinadora educativo, uno para cada 10 grupos de niños. 2. Educadora. 3. Educadora asistente.

c) Personal multidisciplinario: 1. Enfermera 2. Psicóloga, uno para cada 10 grupos de niños. 3. Trabajadora social.

d) Personal de apoyo: 1. Personal de cocina. 2. Personal de limpieza. 3. Portero. 4. Sereno.

El personal ocupado en las Estancias Infantiles es prevalentemente femenino; son muy raros los hombres que trabajan en estos espacios.

La prestación de los servicios de especialistas en neurodesarrollo: logopeda, terapeuta ocupacional, terapeuta físico-motor, nutricionista, así como atención a necesidades educativas especiales, es obligatoria en todas las Estancias Infantiles y se darán mediante acuerdos con instituciones o profesionales que brinden estos servicios, tanto en la propia Estancia Infantil como en otros espacios.

La Estancia Infantil debe organizar un espacio físico para el área de Salud, en el que se disponga de archivos para guardar los expedientes de salud de los niños. La Estancia Infantil vela para que se realicen evaluaciones de salud periódicas relacionadas con la edad, en función de las Normas Nacionales para la Atención al Niño y Niña de 0-5 años de edad del Ministerio de Salud Pública (MSP).

Para cada niño, la Estancia Infantil deberá contar con: (i) una Cédula de Salud del Ministerio de Salud Pública (MSP); (ii) una ficha integral con datos generales e informaciones sobre etapa prenatal, post natal, registro de inmunizaciones y datos de la familia; (iii) una historia clínica, llenada por un médico con datos generales del niño, antecedentes perinatales (pre y post), antecedentes familiares, antecedentes personales, historia alimentaria.

3.3 Coordinación, interrelación o dependencia de otros programas:

3.3.1. Ámbito local o comunitario	3.3.2. Ámbito regional o nacional	3.3.3. Ámbito internacional
Toda la comunidad se integra en las actividades de las estancias. A nivel local, la AEISS coordina con las UNAP para que se lleven a cabo los chequeos médicos y las vacunas contempladas para los niños en este tramo de edad.	La AEISS coordina a nivel nacional con proveedores de servicios de Estancias Infantiles fuera de su Red (en especial el CONANI), con la finalidad de completar los cupos requeridos, para responder a la demanda en aquellos lugares en donde no se cuenta con instalaciones debidamente habilitadas.	No aplica

FICHA 4 PROGRESANDO CON SOLIDARIDAD

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:	GABINETE DE COORDINACIÓN DE POLÍTICAS SOCIALES	SIGLAS:	GCPS	NO. 4

1. IDENTIFICACIÓN

1.1. Nombre del programa:	Progresando con Solidaridad	Siglas:	PROSOLI
1.2. Objetivos:	Objetivo general: Contribuir a romper la transmisión intergeneracional de las causas que generan o arraigan la pobreza, a través de la inversión que los hogares pobres realizan en educación, salud y alimentación, y de la creación de capacidades y oportunidades para la vida y el trabajo, potenciando la acumulación del capital humano de los integrantes del núcleo familiar. Objetivos específicos: - Asegurar a las familias beneficiarias un nivel mínimo de consumo de los bienes que componen la canasta básica alimentaria (CBA). - Impulsar que los miembros de hogares beneficiarios a partir de los 5 años alcancen al menos 9 años de educación inicial y básica. - Estimular a que los jóvenes entre 14 y 18 años accedan, permanezcan y promuevan por lo menos el 1er. ciclo de nivel medio. - Incidir en la reducción de la sobre-edad escolar de los niños y jóvenes miembros de los hogares beneficiarios con 2 o más años por encima de la edad del grado correspondiente. - Contribuir a elevar el acceso a los servicios comprendidos en el Plan Básico de Salud (PBS) e incidir en la disminución de la morbilidad y mortalidad en los grupos de intervención, articulado con el Plan Nacional de Salud a fin de impactar en la reducción de estos índices a nivel nacional. - Mejorar la nutrición de los miembros de hogares beneficiarios, con énfasis en la población más vulnerable como son los niños entre 0 y 5 años, así como las mujeres embarazadas y lactantes. - Fomentar la responsabilidad y aumentar el conocimiento de los hogares pobres en relación al cuidado de la salud y la nutrición, así como los derechos y obligaciones que asumen al formar parte del programa. - Crear capacidades en las familias beneficiarias para la generación de ingresos a partir de la capacitación y el acceso a microcréditos para emprendimiento. - Contribuir gradualmente a: i) Incidir en la reducción del subregistro de nacimientos y en el disfrute al derecho a un nombre y una nacionalidad a través de la declaración de niños, niñas y adolescentes y de la cedulación de adultos. ii) Promover la formación en valores en las familias beneficiarias, con especial énfasis en la reducción de la violencia intrafamiliar y la participación comunitaria. iii) Mejorar la habitabilidad y la protección del medio ambiente a través del ahorro familiar y la conservación de los recursos naturales. iv) Contribuir a la reducción de la brecha digital en las familias beneficiarias a través del acceso a las tecnologías de la información y la comunicación (TIC).		
1.3. Localización geográfica o territorial:	El programa tiene alcance nacional, beneficiando a hogares de todas las regiones y provincias del país. Las áreas geográficas prioritarias (a nivel de provincias, municipios, barrios, secciones y parajes) se identifican a partir del análisis del mapa de pobreza que se obtiene de los datos recolectados por el Censo Nacional de Población y Vivienda (CENSO).		

FICHA 4 PROGRESANDO CON SOLIDARIDAD (CONTINUACIÓN)

1.4. Institución(es) involucrada(s):	1			2		3		4		5	
Institución	GASO		SIUBEN	ADESS	SENASA	CONAPE	CONADIS	INFOTEP	MINERD	MINERD	MESCYT
Responsable (R) / Colaboradora (C)	R		C	C	C	C	C	C	C	C	C
	MSP	FEDA	FAO	PMA	OIT						
	C	C	C	C	C						
1.5. Financiación de las diferentes instituciones: (datos del 2013)	1			2		3		4		Total	
Instituciones	GASO			–		–		–			
Monto (RD$)	12,373,393,360			0.00		0.00		0.00			
%	100.0%			0.0%		0.0%		0.0%		100%	

1.6. Mecanismos de dirección y/o coordinación previstos:

1. Comité de Coordinación Interinstitucional (CCII)

El CCII está integrado por:

Coordinador del Gabinete de las Políticas Sociales, quien lo preside;

b) Director del Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN);

c) Director de la Administradora de Subsidios Sociales (ADESS);

d) Director General del Programa Progresando con Solidaridad;

e) Director Técnico del Gabinete de las Políticas Sociales.

Funciones del CCII:

a) Promover acciones que incrementen la eficacia y eficiencia de los procesos operativos transversales con la finalidad de producir un servicio transparente, efectivo y oportuno al menor costo.

b) Dar seguimiento y evaluar los avances y resultados de las medidas acordadas en el Comité

c) Conocer los informes periódicos de actividades de las instituciones que lo integran.

2. Comité de Coordinación Intersectorial (CCIS)

El CCIS está integrado por:

a) Coordinador del Gabinete de las Políticas Sociales, quien lo preside;

b) Ministro de Educación;

c) Ministro de Salud Pública;

d) Director General del Programa Progresando con Solidaridad;

e) Director Técnico del Gabinete de las Políticas Sociales;

f) Director General del Seguro Nacional de Salud;

g) Director General del Instituto de Formación Técnico Profesional.

Funciones del CCIS:

a) Promover que las intervenciones ejecutadas por el Programa Progresando con Solidaridad estén siempre acordes con las prioridades y lineamientos de las sectoriales.

b) Informar sobre la oferta de servicios disponible con base en las modalidades de intervención.

FICHA 4 PROGRESANDO CON SOLIDARIDAD (CONTINUACIÓN)

	c) Supervisar y apoyar el proceso de verificación de las corresponsabilidades. d) Analizar los informes de avance y cumplimiento programático de las acciones del Programa, así como evaluar sus resultados e impactos y emitir recomendaciones para su mejor funcionamiento. e) Revisar el cumplimiento de las responsabilidades de los sectores e instituciones que participen en el Programa. 3. Mesa Técnica Intersectorial La Mesa Técnica Intersectorial está integrada por: a) Encargado de Monitoreo y Evaluación de la Dirección Técnica del Gabinete; b) Encargado del Sistema de Gestión de Centros Educativos SGCE, del Ministerio de Educación; c) Encargado de Atención Primaria del Ministerio de Salud Pública; d) Coordinador de los servicios regionales del Ministerio de Salud Pública; e) Director de Operaciones del Programa Progresando con Solidaridad; f) Director de Planificación del Programa Progresando con Solidaridad; g) Director de Tecnología del Programa Progresando con Solidaridad; h) Director de Capacitación de Progresando con Solidaridad; i) Un funcionario del Instituto de Formación Técnico Profesional. Funciones de la mesa técnica: a) Coordinar y ejecutar las decisiones tomadas en el comité técnico intersectorial; b) Identificar y proponer mejoras a los procesos del Programa. 4. Comisiones Mixtas para el trabajo local Las Comisiones Mixtas (Comisiones Mixtas de Educación y Comisiones Mixtas de Salud) constituyen un espacio de coordinación del personal técnico-operativo de las diferentes entidades que participan en el Programa, con la finalidad de aplicar los lineamientos y resolver las dificultades operativas que se presentan a nivel local, incluyen la participación de un representante de la sociedad civil.
1.7. Participación de la sociedad civil en el diseño del programa:	- Las comisiones mixtas en educación y salud también cuentan, respectivamente, con la participación de un representante de la sociedad civil. Espacios creados específicamente para permitir la participación de la sociedad civil en el diseño y seguimiento del programa son: - La Red Social de Apoyo al Programa Progresando con Solidaridad es un espacio de participación que involucra a miembros no beneficiarios de las comunidades; la red está conformada por organizaciones comunitarias de base y otras entidades de la sociedad civil organizada con las cuales el programa firma convenios de cooperación mutua (en el 2012 la Red contaba con 3,057 organizaciones activas). Dentro de la Red Social de Apoyo hay lo Comités de Apoyo a Solidaridad, conformados por representantes de las organizaciones comunitarias, ciudadanas de base, religiosas y otras entidades de la sociedad civil y debidamente acreditadas. El objetivo de la red es garantizar a la ciudadanía el acceso a la toma de decisiones en materia de políticas y acciones sociales que les atañen, dar seguimiento a la operatividad del programa y realizar la función de auditoría social. En el ámbito de los barrios y parajes, esta red participa, en las actividades de promoción, convocatorias, ordenamiento y apoyo logístico-operativo de los distintos procesos del programa, como observadores y validadores de los mismos, y como receptores de quejas y reclamos. La red también apoya en el monitoreo de las intervenciones del programa y en la evaluación de

FICHA 4 PROGRESANDO CON SOLIDARIDAD (CONTINUACIÓN)

	los servicios que provee, así como en las atenciones recibidas de los proveedores de servicios de educación, salud y nutrición por parte de los beneficiarios. - El programa se coordina, además, con la Alianza Contra la Pobreza (constituida por más de 2,000 organizaciones de diferentes tipos como organizaciones de la sociedad civil, universidades, empresariado y organizaciones de base comunitaria) que tiene entre sus funciones colaborar a través de: • Creación de capacidades para la generación de ingresos en familias en situación de pobreza a través de los Centros de Capacitación Progresando con Solidaridad y los Centros Tecnológicos Comunitarios. • Conformación de Red de Voluntarios Solidarios que contribuirán a la implementación del programa a través de visitas domiciliarias. • Conformación de Red Social de Apoyo al Programa Progresando con Solidaridad.		
1.8. Porcentaje sobre gasto social:	5.29%	1.9 Porcentaje sobre PIB:	0.47%
2. POBLACIÓN BENEFICIARIA			
2.1. Criterios de focalización	La población objetivo está compuesta por los hogares identificados y clasificados en pobreza extrema y moderada por el Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN). En el SIUBEN la focalización de la pobreza se realiza en dos etapas: (i) Geográfica o territorial: a partir del análisis del mapa de pobreza, se identifican las divisiones geográficas prioritarias (a nivel de provincias, municipios, barrios, secciones y parajes), basadas en la condición de calidad de vida que registran los hogares. En base a una combinación de 4 indicadores ((a) porcentaje de hogares pobres, (b) número de hogares pobres, (c) densidad de la pobreza, (d) zona de residencia). Las áreas identificadas como prioritarias se clasifican según el nivel de concentración de la pobreza en área de prioridad I y prioridad II, en estas se realiza el levantamiento de la información por barrido. (ii) Individual de hogares y personas: se identifican y clasifican a los hogares de acuerdo al índice de calidad de vida (ICV), que mide la situación socioeconómica y los niveles de pobreza estructural de estos hogares a partir de un enfoque multidimensional, que combina distintas características de la vivienda, el hogar y sus miembros: las familias en pobreza extrema se ubican en la categoría ICV 1 y las familias en pobreza moderada en la categoría ICV 2. El modelo de ICV para la República dominicana cuenta con cuatro dimensiones que definen los niveles de carencias de los hogares, tomando en cuenta las diferencias existentes entre las áreas rurales, urbanas y metropolitanas, las variables que conforman cada dimensión se diferencian según el dominio de referencia (dominio metropolitano, dominio urbano, dominio rural).		
2.2. Condicionalidad, en su caso:	Las transferencias condicionadas contempladas por el Programa PROSOLI son tres: - COMER ES PRIMERO (CEP): condicionada a la asistencia a los servicios de salud de acuerdo al protocolo y el esquema del reglamento, para hogares con niños menores de 5 años y para mujeres embarazadas. - El INCENTIVO DE LA ASISTENCIA ESCOLAR (ILAE): condicionada por el cumplimiento de las corresponsabilidades en educación; se entrega únicamente a hogares con niños en edad escolar que acuden con regularidad a la escuela.		Los sectores de salud y educación a través de sus autoridades y personal, son responsables de emitir la información sobre asistencia que sirve para verificar el cumplimiento de las corresponsabilidades.

FICHA 4 PROGRESANDO CON SOLIDARIDAD (CONTINUACIÓN)

	- El BONO ESCOLAR ESTUDIANDO PROGRESO (BEEP): condicionada por el cumplimiento de las corresponsabilidades en educación.	
Condicionalidad en salud	Acciones y grupos etarios	Condicionalidad
	Mujeres embarazadas:	Acudir a los servicios de asistencia prenatal y posnatal al menos una vez por bimestre.
	Niños de 0 a 2 años:	Acudir a los servicios de salud para atención integral para niños por lo menos una vez a bimestre (atención en salud priorizada: esquema de vacunación, chequeo médico habitual para el control de peso y talla).
	Niños de 0 a 2 años:	Acudir a los servicios de salud para atención integral para niños por lo menos una vez a bimestre (atención en salud priorizada: esquema de vacunación, chequeo médico habitual para el control de peso y talla).
Condicionalidad en educación	Acciones y grupos etarios	Condicionalidad
	Niños, niñas y adolescentes con edades entre 5 y 21 años, cursando entre el nivel inicial, el primero y octavo curso de la educación básica y el segundo grado del nivel medio:	Estar inscritos en la escuela y cumplir con una asistencia de 80% o más de las clases efectivas.
2.3. Participación de la población beneficiaria en el programa:	Los criterios de elegibilidad para que un hogar ingrese al programa PROSOLI son: 4) El índice de calidad de vida: hogares identificados y clasificados por el SIUBEN como hogares en pobreza extrema (ICV 1) o en pobreza moderada (ICV 2). 5) Documentación: el o la jefa de hogar o un integrante de la familia mayor de edad debe poseer la cédula de identidad personal válida para la Junta Central Electoral (JCE). 6) Criterios que dependen específicamente de cada componente (ILAE y BEEP se dirigen a hogares con hijos en edad escolar, por ejemplo).	

2.3.1. Población atendida por sexo, absoluto y %		Mujeres	Hombres	Total	2.3.1. Hogares atendidos por jefatura, absoluto y %		Jefatura femenina	Jefatura masculina	Total
Comer Es Primero	Absoluto	1,635,145	714,708	2,349,853	Comer Es Primero	Absoluto	458,863	229,424	688,287
	%	70	30	100		%	67	33	100
ILAE	Absoluto	872,785	357,340	1,230,125	ILAE	Absoluto	189,471	76,121	265,592
	%	71	29	100		%	71	29	100
BEEP	Absoluto	167,014	60,743	227,757	BEEP	Absoluto	33,885	11,765	45,650
	%	73	27	100		%	74	26	100
Bono Gas	Absoluto	1,834,916	791,659	2,626,575	Bono Gas	Absoluto	561,246	274,106	835,352
	%	70	30	100		%	67	33	100
Bono Luz	Absoluto	1,184,239	465,806	1,650,045	Bono Luz	Absoluto	356,577	152,135	508,712
	%	72	28	100		%	70	33	100

FICHA 4 PROGRESANDO CON SOLIDARIDAD (CONTINUACIÓN)

<table>
<tr><td>2.4. Criterios de egreso:</td><td>No se han definido condiciones para el egreso del programa. Se contemplan solo suspensiones:

Suspensión temporal de 2 meses en los casos de incumplimiento de las corresponsabilidades, al hogar se dará seguimiento con visitas de los enlaces familiares para orientación y apoyo en el cumplimiento regular. En el caso que el hogar preste, ceda, venda el medio de pago, la suspensión será de 4 meses.

Suspensión definitiva:

- en el caso de que la persona con jefatura de hogar no cumpla con criterios de elegibilidad o que renuncie a la condición de beneficiario.

- en los casos relacionados con procesos operativos, como: 6 meses continuos sin uso de los recursos depositados en la tarjeta o en casos como elección a cargos de senadores, diputados, síndicos, regidores o que trabaje en contraloría, TSS, GCPS, ADESS, SIUBEN o PROSOLI de algún miembro del hogar.

- Los componentes ILAE y BEEP contemplan la finalización de la transferencia frente a la finalización de la experiencia educativa.</td><td>2.5. Personas que finalizan el programa:</td><td>Mujeres

No se han verificado casos de finalización del programa.</td><td>Hombres

No se han verificado casos de finalización del programa.</td></tr>
<tr><td>2.6. Mecanismos de participación en el desarrollo y evaluación del programa:</td><td colspan="3">El programa contempla como unidades de organización social de base los Núcleos de Familias (constituidos por un promedio de 50 familias y con un enlace familiar voluntario), sus funciones son:

- empoderar a las familias beneficiarias, para que —a partir de acciones conjuntas— se conviertan en protagonistas de su desarrollo;

- ocuparse de la comunicación directa con las familias;

- servir de espacio para la capacitación de las familias en cada uno de los temas contemplados en las Escuelas de Familias.

Pueden dirigir inquietudes, quejas, sugerencias a los enlaces familiares, que son personas seleccionadas en la comunidad y capacitadas para dar seguimiento a las familias y orientación socioeducativa; así como a los Supervisores de Enlaces.

Además de estos espacios organizados, las personas beneficiarias tienen la oportunidad de levantar sus quejas y reivindicaciones a través de la Unidad de Atención Ciudadana y de los Puntos Solidarios, actualmente se está estructurando un sistema de reportes comunitarios.</td></tr>
</table>

FICHA 4 PROGRESANDO CON SOLIDARIDAD (CONTINUACIÓN)

3. COMPONENTES EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN BENEFICIARIA

3.1. Estímulo a la demanda:

3.2.1. Transferencias monetarias

3.2.1.1 TRANSFERENCIA CONDICIONADA COMER ES PRIMERO (CEP , componente salud - apoyo alimentario)

Otorga una ayuda económica mensual de ochocientos veinticinco pesos (RD$ 825.00) a cada jefe o jefa de las familia beneficiaria para adquirir alimentos de acuerdo a una canasta básica determinada (esta transferencia está atada al componente salud)

d) Niñez (de 0 a 15 años de edad)		e) Población adulta en edad activa (de 16 a 65 años de edad)		f) Personas adultas mayores (de 65 y más) y personas con discapacidad	
H	M	H	M	H	M
333,057	325,050	675,396	780,025	127,464	143,536

3.2.1.2 TRANSFERENCIA CONDICIONADA INCENTIVO A LA ASISTENCIA ESCOLAR (ILAE):

Apoyo a la inscripción y a la asistencia escolar de los niños, niñas y adolescentes, miembros de hogares beneficiarios, con edades entre 5 y 21 años, cursando entre el nivel inicial, el primero y octavo curso de la educación básica y el primero y segundo grado del nivel medio en escuelas públicas que alcancen una asistencia mínima de 80%).

Con el objetivo de contribuir a la disminución de la deserción escolar en el nivel básico, se otorga una transferencia monetaria bimestral a los hogares tomando en cuenta la cantidad de estudiantes miembros de las familias beneficiarias del programa en edad escolar (5-21 años), para la compra de útiles escolares, uniformes, medicinas y otros:

- Hogares con un estudiante reciben un monto bimestral de RD$ 600.00
- Hogares con dos estudiantes reciben un monto bimestral de RD$ 900.00
- Hogares con tres o más estudiantes reciben un monto bimestral de RD$ 1,200.00

a) Niñez		b) Población adulta en edad activa		c) Personas adultas mayores y personas con discapacidad	
H	M	H	M	H	M
189,471	76,121				

3.2.1.3 BONO ESCOLAR ESTUDIANDO PROGRESO (BEEP):

Incentivo mensual pagado bimestralmente de RD$ 500.00 por cada joven de hasta 21 años que curse el primero o segundo del bachillerato; RD$ 750.00 por los que estén matriculados y asistan al tercero y cuarto, y RD$ 1,000.00 por los que están en estos últimos cursos en la modalidad técnico profesional, para que la familia adquiera alimentos de la canasta básica, contribuyendo con ello a disminuir la deserción escolar.

a) Niñez		b) Población adulta en edad activa		c) Personas adultas mayores y personas con discapacidad	
H	M	H	M	H	M
189,471	76,121				

3.2.1.4 PROGRAMA BONO GAS PARA HOGARES (BGH)

Consiste en un subsidio focalizado de RD$ 228.00 mensual adicional, a los hogares pobres y de clase media baja para la compra del gas licuado de petróleo (GLP) a fin que puedan cocinar sus alimentos, sin que para ello medie obligación alguna.

a) Niñez		b) Población adulta en edad activa		c) Personas adultas mayores y personas con discapacidad	
H	M	H	M	H	M
Ver datos por hogares	Ver datos por hogares	Ver datos por hogares	Ver datos por hogares	Ver datos por hogares	Ver datos por hogares

FICHA 4 PROGRESANDO CON SOLIDARIDAD (CONTINUACIÓN)

3.2.1.5 BONO LUZ

Subvención orientada a auxiliar a familias de escasos recursos económicos en el pago del servicio eléctrico. El rango de ayuda social se encuentra entre los RD$ 4.44 a RD$ 444.00 pesos mensuales.

a) Niñez		b) Población adulta en edad activa		c) Personas adultas mayores y personas con discapacidad	
H	M	H	M	H	M
Ver datos por hogares	Ver datos por hogares	Ver datos por hogares	Ver datos por hogares	Ver datos por hogares	Ver datos por hogares

3.2.2. Transferencias en especie

Chispitas Solidarias: micronutrientes para niños de entre 6 meses y 5 años de edad y para mujeres embarazadas y lactantes (este suplemento nutricional se entrega a las Unidades de Atención Primaria en Salud para que lo distribuyan entre las personas elegibles y beneficiarias del programa, siendo disponible en un lugar de acceso al público en general, no se excluye que lo reciban personas no beneficiarias del programa).

a) Niñez		b) Población adulta en edad activa		c) Personas adultas mayores y personas con discapacidad	
H	M	H	M	H	M
X	X		X		
			Mujeres embarazadas		

3.2.3. Programas de Capacitación Profesional

a) Niñez		b) Población adulta en edad activa		c) Personas adultas mayores y personas con discapacidad	
H	M				
X	X				

3.1. Estímulo a la oferta: servicios esenciales

a) Centros de Salud	b) Paquetes básicos	c) Educación	d) Agua y saneamiento	e) Vivienda	f) Servicios de cuidado
Se promueve el acceso pero no se estimula la oferta	Se promueve el acceso pero no se estimula la oferta	Se promueve el acceso pero no se estimula la oferta	PROSOLI promueve el acceso pero no se estimula la oferta	Se promueve el acceso pero no se estimula la oferta	X

3.3 Coordinación, interrelación o dependencia de otros programas:

3.3.1. Ámbito local o comunitario	3.3.2. Ámbito regional o nacional	3.3.3. Ámbito internacional
	Programa PROVEE	

FICHA 5 CENTROS TECNOLÓGICOS COMUNITARIOS

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:	CENTROS TECNOLÓGICOS COMUNITARIOS	SIGLAS:	CTC	NO. 5

1. IDENTIFICACIÓN

1.1. Nombre del programa:	Centros Tecnológicos Comunitarios					Siglas:	CTC
1.2. Objetivos:	Reducir la brecha digital y del conocimiento existente en la República Dominicana.						
1.3. Localización geográfica o territorial:	Los CTC están distribuidos en las zonas más pobres del país, las priorizadas por el SIUBEN.						
1.4. Institución(es) involucrada(s)	1	2	3	4	5	6	7
Institución	CTC	GASO	PROSOLI	SIUBEN	MINERD	MSP	MA
Responsable (R) / Colaboradora (C)	R	C	C	C	C	C	C

1.5. Financiación:	1	Total
Instituciones	Ministerio de Hacienda	Ministerio de Hacienda
Monto	127,860,000.00	127,860,000.00
%	100%	100%

1.6. Mecanismos de dirección y/o coordinación previstos:	La DGCTC se coordina con el programa PROSOLI. No se tiene información sobre mecanismos de coordinación establecidos, hasta el momento.		
1.7. Participación de la sociedad civil en el diseño del programa:	Cada CTC cuenta con un Comité de Gestión Comunitario que da seguimiento a su funcionamiento, participa en la aprobación de la oferta académica y en la contratación de personal. Este equipo sirve de enlace entre la comunidad y el CTC y es elegido por representantes de la comunidad convocados en asamblea abierta. La Alianza Contra la Pobreza, dentro de su plan acción, contempla el seguimiento y apoyo a los CTC.		
1.8. Porcentaje sobre gasto social:	0.05%	1.9 Porcentaje sobre PIB:	0.005%

2. POBLACIÓN BENEFICIARIA

2.1. Criterios de focalización:	Los CTC son espacios abiertos que permiten el acceso de todas las personas, están localizados geográficamente en las áreas prioritarias, y los cursos se dirigen prevalente, pero no exclusivamente, a personas que se benefician del programa PROSOLI.						
2.2. Condicionalidad:	No hay.						
2.3. Participación de la población beneficiaria en el programa:	Según los cursos, hay criterios de elegibilidad específicos; se priorizan personas que se benefician del programa PROSOLI; a paridad de condiciones las personas que se benefician del programa se eligen por orden de solicitud, en base a los cupos disponibles.						
2.3.1. Población atendida por sexo, absoluto y % (Usuarios de los CTC) Primer trimestre 2014	Total	Mujeres	Hombres	2.3.1. Hogares atendidos por jefatura, absoluto y %		Jefatura femenina	Jefatura masculina
	74,333	N.D.	N.D.			N.D.	N.D.
2.4. Criterios de egreso:	Al finalizarse los cursos. Cada curso tiene un ciclo que termina con un certificado.			2.5. Personas egresadas de los programas:		Mujeres	Hombres	Total
						N.D.	N.D.	5,845

FICHA 5 CENTROS TECNOLÓGICOS COMUNITARIOS (CONTINUACIÓN)

2.6. Mecanismos de participación en el desarrollo y evaluación del programa:	En cada CTC hay un buzón de sugerencias, que es atendido de manera periódica por el área de Gestión de Calidad del departamento de Recursos Humanos. En adición, al final de cada curso o programa de capacitación se implementa un formulario de evaluación que es llenado por los y las participantes.

3. COMPONENTES EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN BENEFICIARIA

3.1. Estímulo a la demanda:

3.1.3. Programas de capacitación profesional

3.1.3.a Programa Tecno Chicas

Cursos de capacitación en tecnología dirigidos a jóvenes chicas que cursan el nivel medio o bachillerato (de 12 a 20 años de edad).

a) Niñez		b) Población adulta		c) Personas adultas mayores		d) Personas con discapacidad	
H	M	H	M	H	M	H	M
	2,500						

3.2.3.b Programas Mujeres en la Red

Capacitación para jóvenes mujeres dominicanas de escasos recursos en tecnologías de la información y la comunicación (TIC). El curso está compuesto por 4 módulos de 72 horas cada uno, sobre los temas de redes de telecomunicaciones, programación y multimedia, con miras a lograr un avance equitativo en la nueva economía del conocimiento.

a) Niñez		b) Población adulta		c) Personas adultas mayores		d) Personas con discapacidad	
H	M	H	M	H	M	H	M
			325				

3.2.3.c Programa Centros de Aprendizaje para el Progreso (CAP)

Aulas móviles de capacitación.

a) Niñez		b) Población adulta		c) Personas adultas mayores		d) Personas con discapacidad	
H	M	H	M	H	M	H	M
		X	X				

3.2.3. Programa Prepárate Para Competir (PPC)

Programa de alfabetización literal y digital, dirigido a jóvenes y adultos que se encuentran rezagados en su educación formal, permitiéndoles alfabetizarse. El curso es de una duración de 6 meses, se imparte 20 horas a la semana, 15 de las cuales son presenciales mientras que 5 son visitas domiciliarias.

a) Niñez		b) Población adulta		c) Personas adultas mayores		d) Personas con discapacidad	
H	M	H	M	H	M	H	M
		X	X				

3.2.3. Programa de Oportunidades para el Empleo a través de la Tecnología en las Américas (POETA)

Programa dirigido a mejorar el nivel educativo y la posibilidad de acceso al mercado laboral para las personas con discapacidad.

a) Niñez		b) Población adulta		c) Personas adultas mayores		d) Personas con discapacidad	
H	M	H	M	H	M	H	M
						X	X

FICHA 5 CENTROS TECNOLÓGICOS COMUNITARIOS (CONTINUACIÓN)

3.1. Estímulo a la oferta: servicios esenciales

a) Centros de Salud	b) Paquetes básicos	c) Educación	d) Agua y saneamiento	e) Vivienda	f) Servicios de cuidado
		X			X

Observaciones en relación a los servicios esenciales:	El Programa de los Centros Tecnológicos Comunitarios se implementa a través de 94 Centros Tecnológicos Comunitarios localizados en los lugares priorizados por el Mapa de pobreza. Los CTC son instalaciones modernas con diferentes espacios: una biblioteca, una sala de capacitación, una sala internet, un salón de conferencia, una radio emisora y la mayoría cuentan con un Espacio de Esperanza. De estos centros: - 31 (el 33%) tienen conexión a internet solo a través de satélites, el resto tiene internet a través de ADSL y banda ancha 3G. - 68 (aproximadamente el 72%) cuentan con un Espacio de Esperanza (EPES) para la estimulación temprana de niños entre los 3 y 5 años de edad, con horario fijo que coincide con el ano escolar y con personal del MINERD (el MINERD se ocupa de su formación y actualización continua). En términos de recursos humanos: - Los colaboradores de los Centros Tecnológicos Comunitarios son denominados Voluntarios incentivados. Voluntarios, porque son personas que poseen una alta vocación de servicio, además de estar preparadas en las área de Pedagogía, Ingeniería en Sistemas, Licenciatura en Informática, Psicología y/o Administración de Empresas, entre otras. Estos, de forma voluntaria, deciden aportar sus conocimientos a su comunidad a través del CTC. Incentivados, porque reciben un incentivo económico mensual, en agradecimiento por su labor comunitaria. - Las personas que trabajan en los Espacios de Esperanza son profesores del Ministerio de Educación (no se conoce qué porcentaje del equipo formativo es femenino y qué porcentaje masculino). - Los facilitadores de los programas son contratados por el propio CTC y reciben capacitación por parte de INFOTEP y el ITLA. A junio del 2014 el personal empleado por los CTC estaba compuesto por 73 mujeres y 135 hombres.

3.3 Coordinación, interrelación o dependencia de otros programas:

3.3.1. Ámbito local o comunitario	3.3.2. Ámbito regional o nacional	3.3.3. Ámbito internacional
Las emisoras de radio de los CTC transmiten programas realizados por personas de la comunidad. Existe además un vínculo con programa de alfabetización de radio Santa María, que se difunde también a través de estas emisoras radiales.	- Con el Programa Progresando con Solidaridad, entre cuyos beneficiarios se promueve el CTC y la oferta de programas. También se facilita la infraestructura de los CTC para algunos de los talleres de PROSOLI. - Con el Ministerio de Educación, que forma y actualiza a las docentes de las EPES. - Con el MSP se realizó un programa de capacitación de enfermeras en TIC, y se difunden además campañas radiales sobre temas de salud pública. - Con el Instituto Tecnológico de las Américas (ITLA) y con INFOTEP se coordina para la capacitación de facilitadores y para impartir cursos especializados. - Con la organización Colegios en la Red, que promueve el uso de herramientas digitales en centros educativos, se tiene una alianza en la que los CTC pone a disposición su infraestructura.	El programa se coordina con socios internacionales como Microsoft y Cisco System, a través del ITLA, para la certificación de facilitadores. A título de ejemplo, el Programa POETA hace parte de un programa internacional (con conexiones con Microsoft y Trust). Hay coordinación también con la organización Plan Internacional, que ha hecho donaciones de bibliotecas y equipos a algunos CTC.

FICHA 6 PROGRAMA DE PROTECCIÓN AL ENVEJECIENTE EN EXTREMA POBREZA

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:	CONSEJO NACIONAL DE LA PERSONA ENVEJECIENTE	SIGLAS:	CONAPE	NO. 6
1. IDENTIFICACIÓN DEL PROGRAMA				
1.1. Nombre del programa:	Programa de Protección al Envejeciente en Extrema Pobreza	Siglas:	PROVEE	
1.2. Objetivos:	Brindar protección a personas adultas mayores en situación de extrema pobreza.			
1.3. Localización geográfica o territorial:	Nacional			
1.4. Institución(es) involucradas	1	2	3	
Institución	CONAPE	ADESS	SIUBEN	
Responsable (R) / Colaboradora (C)	R	C	C	
1.5. Financiación:	1	Total		
Instituciones	CONAPE			
Monto	400,000,000[209]	400,000,000		
%	100%	100%		
1.6. Mecanismos de dirección y/o coordinación previstos:	La coordinación se realiza desde el departamento de diagnóstico del CONAPE. El departamento de diagnóstico recibe los casos, los pasa al departamento de asistencia social, luego al de tecnología y, finalmente, se envía la nómina a la Administradora de Subsidios Sociales (ADESS).			
1.7. Participación de la sociedad civil en el diseño del programa:	La sociedad civil no tiene una participación directa en la ejecución del programa, pero sí en la identificación de las personas adultas mayores beneficiarias. Las 72 organizaciones de la sociedad civil acreditadas por el CONAPE son las que, desde el nivel local, se ocupan de referir a las personas adultas mayores para que se integren al programa. De esta forma acceden al programa la mayoría de las personas beneficiarias. Dentro de estas organizaciones no destacan organizaciones de la sociedad civil que representen las necesidades específicas de las mujeres.			
1.8. Porcentaje sobre gasto social:	0.17%	1.9 Porcentaje sobre PIB:	0.02%	
2. POBLACIÓN BENEFICIARIA				
2.1. Criterios de focalización:	Se focalizan los hogares en base a dos criterios: geográfico (áreas de pobreza de prioridad 1 y 2) y socioeconómico, según el Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN). El SIUBEN calcula el índice de calidad de vida de cada hogar, priorizando —según el nivel de necesidades insatisfechas— los hogares con ICV 1 e ICV 2.			
2.2. Condicionalidad, en su caso:	No existe.			
2.3. Participación de la población beneficiaria en el programa: personas que ingresan	Además de pertenecer a la categoría de hogar en pobreza extrema o moderada de acuerdo al registro del SIUBEN, los criterios de elegibilidad son la edad (65 años o 60 en el caso de tener algún tipo de discapacidad), no contar con otra pensión y no estar trabajando en el mercado formal. El orden de inclusión en el programa se decide tomando en cuenta el ICV, priorizando las personas en situaciones más críticas.			

[209] Este monto es el acreditado a través de la tarjeta solidaridad a las personas adultas mayores que se benefician del programa.

FICHA 6 PROGRAMA DE PROTECCIÓN AL ENVEJECIENTE EN EXTREMA POBREZA (CONTINUACIÓN)

2.3.1. Población atendida por sexo, absoluto y %	Total	Mujeres	Hombres	2.3.1. Hogares atendidos por jefatura, absoluto y %	Jefatura femenina	Jefatura masculina
	98,192	65,423	32,769		No aplica	No aplica
	100%	67%	33%		No aplica	No aplica
2.4. Criterios de egreso:	No hay criterios de egresos, que no sea el fallecimiento de la persona.			2.5. Personas que finalizan el programa:	Mujeres	Hombres
					No aplica	No aplica
2.6. Mecanismos de participación en el desarrollo y evaluación del programa:	Hay oficinas regionales y provinciales del CONAPE que se ocupan de dar seguimiento al programa. Las personas beneficiarias reciben visitas periódicas (cada 30-45 días) por parte de la Red de Defensores de la Personas Adulta Mayor (16 personas a nivel nacional) o por parte del personal del departamento de monitoreo del CONAPE. Durante estas visitas las personas que se benefician del programa pueden expresar inquietudes y dar recomendaciones, además de informar sobre problemáticas que afrontan, como por ejemplo, abusos por parte de familiares que no les permiten utilizar su transferencia monetaria de forma adecuada (el tema de las visitas domiciliaria se profundizará en el acápite sobre servicios de cuidado).					

3. COMPONENTES EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN BENEFICIARIA

3.1. Estímulo a la demanda:

3.2.1. Transferencias monetarias

Se otorga una transferencia mensual del valor de RD$ 400.00 a los hogares beneficiarios en extrema y moderada pobreza en los que el jefe o jefa u otros integrantes del hogar sean mayores de 65 años y no reciban ninguna otra pensión ni se encuentren trabajando. Está destinada a la adquisición de alimentos básicos.

a) Niñez		b) Población adulta		c) Vejez	
H	M	H	M	H	M
				32,769	65,423

3.2.2. Transferencias en especie

No aplica

a) Niñez		b) Población adulta		c) Vejez	
H	M	H	M	H	M
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

3.2.3. Programas de capacitación profesional

No aplica

H	M
No aplica	No aplica

3.1. Estímulo a la oferta: servicios esenciales

a) Centros de Salud	b) Paquetes básicos	c) Educación	d) Agua y saneamiento	e) Vivienda	f) Servicios de cuidado
					X

FICHA 6 PROGRAMA DE PROTECCIÓN AL ENVEJECIENTE EN EXTREMA POBREZA (CONTINUACIÓN)

Observaciones en relación a los servicios esenciales:	Aunque el programa no contemple específicamente servicios de cuidado, se considera importante el rol del departamento de monitoreo, que a través de sus estructuras territoriales de defensores del adulto mayor, realiza una visita mensual o cada 45 días (o con mayor frecuencia, si así se requiere) para preguntar sobre el estatus de salud y/o verificar situaciones de violencia. Aunque no esté contemplado en el programa PROVEE, resulta pertinente destacar en este acápite de estímulo a la oferta de servicios que los asilos y los centros diurnos para personas adultas mayores son numéricamente insuficientes, acogen un número limitado de personas y, según las entrevistas realizadas, no funcionan de forma adecuada. Las trabajadoras y los trabajadores sociales que se dedican a la defensoría de las personas adultas mayores son casi todas mujeres (en particular, en los casos de las personas empleadas en los hogares de larga estadía y en los centros diurnos para personas adultas, los cuales en su mayoría están gestionados por monjas católicas). Se destaca que en la República Dominicana no existe personal de salud especializado en geriatría y gerontología.

3.3 Coordinación, interrelación o dependencia de otros programas:

3.3.1. Ámbito local o comunitario	3.3.2. Ámbito regional o nacional	3.3.3. Ámbito internacional
En ámbito comunitario, el programa tiene relación con aproximadamente 72 organizaciones de la sociedad civil acreditadas por el CONAPE, que trabajan con este grupo vulnerable. El programa colabora además con otras organizaciones, aunque no acreditadas, como juntas de vecinos y otras organizaciones de base comunitaria.	• El Programa PROVEE se interrelaciona con el Programa PROSOLI. Todas las personas adultas mayores que reciben la transferencia PROVEE pertenecen a hogares que también se benefician de la transferencia Comer Es Primero y, si cuentan con integrantes del hogar en edad escolar, de las transferencias ILAE y BEEP, además de los subsidios. • El programa se relaciona con el Programa de Alfabetización Quisqueya Aprende Contigo por medio del componente Alfabetizando al Adulto Mayor Calle por Calle. • Se relaciona con el SENASA al comunicar casos de beneficiarios elegibles para el SFS en el marco del régimen subsidiado, con el fin de que se registren y reciban la tarjeta SENASA. • Por un convenio institucional, CONAPE y el Ministerio de la Mujer (a través de su oficina central y las Oficinas Provinciales de la Mujer) se han comprometido a hacer esfuerzos conjuntos para prevenir, sancionar, entender y erradicar la violencia contra las mujeres adultas mayores, sobrevivientes o víctimas de violencia de género. • Con el programa MAPRE del mismo CONAPE, para brindar apoyo específico y personalizado a personas en condiciones de necesidad.	No aplica.

FICHA 7 PROGRAMA MANO AMIGA DEL PRESIDENTE

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:	CONSEJO NACIONAL DE LA PERSONA ENVEJECIENTE	SIGLAS:	CONAPE	NO. 7

1. IDENTIFICACIÓN

1.1. Nombre del programa:	Programa Mano Amiga del Presidente				Siglas:	MAPRE	
1.2. Objetivos:	Brindar asistencia específica a las personas adultas mayores que se encuentran con casos de necesidad (no es un programa continuo sino uno de acciones específicas).						
1.3. Localización geográfica o territorial:	A nivel nacional						
1.4. Institución(es) involucrada(s)	1	2	3	4	5	6	7
Institución	CONAPE						
Responsable (R) / Colaboradora (C)	C						

1.5. Financiación:	1	2	3	4	Total
Instituciones	CONAPE				
Monto	RD$15,000,000.00[210]				RD$15,000,000.00
%	100%				100%

1.6. Mecanismos de dirección y/o coordinación previstos:	La dirección y el coordinamiento del MAPRE están en las manos del CONAPE.		
1.7. Participación de la sociedad civil en el diseño del programa:	Las 72 organizaciones de la sociedad civil que trabajan con el tema de la vejez a nivel nacional refieren casos de personas adultas mayores con necesidades especiales.		
1.8. Porcentaje sobre gasto social:	No pertinente	1.9 Porcentaje sobre PIB:	No pertinente

2. POBLACIÓN BENEFICIARIA

2.1. Criterios de focalización:	No hay criterios de focalización, cuando se reciben solicitudes de personas en condiciones de pobreza extrema con necesidades específicas y urgentes insatisfechas el departamento de Diagnóstico investiga el caso y decide si otorgar la ayuda o no.
2.2. Condicionalidad, en su caso:	No hay.
2.3. Participación de la población beneficiaria en el programa: personas que ingresan	Las personas que se benefician del programa se identifican a través de solicitudes directas de las personas al CONAPE, a la Presidencia o a otras instituciones que lo refieren, incluyendo las 72 ONG que a nivel nacional se ocupan del sector de la vejez.

[210] Este monto tiene origen en el presupuesto operativo del CONAPE, que es en promedio RD$ 60,000,000 anuales. Se estima que se destina al MAPRE el 25% del presupuesto anual operativo del CONAPE.

FICHA 7 PROGRAMA MANO AMIGA DEL PRESIDENTE (CONTINUACIÓN)

2.3.1. Población atendida por sexo, absoluto y %	Total	Mujeres	Hombres	2.3.1. Hogares atendidos por jefatura, absoluto y %	Jefatura femenina	Jefatura masculina
	Aprox. 5,500/ año	65%	35%		No aplica	No aplica
2.4. Criterios de egreso:	Se trata de ayudas esporádicas, No aplican criterios de egresos			2.5. Personas que finalizan el programa:	Mujeres	Hombres
					No aplica	No aplica
2.6. Mecanismos de participación en el desarrollo y evaluación del programa:	No se contemplan.					

3. COMPONENTES EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN BENEFICIARIA

3.1. Estímulo a la demanda:

3.2.1. Transferencias monetarias

No aplica

a) Niñez		b) Población adulta		c) Vejez	
H	M	H	M	H	M
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

3.2.2. Transferencias en especie

Según las necesidades insatisfechas de las personas adultas mayores el programa incluye las siguientes transferencias en especie:

- Medicamentos (no como ayuda continua), sillas de rueda, bastones, cirugías, equipamiento médico de asistencia individual y puntual.
- Mensualmente se compran 1,100 raciones alimenticias para personas adultas mayores en condiciones de indigencia y con necesidades especiales. Las raciones son preparadas por nutricionistas tomando en cuenta las enfermedades comunes de las personas adultas mayores, así que se contemplan tres tipos diferentes de raciones: AZUL para personas que pueden comer cualquier cosa; AMARILLA para personas sin dentadura; y ROJA para personas con diabetes. Estas raciones no son suficientes para el mes entero.
- Entre otras acciones se contemplan operativos de personas del CONAPE que realizan acciones como la reparación de viviendas.

a) Niñez		b) Población adulta		c) Vejez	
H	M	H	M	H	M
				35%	65%

3.2.3. Programas de Capacitación Profesional

No aplica

H	M
No aplica	No aplica

3.1. Estímulo a la oferta: servicios esenciales

a) Centros de Salud	b) Paquetes básicos	c) Educación	d) Agua y saneamiento	e) Vivienda	f) Servicios de cuidado
	X		X	X	X

FICHA 7 PROGRAMA MANO AMIGA DEL PRESIDENTE (CONTINUACIÓN)

Observaciones en relación a los servicios esenciales:	Las personas reciben servicios de cuidado domiciliarios. Las transferencias en especies que se brindan a las personas en estado de necesidad son de varia naturaleza, incluyen reparaciones de vivienda, así como de letrinas y tuberías.

3.3 Coordinación, interrelación o dependencia de otros programas:

3.3.1. Ámbito local o comunitario	3.3.2. Ámbito regional o nacional	3.3.3. Ámbito internacional
Coordinación con las 72 ONG y OBC acreditadas, pero también se colabora con juntas de vecinos y otras organizaciones no acreditadas en algunos asuntos específicos.	Coordinación con el programa PROVEE; las personas que se benefician del MAPRE pueden ser o no ser del PROVEE. Coordinación con la JCE para la identificación de personas indocumentadas. Coordinación con SENASA para el registro de personas no cubiertas por la seguridad social.	No aplica.

FICHA 8 PROGRAMA DE INCENTIVO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:	MINISTERIO DE EDUCACIÓN SUPERIOR, CIENCIA Y TECNOLOGÍA	SIGLAS:	MESCYT	NO. 8

1. IDENTIFICACIÓN

1.1. Nombre del programa:	Programa de Incentivo a la Educación Superior	Siglas:	IES
1.2. Objetivos:	Apoyar económicamente a estudiantes de escasos recursos para que realicen sus estudios a nivel superior.		
1.3. Localización geográfica o territorial:	A nivel nacional, en las provincias donde existen centros universitarios de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD).		

1.4. Institución(es) involucrada(s)	1	2	3
Institución	MESCYT	ADESS	UASD
Responsable (R) / Colaboradora (C)	R	C	C

1.5. Financiación:	1	Total
Instituciones	ADESS	
Monto 2014	145,200,000	145,200,000
%	100%	100%

1.6. Mecanismos de dirección y/o coordinación previstos:	El programa se coordina a través de una plataforma entre el MESCYT y la ADESS. El MESCYT lleva una base de datos de información sobre los estudiantes que entran y salen de la UASD que pasa a la ADESS para que esta pueda depositar la transferencia a los estudiantes correspondientes. La ADESS, a su vez, en coordinación con la base de datos de la Junta Central Electoral, lleva registro y control de las personas que se retiran del programa por fallecimiento.		
1.7. Participación de la sociedad civil en el diseño del programa:	No se aplica		
1.8. Porcentaje sobre gasto social:	0.06%	1.9 Porcentaje sobre PIB:	0.01%

2. POBLACIÓN BENEFICIARIA

2.1. Criterios de focalización:	Para ser elegible en el programa se utilizan básicamente dos criterios: ser egresado de centros de educación media localizados en el mapa de la pobreza y estar matriculado en cualquiera de los Centros de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD).
2.2. Condicionalidad, en su caso:	Se solicita a los beneficiarios cursar la carrera según la programación del pensum, sin retirar ninguna materia.
2.3. Participación de la población beneficiaria en el programa: personas que ingresan	Todas las personas que cumplan con los requisitos mencionados y que realicen la debida solicitud al MESCYT son ingresados al programa. Una vez aprobado su ingreso, deben depositar en el MESCYT copia de cédula de identidad y electoral, certificado de bachillerato y hoja de inscripción universitaria.

FICHA 8 PROGRAMA DE INCENTIVO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR (CONTINUACIÓN)

2.3.1. Población atendida por sexo, absoluto y % 2014	Total	Mujeres	Hombres	2.3.1. Hogares atendidos por jefatura, absoluto y %	Jefatura femenina	Jefatura masculina
	26,759	16,859	9,900		No aplica	No aplica
	100%	63%	37%			
2.4. Criterios de egreso:	Al graduarse o retirarse de los estudios.			2.5. Personas que finalizan el programa:	Mujeres	Hombres
					No aplica	No aplica
2.6. Mecanismos de participación en el desarrollo y evaluación del programa:	No se contemplan.					

3. COMPONENTES EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN BENEFICIARIA

3.1. Estímulo a la demanda:

3.2.1. Transferencias monetarias

El programa otorga una ayuda económica mensual de quinientos pesos (RD$ 500) a jóvenes estudiantes universitarios para el pago de matrícula universitaria, compra de libros y útiles de estudio.

a) Niñez		b) Población adulta		c) Vejez	
H	M	H	M	H	M
		X	X		

3.2.2. Transferencias en especie

No aplica.

a) Niñez		b) Población adulta		c) Vejez	
H	M	H	M	H	M
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

3.2.3. Programas de Capacitación Profesional

No aplica

H	M	H	M	H	M
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

3.1. Estímulo a la oferta: servicios esenciales

a) Centros de Salud	b) Paquetes básicos	c) Educación	d) Agua y saneamiento	e) Vivienda	f) Servicios de cuidado

Observaciones en relación a los servicios esenciales:	No aplica

FICHA 8 PROGRAMA DE INCENTIVO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR (CONTINUACIÓN)

3.3 Coordinación, interrelación o dependencia de otros programas:

3.3.1. Ámbito local o comunitario	3.3.2. Ámbito regional o nacional	3.3.3. Ámbito internacional
No aplica.	Se coordina con Progresando con Solidaridad y ADESS para el manejo de las transferencias; y con la UASD para el registro de los estudiantes matriculados.	No aplica.

FICHA 9 CENTROS INFANTILES DE ATENCIÓN INTEGRAL

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:	CONSEJO NACIONAL PARA LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA	SIGLAS:	CONANI	NO. 9
1. IDENTIFICACIÓN				
1.1. Nombre del programa:	Centros Infantiles de Atención Integral		Siglas:	CIANI
1.2. Objetivos:	Ofrecer atención integral en los primeros años de vida a niños procedentes de familias de bajos recursos o en situación de vulnerabilidad social.			
1.3. Localización geográfica o territorial:	Los servicios del CIANI se ofertan a nivel nacional, en el Distrito Nacional y en 23 provincias del país.			
1.4. Institución(es) involucrada(s)	1	2		
Institución	CONANI	AEISS		
Responsable (R) / Colaboradora (C)	R	C		
1.5. Financiación (totales y %) 2013	1 Presupuesto propio de CONANI como institución descentralizada	2 Transferencias de la Seguridad Social por niños inscritos en el régimen contributivo (RD$1,900 por niño/mes; aprox. 1,000 niños) [211]	Total	
Monto	RD$ 280,386,376	RD$ 1,900,000	RD$ 282,286,376	
%	99.3%	0.67%	100%	
1.6. Mecanismos de dirección y/o coordinación previstos:	El departamento responsable de gestionar, coordinar y administrar los recursos necesarios para la implementación de los componentes técnicos que aseguren una atención integral de calidad es el Programa de Atención Integral a la Primera Infancia. Este departamento es, además, encargado de trazar los objetivos anuales de los Centros Infantiles de Atención Integral. El programa es manejado directamente por el CONANI, que funge como institución descentralizada del Estado Dominicano con personalidad jurídica y patrimonio propio.			
1.7. Participación de la sociedad civil en el diseño del programa:	A nivel local: - El Proyecto Educativo de cada centro se elabora con participación de la comunidad. - Cada centro crea un Comité de Apoyo Local. A nivel nacional: - Las decisiones macro las toma el Directorio Nacional del CONANI, en el que participan diferentes instituciones públicas y organizaciones de la sociedad civil (Visión Mundial, MINERD, SESPAS, MMUJER, Ministerio de Trabajo, Procuraduría General de la República, Liga Municipal Dominicana, CONEP, Iglesias Evangélicas y Católica, Coalición de ONG y CNUS).			
1.8. Porcentaje sobre gasto social:	0.06%	1.9 Porcentaje sobre PIB:	0.01%	

[211] De acuerdo a la AEISS, a mayo del 2014 había 1,329 niños cubiertos por el régimen contributivo de la Seguridad Social inscritos en los CIANI, de los cuales el 48% era de sexo femenino y el 52% de sexo masculino.

FICHA 9 CENTROS INFANTILES DE ATENCIÓN INTEGRAL (CONTINUACIÓN)

2. POBLACIÓN BENEFICIARIA

2.1. Criterios de focalización:	La focalización es individual por hogar, aunque está limitada a la presencia en el territorio de los CIANI.
2.2. Condicionalidad, en su caso:	Se firma con los padres o tutores un acuerdo de participación que los compromete a la asistencia puntual del niño y a la participación de los padres en las actividades y escuela. La participación no recae ni única ni necesariamente sobre las madres; aunque la mayoría de las participantes son mujeres, también hay una gran participación de padres. No existe penalidad por incumplir, más bien se trabaja con la educación y sensibilización de las familias.
2.3. Participación de la población beneficiaria en el programa: personas que ingresan	Para escoger a los niños beneficiarios se utilizan los siguientes criterios de vulnerabilidad y riesgo: 1. Situación económica precaria o extrema pobreza. 2. Padres, madres o tutores sin fuente de ingreso fijo o en búsqueda de empleo. 3. Padres, madres o tutores empleados o con trabajo independiente, con sueldo igual o menor al sueldo mínimo. 4. Característica de vulnerabilidad o situación de riesgo. 5. Padres, madres o tutores que estudien. 6. Madres y padres adolescentes. 7. Niños que sean cuidados por personas mayores. 8. Se dará la prioridad a las madres solteras en condición de pobreza. 9. Se tomaran en cuenta ciertas condiciones de la vivienda de la familia. La trabajadora social realiza una visita a la familia para realizar la evaluación socioeconómica que determina a qué nivel se cumplen estos criterios.

2.3.1. Población atendida: niños registrados	Total	Niñas	Niños
	7,851 [212]	3,864	3,987

2.3.1. Hogares atendidos por jefatura, absoluto y %	Jefatura femenina	Jefatura masculina
	No disponible	No disponible

2.4. Criterios de egreso:	2.5. Personas que finalizan el programa: todos los niños	Mujeres	Hombres
Edad: el programa finaliza una vez los niños cumplen 5 años de edad.		No aplica	No aplica

2.6. Mecanismos de participación en el desarrollo y evaluación del programa:	Como parte de los procesos de evaluación regular se realizan encuestas de evaluación a los padres y madres de los niños inscritos.

3. COMPONENTES EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN BENEFICIARIA

3.1. Estímulo a la demanda:

3.2.1. Transferencias monetarias

a) Niñez		b) Población adulta		c) Vejez	
H	M	H	M	H	M
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

[212] Este total incluye a los niños cubiertos por el Régimen Contributivo de la Seguridad Social inscritos en los CIANI, que a mayo del 2014 sumaban 1,329, de acuerdo a la AEISS.

FICHA 9 CENTROS INFANTILES DE ATENCIÓN INTEGRAL (CONTINUACIÓN)

3.2.2. Transferencias en especie

a) Niñez		b) Población adulta		c) Vejez	
H	M	H	M	H	M
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

3.2.3. Programas de Capacitación Profesional

H	M
No aplica	No aplica

3.1. Estímulo a la oferta: servicios esenciales

a) Centros de Salud	b) Paquetes básicos	c) Educación	d) Agua y saneamiento	e) Vivienda	f) Servicios de cuidado
		X			X

Observaciones en relación a los servicios esenciales:	Actualmente hay 52 Centros Infantiles de Atención Integral (CIANI) localizados en 23 provincias del país y en el Distrito Nacional. Los CIANI enfocan sus acciones a la atención integral en los primeros años de vida. Son espacios de desarrollo integral dirigidos a niños de 45 días de nacidos hasta los 5 años de edad, procedentes de familias de bajos recursos económicos o en situación de vulnerabilidad social. Los CIANI apuntan a generar mejores condiciones educativas y contribuir a la igualdad de oportunidades. En los CIANI se ofrece asistencia en las áreas básicas del desarrollo: educación, salud-nutrición, psicología y asistencia educativas en el caso que el grupo tenga un cupo de veinte (20) niños o más. Se ofertan servicios esenciales de 4 tipos: - Educación: servicio principal, tanto a los niños como a sus padres a través de la Escuela de Padres de cada centro. - Nutrición: se ofrece alimentación balanceada a todos los niños de los centros, cubriendo el 80% de sus necesidades alimentarias; en los casos en que se requiera, se entregan raciones extras para llevar al hogar; el Departamento de Salud y Nutrición se encarga de preparar los menús, adaptados por región y según necesidades individualizadas. - Salud: se ofrecen servicios de atención primaria, tanto a los niños registrados como a la comunidad en general, a través de consultas pediátricas abiertas un día a la semana; en caso que los niños requieran atención médica, se les refiere al hospital correspondiente y se les da seguimiento. - Psicología y trabajo social: también una vez a la semana se ofrecen servicios de terapia familiar y de aprendizaje abiertos a la comunidad; además se trabaja con las familias de los niños tanto en el proceso de inscripción como a través de los Comités de Padres y la Escuela de Padres. El personal de los CIANI participa en un proceso de capacitación y seguimiento permanente. En cuanto al personal de labora en los CIANI es femenino en su mayoría en todas las áreas y a todos los niveles. Solo se identifica presencia masculina en los puestos de psicólogo (uno solo a nivel nacional), trabajadores sociales y directores (pocos). De manera más específica, de los 1,403 empleados del programa, solo 193 son hombres (14%) y 1,2010 son mujeres (86%).

3.3 Coordinación, interrelación o dependencia de otros programas:

3.3.1. Ámbito local o comunitario	3.3.2. Ámbito regional o nacional	3.3.3. Ámbito internacional
Organizaciones de base comunitaria, Iglesias, Cruz Roja, Bomberos, hospitales, etc.	UNICEF, Visión Mundial, OEI, etc.	No se identifica

FICHA 10 QUISQUEYA EMPIEZA CONTIGO

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:	DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS ESPECIALES DE LA PRESIDENCIA	SIGLAS:	DIGEPEP	NO. 10
1. IDENTIFICACIÓN				
1.1. Nombre del programa:	Quisqueya Empieza Contigo		Siglas:	QEC
1.2. Objetivos:	Objetivo general: Establecer un sistema de protección y atención integral de la primera infancia, en procura de ordenar, articular, integrar y regular la oferta de servicios existentes en el país, y ampliar la oferta en cobertura y calidad mediante un conjunto de estrategias de atención integral dirigidas a niños de 0 a 5 años de edad, sus familias y comunidades. Objetivos específicos: 1. Establecer el ordenamiento del sector de la primera infancia mediante la definición de un sistema de protección y atención integral que defina una estructura gerencial, que establezca con claridad la rectoría y prevea las instancias de provisión de servicios en coherencia con la adecuación de su marco jurídico. 2. Establecer e implementar un modelo de intervención de calidad para la protección y atención integral de la primera infancia que incluya modelos de atención directa a niños, formación de las familias, educación inicial escolarizada, atención a condiciones de discapacidad y necesidades educativas especiales. 3. Proveer servicios de atención integral directa a niños de 0 a 4 años mediante Centros de Atención Integral de jornada completa para la Primera Infancia (estancias infantiles) y el programa de atención integral de base familiar y comunitaria (Redes familiares y Centros comunitarios de Atención a la Infancia y la Familia). 4. Ampliar la oferta de servicios del grado pre-primario a la población infantil de 5 años hasta alcanzar cobertura neta. 5. Fortalecer las competencias de protección y atención integral de las familias con niños menores de 5 años a su cargo. 6. Establecer e implementar un programa de formación de recursos humanos para la provisión de servicios de protección y atención integral en la primera infancia en establecimientos, programas de base familiar y comunitaria y hogares.			
1.3. Localización geográfica o territorial:	Barrios de Santo Domingo: Villa Francisca, Mejoramiento Social, María Auxiliadora, Domingo Savio, Gualey, Simón Bolívar, Ensanche Capotillo, La Zurza, Cristo Rey, Villa Juana, Los Ríos, Palma Real, Buenos Aires de Herrera, Herrera-Libertador de Herrera, Abanico Palmar, Barrio Emgombe, Los Alcarrizos, Los Tres Brazos, Jardines del Ozama, Los Mameyes, Isabelita, El Almirante, La Barquita, Los Mina Norte y Sur, Sabana Pedida, Villa Mella y Los Guaricanos Sabana Perdida, Santo Domingo Country Club- Café, La Altagracia	Barrios de Santiago: Peralta, Cien Fuegos, Espaillat, Altos de Rafey, La Yagüita del Pastor, Ensanche Bolívar, Los Jazmines- Papayo, Pekín, Peralta, Los Ciruelitos, El Ejido, Villa Olímpica, San José de la Mina, Barrio Lindo, Pekín Barrio Obrero, San José La Mina .		
	Municipios completos: Bohechio, Guaymate, Boca Chica, Hato del Yaque Esperanza, Imbert, Sosua, Salcedo, Tamboril, Neyba, Verón, Constanza, Jimaní, Monte Plata, Pedernales, Las Terrenas, Navarrete, Sabaneta, Montecristi, Dajabón, Matas De Farfán.	Municipios casco urbano: Hato Mayor, Villa Altagracia, San José De Ocoa, El Seibo, Nagua, Samaná, La Vega, Moca, Bonao, Elías Pina (Comendador), Cotui, Barahona, Mao, Puerto Plata, San Juan, Haina.		

FICHA 10 QUISQUEYA EMPIEZA CONTIGO (CONTINUACIÓN)

	Municipios a nivel de barrios: Azua (5),Barahona (6), San Cristóbal (4),San Pedro de Macorís (2), La Romana (5), Higüey (6), Bonao (5), La Vega (5), San Francisco de Macorís (6), Bani (4), Moca (2), Puerto Plata (5), Mao (7), Los Alcarrizos (6), Boca Chica (1), San Juan (6).	**Municipio San Francisco de Macorís:** Vista del Valle; El Hormiguero; Ensanche San Martin de Porres (Castellana); Hermanas Mirabal; Pueblo Nuevo; Las Colonias; Ensanche Getsemaní; 24 de abril; San Vicente de Paul; Villa Olímpica; El Capacito; Ensanche.
	Municipio Salva León De Higüey San José; Los Platanitos; Los Coquitos; Savica; Los Soto; Villa Cerro; La Malena; Juan Pablo Duarte O Nuevo; La Aviación; San Francisco; El Obispado.	**Municipio La Romana** Villa Verde; Ensanche Pereira; Katanga; Savica; Los Multi; Villa España.
	Municipio San Cristóbal San José; Los Platanitos; Los Coquitos; Savica; Los Soto; Villa Cerro; La Malena; Juan Pablo Duarte O Nuevo; La Aviación; San Francisco; El Obispado.	**Municipio San Pedro De Macorís:** Blanco; Placer Bonito; Las Piedras; Pedro-Justo Carrión; Filipinas; Villa Progreso; Lindo; Ingenio Santa Fe; Villa Faro; 24 De Abril.

1.4. Institución(es) involucrada(s)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Institución	DIGEPEP	INAIPI	MINERD	MISPAS	DPM	JCE	CONANI	AEISS	PROSOLI
Responsable (R) / Colaboradora (C)	R	C	C	C	C	C	C	C	C

1.5. Financiación de las diferentes instituciones:	1	Total
Instituciones	MINERD	
Monto (RD$) al 2013	6,179.05 Millones	6,179.05 Millones
%	100%	100%

1.6. Mecanismos de dirección y/o coordinación previstos:	• A nivel político: Mesa Presidencial (establecida por decreto, responsable de los avances del Plan QEC, reúne a los titulares de 13 instituciones del Estado y altos directivos de organizaciones de la sociedad civil). • A nivel técnico: Mesa Gubernamental (encuentros periódicos de coordinación interinstitucional con los principales organismos del Estado involucrados: MINERD, AEISS, DPM, CONANI, MSP, VICEPRESIDENCIA).
1.7. Participación de la sociedad civil en el diseño del programa:	Para el diseño de la estrategia, la DIGEPEP ha desarrollado un proceso de encuentros y consultas con sectores de la sociedad civil con el fin de establecer en forma consensuada estrategias y formas de operar. Entre los actores que han participado en este proceso se encuentran las principales organizaciones sociales del país con experiencia en la atención de la primera infancia, como la Mesa Consultiva de Primera Infancia, conformada desde el año 2010 y auspiciada por el CONANI, en la que participan organismos como UNICEF, UNESCO, OEI; y la Mesa N. 04 de la iniciativa dominicana por una educación de calidad IDEC, auspiciada por el MINERD; igualmente participaron organizaciones de la sociedad civil con una larga trayectoria en programas de desarrollo social y comunitario. El diseño del Plan QEC partió de las experiencias de las diversas organizaciones sociales del país y de otros países de la región (siendo uno de los referentes internacionales el Centro de Referencia Latinoamericano para la Educación Preescolar, CELEP), las cuales han participado en los diversos encuentros técnicos de discusión que permitieron la reformulación de algunas estrategias.

FICHA 10 QUISQUEYA EMPIEZA CONTIGO (CONTINUACIÓN)

1.8. Porcentaje sobre gasto social:	2.64% (2013)	1.9 Porcentaje sobre PIB:	0.25% (2013)

2. POBLACIÓN BENEFICIARIA

2.1. Criterios de focalización:

El programa utiliza una focalización territorial.

La focalización territorial respondió a los siguientes criterios considerados para toda la estrategia Quisqueya Sin Miseria:

- Social: niveles de pobreza, analfabetismo adulto, deserción escolar, población infantil fuera de las aulas, personas con discapacidad, acceso a agua y servicios sanitarios, condiciones vivienda, vulnerabilidad infancia.
- Económica: jefatura femenina, polos turísticos o agro-productivos, desempleo, vulnerabilidad cambio climático.
- Política: balance regional, niveles inseguridad ciudadana, mapa demandas sociales y conflictos.

2.2. Condicionalidad: No aplican

2.3. Participación de la población beneficiaria en el programa: (quienes entran en el programa)

En el marco de los territorios priorizados por la Estrategia Quisqueya Sin Miseria serán beneficiarios del Plan Quisqueya Empieza Contigo todas las familias con niños entre 0 y cuatro años y 11 meses.

Los niños de 4 años y 11 meses a 5 años y 11 meses, además, serán parte del componente dirigido al aumento de cobertura del nivel preprimario del sistema educativo.

2.3.1. Población atendida por sexo (metas proyectadas a 2016)	(Mujeres) Niñas	(Hombres) Niños	Total
Absoluto	322,276	334,070	656,346
%	49.1%	50.9%	100.00%

2.3.1. Hogares atendidos por jefatura	Jefatura femenina	Jefatura masculina	Total
Absoluto	178,198	296,802	475,000
%	62%	38%	100.00%

2.4. Criterios de egreso:

- Cuando el niño cumple 5 años de edad, la familia se deriva al pre-primario de la Educación Inicial del MINERD.
- El niño ha cumplido 5 años y no hay mujeres embarazadas en la familia.
- Movilidad de la familia hacia un territorio no priorizado.

2.5. Personas que finalizan el programa:

Mujeres	Hombres
No aplica (todavía el programa está en fase de inicio)	No aplica (todavía el programa está en fase de inicio)

2.6. Mecanismos de participación en el desarrollo y evaluación del programa:

- Comités gestores (contraparte local de la comunidad para la gestión del programa y veeduría social y exigibilidad).
- Formación de redes de servicios y grupos de familias.
- Talleres de formación y capacitación para las familias.
- Grupos de padres y madres de los centros.
- Sistema de monitoreo y evaluación del plan (instrumentos, fichas, mecanismos de aplicación y visitas a campo de los equipos técnicos directivos).

FICHA 10 QUISQUEYA EMPIEZA CONTIGO (CONTINUACIÓN)

3. COMPONENTES EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN BENEFICIARIA

3.1. Estímulo a la demanda:

3.2.1. Transferencias monetarias

No aplica

g) Niñez		h) Población adulta en edad activa		i) Personas adultas mayores (de 65 y más) y personas con discapacidad	
H	M	H	M	H	M
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

3.2.2. Transferencias en especie

No aplica

a) Niñez		b) Población adulta en edad activa		c) Personas adultas mayores y personas con discapacidad (ya incluidos en la columna (a))	
H	M	H	M	H	M
334,070	322,276				

3.2.3. Programas de capacitación profesional

Certificación en cuidadores de niños

a) Niñez		b) Población adulta en edad activa		c) Personas adultas mayores y personas con discapacidad	
H	M	H	M	H	M
		14,250	33,250		

3.2.4. Otros

a) Niñez		b) Población adulta en edad activa		c) Personas adultas mayores y personas con discapacidad	
H	M	H	M	H	M
X	X	X	X	X	X

3.1. Estímulo a la oferta: servicios esenciales

a) Centros de Salud	b) Paquetes básicos	c) Educación	d) Agua y saneamiento	e) Vivienda	f) Servicios de cuidado	g) Otros
					X	

Observaciones en relación a los servicios esenciales:	Hay tres modalidades de intervención: El Programa de los Centros de Atención Integral a la Primera Infancia, modalidad tipo Estancias Infantiles con horario extendido de 7.30 a.m. a 5.00 p.m. que ofrecen servicios en horario corrido para niños entre cuarenta y cinco días y cuatro años y once meses de edad de nacidos y con servicios de psicología, trabajo social y salud integrados en la oferta. (Con este programa se apunta a alcanzar para el 2016 un total de 106,776 niños).

FICHA 10 QUISQUEYA EMPIEZA CONTIGO (CONTINUACIÓN)

El Programa de Atención Integral a La Primera Infancia de Base Familiar y Comunitaria (PBFC) el cual cuenta con estrategias de trabajo dirigidas a capacitar a padres, madres y tutores en prácticas de crianza así como con estrategias de atención directa a niños entre 0 y 4 años de edad. Para finales del año 2016 apunta a alcanzar un total de 360,000 niños con esta atención integral de carácter ambulatorio.

Integración en el grado de preprimaria del sistema educativo dominicano de niños de 5 años de edad (se dirige a alcanzar para el 2016 un total de 189,570 niños).

A continuación se presenta una tabla con la previsión de cobertura total de servicios de atención integral a la niñez. Hay que hacer la salvedad de que estas cifras fueron dadas por el departamento de planificación de la DIGEPEP y consideran datos cumulativos anuales (es decir, la cantidad de niños que serían beneficiados entre 2013 y 2016). Estas metas, sin embargo, no podrán ser alcanzadas ya que la implementación del programa tiene un retraso respecto a la planificación inicial; no fue posible conseguir las cifras de la proyección actualizada.

Categorización por edad	Niños	Niñas	Total
De 0 a 4 años de edad (preescolar)*	237,589	229,187	466,776
De 5 años de edad (grado escolar pre-primario)	96,481	93,089	189,570
Total	334,070	322,276	656,346
*Dentro de la población de 0-4 años de edad hay la presencia de niños con discapacidad	14,003	15,404	29,407

Por el lado del estímulo a la oferta de servicios, el plan contempla.

1) La aplicación de un nuevo modelo de integralidad de atención en un total de 364 Centros de Atención Integral a la Primera Infancia tipo Estancias Infantiles (para el año 2016):

- 250 que se construirán y pondrán en función (hasta ahora se ha terminado la construcción de una estancia), cada estancia tendrá una capacidad promedio de 226 niños.
- 114 estancias infantiles existentes actualmente gestionadas por el CONANI.

Dentro de las Estancias Infantiles operarán las siguientes figuras para brindar un servicio integral a la niñez: educadores, personal de salud, psicología y trabajo social.

2) La construcción, reparación y/o habilitación de 1,000 Centros Comunitarios de Atención Integral a la Infancia y a la Familia; en estos centros habrá:

- un aula para niños de 3-4 años con los cuales se trabaja en la educación y estimulación temprana para un número limitado de horas (2-3 horas dos veces por semana);
- un espacio para niños de 0 a 2 años de edad, para que acudan con sus padres y madres y reciban capacitación en estimulación temprana en horarios preestablecidos.

Dentro de estos centros se contemplan figuras de educadores, personal de salud, psicología y de trabajo social, como en las estancias infantiles, pero además se involucrará a la comunidad para un trabajo voluntario para apoyar la situación de madres gestantes en riesgo y de niños menores de un año de edad en riesgo, con la estrategia denominada Padrinos y Madrinas Comunitarias.

Según las personas clave entrevistadas, el plan buscará que se involucren los hombres en este rol, además de las mujeres a las cuales culturalmente se les asigna el rol de cuidado, promoviendo una nueva masculinidad. Se estima que este trabajo voluntario requerirá una entrega de un promedio de 8 horas semanales por persona.

3) El Plan QEC contempla 10 animadores en cada una de las 70 comunidades en las cuales trabaja para que realicen visitas domiciliarias. Las visitas domiciliarias servirán para monitorear a los padres

FICHA 10 QUISQUEYA EMPIEZA CONTIGO (CONTINUACIÓN)

y madres sobre sus prácticas de crianzas, averiguar la documentación de todas las personas que integran la familia de los menores de edad, averiguar si los niños y las mujeres embarazadas atienden las consultas de salud, entre otras cosas.

4) En términos de personas involucradas en el la oferta de cuidado:

El programa cuenta con contratar un total de 31,500 personas como recursos humanos para prestar sus servicios como animadores comunitarios, así como en los Centros Comunitarios de Atención Integral a la Infancia y a la Familia (del PBFC) y en los Centros de Atención Integral a la Primera Infancia (Estancias Infantiles).

Por el lado del estímulo de la oferta de servicio en ámbito privado —no público— el Plan QEC contempla un componente, que se realizará con el soporte del INFOTEP, que consiste en la formación y certificación de cuidadores y cuidadoras de niños de la primera infancia (ver acápite 3.2.3 en la presente matriz).

3.3 Coordinación, interrelación o dependencia de otros programas:

3.3.1. Ámbito local o comunitario	3.3.2. Ámbito regional o nacional	3.3.3. Ámbito internacional
• Se plantea una coordinación estrecha con las Unidades de Atención Primaria (UNAP) del Ministerio de Salud Pública para que dicha oferta se garantice a la población beneficiaria (niños de primera infancia y sus familias). • Coordinación con ONG locales especializadas en familia y niñez (servicios educativos, de cuidado, psicosociales y de salud para complementar y fortalecer servicios). • Articulación para ampliar servicios con Gobiernos locales según capacidades.	• Coordinación con la JCE para la obtención de los documentos de registros de nacimiento de la niñez beneficiaria y sus familias. • Coordinación con las Oficinas Municipales y Regionales del CONANI para la protección y restitución de derechos de la niñez. • Coordinación con las Juntas Locales de Protección y Restitución de derechos en cada municipio. • Coordinación con los Distritos Educativos del MINERD para el referimiento de los niños egresados. • Coordinación con las Oficinas Regionales de la MSP para garantizar la oferta de atención primaria a las familias beneficiarias del plan Quisqueya Empieza Contigo. • Coordinación con el Despacho de Primera Dama para implementar un sistema de referimiento y contra-referimiento con los CAID (Centros de Atención Integral a la Discapacidad). • Coordinación permanente con el MINERD para monitorear el componente del plan que tiene que ver con la ampliación de los preprimarios, la implementación del currículo para el nivel inicial en los servicios QEC y el sistema de referimiento hacia los preprimarios. • Coordinación con el programa Progresando con Solidaridad para la organización de forma coordinada y complementaria de los servicios del Plan QEC en los territorios donde ya existen los Espacios de Esperanza. • Coordinación con el INFOTEP para la formación profesional y certificación de cuidadoras y cuidadores de niños en la primera infancia.	• Académico en primera infancia (Centro de Educación Inicial de Cuba CELEP) • Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) • Banco Interamericano de Desarrollo BID (consultores internacionales)

FICHA 11 PROYECTO EDUCATIVO ESPACIOS DE ESPERANZA

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:	CENTROS TECNOLÓGICOS COMUNITARIOS	SIGLAS:	CTC	NO. 11
1. IDENTIFICACIÓN				
1.1. Nombre del programa:	Proyecto Educativo Espacios de Esperanza		Siglas:	EPES
1.2. Objetivos:	El Objetivo general de este Proyecto Educativo consiste en permitir a todos los niños acceder de forma sistemática y gratuita a su crecimiento integral. Objetivos específicos: - Proporcionar a los niños de 3 y 4 años de edad una rica y organizada estimulación para que alcancen, según las condiciones individuales de cada uno, los niveles de madurez, desarrollo y aprendizaje óptimos, que les permita acceder al sistema educativo nacional exitosamente. - Promover un programa de Promoción a la Literatura Infantil a través de diferentes estrategias, estimulando el hábito a la lectura y desarrollando habilidades de pensamiento crítico y analítico. - Formar la Escuela de Padres y Madres de los niños de los EPES. - Utilizar la radio Comunitaria de los CTC como herramienta valiosa en la trasmisión de conocimientos. - Fomentar la cultura, el deporte y la ciencia. - Identificar los derechos infantiles, con el fin de asumir la responsabilidad de respetar y proteger la niñez.			
1.3. Localización geográfica o territorial:	Los 68 EPES están localizado en 23 de las 31 provincias dominicanas, en correspondencia con los Centros Tecnológicos Comunitarios Azua (6); Bahoruco (3); Dajabón (1); Duarte (2); Elías Piña (2); Espaillat (5); Hato Mayor (6); Hermanas Mirabal (1); Independencia (1); La Romana (1); La Vega (2); María Trinidad Sánchez (1); Monte Cristi (1); Monte Plata (5); Peravia (1); San Cristóbal (4); San Juan (8); El Seibo (4); San Pedro de Macorís (1); Santiago (5); Santiago Rodríguez (2); Santo Domingo (5); Valverde (1)).			
1.4. Institución(es) involucrada(s)	1	2		
Institución	DGCTC	MINERD		
Responsable (R) / Colaboradora (C)	R	C		
1.5. Financiación (totales y % 2013)	1	2	Total	
Monto	ND	ND	ND	
%				
1.6. Mecanismos de dirección y/o coordinación previstos:	Los Espacios de Esperanza cuentan con un doble criterio de focalización, uno geográfico (que consiste en la identificación de las comunidades vulnerables en las cuales abrir nuevos Centros Tecnológicos Comunitarios) y uno que toma en cuenta las vulnerabilidades de las familias de procedencia de los niños: las familias que se benefician de estos servicios de promoción social suelen ser socialmente marginadas y en condición de extrema pobreza; estando sus niños expuestos a diferentes tipos de riesgos (violencia, explotación, descuido, etc.).			
1.7. Participación de la sociedad civil en el diseño del programa:	El Programa se ha diseñado desde el Despacho de la Primera Dama con la colaboración del MINERD y del CONANI. La participación de la sociedad civil no se ha contemplado en el diseño del programa y hasta ahora no se ha involucrado en el diseño de estrategias; recién se han integrado en los consejos de centro representantes de la comunidad; siendo los Conejos de Centros los que			

FICHA 11 PROYECTO EDUCATIVO ESPACIOS DE ESPERANZA (CONTINUACIÓN)

	desde el principio, en colaboración con las autoridades locales, identifican los terrenos más adecuados en los cuales establecer los EPES, así como recursos humanos dentro de la comunidad para emplearlos en el Espacio de Esperanza. Los terrenos son generalmente donación de la comunidad. En el último año se han empezado a reforzar las alianzas con actores que en las comunidades de intervención trabajan en temas relacionados con la niñez (como Plan International y Visión Mundial) para el desarrollo de actividades específicas.			
1.8. Porcentaje sobre gasto social:	No disponible		1.9 Porcentaje sobre PIB:	No disponible

2. POBLACIÓN BENEFICIARIA

2.1. Criterios de focalización:	Los Espacios de Esperanza cuentan con un doble criterio de focalización, uno geográfico (que consiste en la identificación de las comunidades vulnerables en las cuales abrir nuevos Centros Tecnológicos Comunitarios) y uno que toma en cuenta las vulnerabilidades de las familias de proveniencia de los niños: las familias que se benefician de estos servicios de promoción social suelen ser socialmente marginadas y en condición de extrema pobreza; estando sus niños expuestos a diferentes tipos de riesgos (violencia, explotación, descuido, etc.).
2.2. Condicionalidad:	Se contempla la corresponsabilidad del 70% de asistencia; padres, madres y tutores son responsables de dar seguimiento al cumplimiento de la asistencia.
2.3. Personas que ingresan	Los niños que ingresan en los Espacios de Esperanza son de una edad incluida entre los 3 y 4 años (salen de ahí a la edad de 4 años y 9 meses). Según la literatura del programa, los niños de los EPES provienen de familias socialmente marginadas y en condición de extrema pobreza, privilegiándose a los niños expuestos a riesgo de ser lastimados, explotados, menospreciados, abusados y/o influenciados de forma negativa. Las familias que participan en EPES viven principalmente en las zonas rurales de la República Dominicana y se encuentran en un estado de fragilidad que compromete el desarrollo saludable de sus hijos e hijas. En la mayoría de los casos, los niños que asisten a los Espacios provienen de padres divorciados o parejas separadas, lo cual los obliga a vivir con solo uno de sus padres o un tutor. Muchos de ellos tienen necesidades de afecto y atención insatisfechas o mal suplidas. Según la informante clave, estos criterios generales son tomados como referencia por los equipos de trabajo de los diferentes EPES que, según los contextos específicos y las principales vulnerabilidades existentes, identifican los criterios de prioridad y elegibilidad. Mientras en el pasado un criterio de elegibilidad era ser beneficiarios del programa PROSOLI, desde el presente año se ha eliminado este criterio para que los EPES sean espacios más inclusivos y reciban a niños vulnerables que por alguna razón se hayan quedado afuera del programa PROSOLI. El proceso de inscripción se da en tres etapas: 1) dos semanas antes del inicio del año escolar se lanza la convocatoria para la preinscripción, promoviéndola a través de las radios comunitarias; 2) la semana anterior al inicio de clase se realiza la inscripción con la sistematización de los expedientes completos (que incluye, entre otros, cédula de padre y madre, ficha de vacunación, llenado de formulario con informaciones pertinentes).

2.3.1. Población atendida: registrados	Total	Niñas	Niños	2.3.1. Hogares atendidos por jefatura, absoluto y %	Jefatura femenina	Jefatura masculina
	2,275	1,233	1,129		N/D	N/D
	100%	52.2%	47.8%		N/D	N/D

FICHA 11 PROYECTO EDUCATIVO ESPACIOS DE ESPERANZA (CONTINUACIÓN)

2.4. Criterios de egreso:	Cuando tienen edad para entrar en la escuela formal 4 años 9 meses	2.5. Personas que finalizan el programa	Mujeres	Hombres
			N/D	N/D
2.6. Mecanismos de participación en el desarrollo y evaluación del programa:	Hasta el momento no se han contemplado mecanismos de evaluación del programa por parte de los participantes, en algunos EPES se han conformado espontáneamente unas especies de Asociaciones de Padres Madres y Amigos de la Escuela (APMAE), pero todavía no existen de manera formal. Se ha manifestado el interés en avanzar en este aspecto. Padres y madres de los niños que se benefician del proyecto educativo se convocan mensualmente para charlas sobre la estimulación temprana en la primera infancia, así como para hacer una evaluación de los avances realizados por cada niño.			

3. COMPONENTES EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN BENEFICIARIA

3.1. Estímulo a la demanda:

3.2.1. Transferencias monetarias

No aplica

j) Niñez		k) Población adulta en edad activa		l) Personas adultas mayores (de 65 y más) y personas con discapacidad	
H	M	H	M	H	M
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

3.2.2. Transferencias en especie

Oferta de desayuno escolar (en planificación)

a) Niñez		b) Población adulta en edad activa		c) Personas adultas mayores y personas con discapacidad	
H	M	H	M	H	M
X	X				

3.2.3. Programas de capacitación profesional

No aplica

a) Niñez		b) Población adulta en edad activa		c) Personas adultas mayores y personas con discapacidad	
H	M	H	M	H	M
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

3.2.4. Otros

a) Niñez		b) Población adulta en edad activa		c) Personas adultas mayores y personas con discapacidad	
H	M	H	M	H	M
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

FICHA 11 PROYECTO EDUCATIVO ESPACIOS DE ESPERANZA (CONTINUACIÓN)

2.4. Criterios de egreso:	Cuando tienen edad para entrar en la escuela formal 4 años 9 meses	**2.5. Personas que finalizan el programa**	Mujeres	Hombres
			N/D	N/D
2.6. Mecanismos de participación en el desarrollo y evaluación del programa:	Hasta el momento no se han contemplado mecanismos de evaluación del programa por parte de los participantes, en algunos EPES se han conformado espontáneamente unas especies de Asociaciones de Padres Madres y Amigos de la Escuela (APMAE), pero todavía no existen de manera formal. Se ha manifestado el interés en avanzar en este aspecto. Padres y madres de los niños que se benefician del proyecto educativo se convocan mensualmente para charlas sobre la estimulación temprana en la primera infancia, así como para hacer una evaluación de los avances realizados por cada niño.			

3. COMPONENTES EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN BENEFICIARIA

3.1. Estímulo a la demanda:

3.2.1. Transferencias monetarias

No aplica

j) Niñez		k) Población adulta en edad activa		l) Personas adultas mayores (de 65 y más) y personas con discapacidad	
H	M	H	M	H	M
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

3.2.2. Transferencias en especie

Oferta de desayuno escolar (en planificación)

a) Niñez		b) Población adulta en edad activa		c) Personas adultas mayores y personas con discapacidad	
H	M	H	M	H	M
X	X				

3.2.3. Programas de capacitación profesional

No aplica

a) Niñez		b) Población adulta en edad activa		c) Personas adultas mayores y personas con discapacidad	
H	M	H	M	H	M
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

3.2.4. Otros

a) Niñez		b) Población adulta en edad activa		c) Personas adultas mayores y personas con discapacidad	
H	M	H	M	H	M
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

FICHA 11 PROYECTO EDUCATIVO ESPACIOS DE ESPERANZA (CONTINUACIÓN)

3.1. Estímulo a la oferta: servicios esenciales

a) Centros de Salud	b) Paquetes básicos	c) Educación	d) Agua y saneamiento	e) Vivienda	f) Servicios de cuidado
		X			X

Observaciones en relación a los servicios esenciales:	Desde la dirección de los EPES se aclara que, más que servicios educativos o servicios de cuidado, se prefiere denominar estos servicios como de estimulación temprana. El programa que se desarrolla hace referencia al currículo educativo ministerial, pero hasta el momento no existe un currículo oficial para esta ventana de edades. Los EPES ofrecen dos tandas diarias de lunes a viernes, la matutina de 8 a.m. a 12 a.m. y la vespertina de 2 p.m. a 6 p.m. Entre las dos tandas, los 66 EPES distribuidos por toda la geografía nacional tienen una capacidad instalada para recibir alrededor de 2,700 niños (cada centro puede recibir 40 niños en dos tandas separadas, una matutina y la otra vespertina; un centro puede recibir solo 20 niños entre las dos tandas y 2 centros más grandes tienen una capacidad de hasta 60 niños). Sin embargo por su localización en comunidades muy deprimidas, los niños no logran llenar los cupos disponibles. Además de estos 66 centros que funcionaron cabalmente durante todo el año escolar 2013-2014, a mediados del 2014 se abrieron 2 EPES más que funcionaron algunas semanas (en Ramón Santana y La Ciénaga) y ya se tienen listos 9 centros nuevos (falta solo inaugurarlos). En los centros se ofrece estimulación temprana; a partir del año escolar 2014-2015 se va a empezar además con la oferta de los desayunos escolares por parte del INABIE (se contemplaba en el convenio ya desde el 2013-2014, pero todavía no se ha empezado). En términos de recursos humanos se cuentan 109 maestras: por cada tanda y por cada grupo de 20 niños hay una educadora y una ayudante, la mayoría son licenciadas en educación inicial, algunas en educación básica, tres en psicología. El personal participa en un proceso de capacitación e inducción para que se integren en su rol. El 100% del personal es de sexo femenino; hay resistencia por parte del mismo personal de los centros a la introducción de varones en este rol.

3.3 Coordinación, interrelación o dependencia de otros programas:

3.3.1. Ámbito local o comunitario	3.3.2. Ámbito regional o nacional	3.3.3. Ámbito internacional
Recién los EPES empezaron a coordinarse a nivel local con OSC que trabajan en temas de niñez y que tienen presencia en las comunidades donde hay EPES, como Children International, Visión Mundial y Plan International.	Hay una estrecha colaboración con los programas llevados a cabo por las direcciones regionales del MINERD, en el cual se involucra el personal del EPES.	N/D

FICHA 12 PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA SOCIAL Y PRODUCTIVA COMUNITARIA

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:	FONDO DE PROMOCIÓN A LAS INICIATIVAS COMUNITARIAS	SIGLAS:	PROCOMUNIDAD	NO. 12

1. IDENTIFICACIÓN

1.1. Nombre del programa:	Proyectos de Infraestructura Social y Productiva Comunitaria (En el 2014 esto solo incluye un proyecto de construcción de letrinas y otro de rehabilitación de canchas deportivas)
1.2. Objetivos:	Financiar proyectos que contribuyan a satisfacer necesidades básicas no atendidas de la población objetivo. Estimular y fortalecer las capacidades de auto-desarrollo de las comunidades pobres
1.3. Localización geográfica o territorial:	Trabajan a nivel nacional. Los proyectos ejecutados este año se localizan en La Peñuela (Cabral, Barahona).

1.4. Institución(es) involucrada(s)	1	2	3	4	
Institución	PROCOMUNIDAD				
Responsable (R) / Colaboradora (C)	R				
1.5. Financiación	1	2	3	4	Total
Instituciones	PROCOMUNIDAD				
Monto 2014	RD$ 1,528,070.31				RD$ 1,528,070.31
%	100%				100%

1.6. Mecanismos de dirección y/o coordinación previstos:	Los proyectos son preseleccionados por un equipo técnico que realiza la visita de prefactibilidad. Este equipo lo somete al Consejo Directivo de PROCOMUNIDAD, que autoriza su financiamiento. Una vez aprobado, el proyecto se adjudica a la empresa o persona encargada de su construcción, que debe estar registrada en el Banco de Proveedores de la institución. Un comité de adjudicación compuesto por cinco personas (el Director ejecutivo, el encargado de Acceso a la información, y un representante de los departamentos administrativo, financiero y de recursos humanos) escoge a la empresa o persona ejecutora, priorizando a aquellas más cercanas de la zona. Antes de entregar la obra a la comunidad, la Organización Responsable del Proyecto verifica, junto a un inspector de PROCOMUNIDAD, que esta ha sido correctamente finalizada y se encuentra en buenas condiciones.
1.7. Participación de la sociedad civil en el diseño del programa:	Para aprobar un proyecto, PROCOMUNIDAD debe recibir una solicitud de una organización de base comunitaria, acompañada por una cantidad significativa de firmas de la población local. Una vez se aprueba el proyecto, se escoge una Organización Responsable del Proyecto (ORP) local, que debe acompañar la formulación y ejecución de la obra y encargarse de su buen uso y mantenimiento cuando esta sea finalizada.

1.8. Porcentaje sobre gasto social:	0.001%	1.9 Porcentaje sobre PIB:	0.000%

2. POBLACIÓN BENEFICIARIA

2.1. Criterios de focalización:	La institución no realiza focalización como tal, más bien trabaja en función de las solicitudes recibidas por organizaciones comunitarias. Una vez recibida la solicitud de un proyecto, técnicos de PROCOMUNIDAD realizan una visita de pre-factibilidad para analizar la viabilidad técnica, económica y social del proyecto. En función de estos criterios escogen la comunidad a ser beneficiada. La institución prioriza comunidades donde otras instituciones gubernamentales tienen poca presencia.

FICHA 12 PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA SOCIAL Y PRODUCTIVA COMUNITARIA (CONTINUACIÓN)

2.2. Condicionalidad, en su caso:	Se solicita a la comunidad cooperar con la empresa contratista o ejecutora de la obra en lograr una construcción rápida y eficiente, así como cumplir con un Acta de Compromiso que se firma antes de iniciar los trabajos. En los proyectos relacionados con salud, educación u obras de uso público, se requiere que la comunidad se capacite en organización, administración y mantenimiento del proyecto.
2.3. Participación de la población beneficiaria en el programa: personas que ingresan	La institución no registra datos de las personas beneficiadas ya que considera sus proyectos como dirigidos a la comunidad, no a individuos particulares. De todas formas, el proyecto de sanidad ambiental ejecutado este año 2014 ha construido 50 letrinas para la sección de La Peñuela, distrito municipal de Cabral, provincia de Barahona.

2.3.1. Población atendida por sexo, absoluto y %	Total	Mujeres	Hombres
	Datos no disponibles		

2.3.1. Hogares atendidos por jefatura, absoluto y %	Jefatura femenina	Jefatura masculina
	No aplica	No aplica

2.4. Criterios de egreso:	No aplica

2.5. Personas que finalizan el programa:	Mujeres	Hombres
	No aplica	No aplica

2.6. Mecanismos de participación en el desarrollo y evaluación del programa:	La institución capacita a representantes de la comunidad donde se realiza la obra para que ejerzan una función de Contraloría Social, que definen como la participación organizada de la comunidad en la vigilancia de su proyecto. Igualmente, antes de un año de finalizada y entregada la obra, se realiza una reunión post-entrega con la Organización Responsable del Proyecto, en la cual se analiza el funcionamiento y mantenimiento de la obra y, si es necesario, se planifica cualquier capacitación adicional.

3. COMPONENTES EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN BENEFICIARIA

3.1. Estímulo a la demanda:

3.2.1. Transferencias monetarias

No aplica

a) Niñez		b) Población adulta		c) Vejez	
H	M	H	M	H	M
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

3.2.2. Transferencias en especie

No aplica.

a) Niñez		b) Población adulta		c) Vejez	
H	M	H	M	H	M
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

3.2.3. Programas de capacitación profesional

No aplica

H	M
No aplica	No aplica

FICHA 12 PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA SOCIAL Y PRODUCTIVA COMUNITARIA (CONTINUACIÓN)

3.1. Estímulo a la oferta: servicios esenciales

a) Centros de Salud	b) Paquetes básicos	c) Educación	d) Agua y saneamiento	e) Vivienda	f) Servicios de cuidado
X		X	X		

Observaciones en relación a los servicios esenciales:	Entre los proyectos de infraestructura social que realiza PROCOMUNIDAD se encuentran pequeñas escuelas (no mayores de 4 aulas), policlínicas rurales, saneamiento de cañadas, construcción de puentes, centros comunales, canchas, pequeños proyectos de electrificación rural, etc. Para este año 2014, sin embargo, solo tienen aprobada la ejecución de un proyecto de construcción de letrinas y uno de rehabilitación de canchas, ambos en Cabral, Barahona.

3.3 Coordinación, interrelación o dependencia de otros programas:

3.3.1. Ámbito local o comunitario	3.3.2. Ámbito regional o nacional	3.3.3. Ámbito internacional
Se coordina con una organización comunitaria designada como Organización Responsable del Proyecto (ORP), así como con los ayuntamientos municipales o de distritos.	Según el tipo de obra a construir, se coordina con los ministerios de Educación (en caso de escuelas) o Salud Púbica (en caso de policlínicas), o bien con la empresa distribuidora de electricidad (EDES) correspondiente, en caso de proyectos de electrificación rural.	En años anteriores se trabajó con cooperación internacional, pero ese esquema fue eliminado. Actualmente no se realizan proyectos en coordinación con instituciones internacionales.

FICHA 13 CAMBIO DE PISO DE TIERRA POR CEMENTO EN LA REGIÓN FRONTERIZA

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:	DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO FRONTERIZO	SIGLAS:	DGDF	NO. 13

1. IDENTIFICACIÓN				
1.1. Nombre del programa:	Cambio de piso de tierra por cemento en la región fronteriza			
1.2. Objetivos:	Contribuir a mejorar las condiciones de vida de familias de escasos recursos de la zona fronteriza dotándolas de unidades habitacionales habitables y dignas. Contribuir a reducir las enfermedades infecto-contagiosas y parasitarias de las familias, específicamente en niños y jóvenes.			
1.3. Localización geográfica o territorial:	Municipios de las 7 provincias fronterizas: Montecristi, Dajabón, Santiago Rodríguez, Elías Piña, Bahoruco, Independencia y Pedernales.			
1.4. Institución(es) involucrada(s)	1			
Institución	DGDF			
Responsable (R) / Colaboradora (C)	R			
1.5. Financiación	1			Total
Instituciones	DGDF			
Monto 2014	16,533,108.40			16,533,108.40
%	100%			100%
1.6. Mecanismos de dirección y/o coordinación previstos:	El departamento de Desarrollo Social y Comunitario de la DGDF levanta la información necesaria para identificar los hogares, a través de una encuesta de evaluación que es aplicada por la red de voluntariado que la institución tiene en las provincias fronterizas. Una vez seleccionados los hogares, el Departamento de Operaciones coordina con las oficinas locales de la DGDF, que a su vez coordinan con cualquier institución local que sea necesario, y elabora un contrato con el personal constructor. Por lo general se utilizan equipos de la propia institución.			
1.7. Participación de la sociedad civil en el diseño del programa:	No se contemplan mecanismos de participación de la sociedad civil en el diseño del programa.			
1.8. Porcentaje sobre gasto social:	0.016%	1.9 Porcentaje sobre PIB:	0.001%	

2. POBLACIÓN BENEFICIARIA	
2.1. Criterios de focalización:	Hay dos criterios de focalización: uno territorial (la DGDF trabaja exclusivamente en las ocho provincias de la región fronteriza) y uno individual (identificación de los grupos con mayores niveles de vulnerabilidad —personas adultas mayores, personas con discapacidad, personas menores de edad, mujeres madres solteras— a través de una encuesta a nivel comunitario).
2.2. Condicionalidad, en su caso:	Se solicita a las familias que deben pintar la casa una vez terminado el trabajo de cambio de pisos, para ello se les facilita la pintura; lo que corresponde más bien a una corresponsabilidad más que a una condicionalidad.
2.3. Participación de la población beneficiaria en el programa: personas que ingresan	El programa se focaliza en población vulnerable (envejecientes, personas con discapacidad, menores de edad, madres solteras, etc.). Para identificar a los beneficiarios la institución realiza una encuesta en las comunidades en que se realizará el programa.

FICHA 13 CAMBIO DE PISO DE TIERRA POR CEMENTO EN LA REGIÓN FRONTERIZA (CONTINUACIÓN)

2.3.1. Población atendida por sexo, absoluto y % 2014	Total	Mujeres	Hombres	2.3.1. Hogares atendidos por jefatura, absoluto y %	Jefatura femenina	Jefatura masculina
	5,382	Dato no disponible	Dato no disponible	897	Dato no disponible	Dato no disponible
2.4. Criterios de egreso:	No aplica			2.5. Personas que finalizan el programa:	Mujeres	Hombres
					No aplica	No aplica
2.6. Mecanismos de participación en el desarrollo y evaluación del programa:	Hay un equipo técnico que supervisa periódicamente las construcciones. También se utiliza como medio de verificación un registro fotográfico de los hogares trabajados antes y después del cambio de piso.					

3. COMPONENTES EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN BENEFICIARIA

3.1. Estímulo a la demanda:

3.2.1. Transferencias monetarias

No aplica

a) Niñez		b) Población adulta		c) Vejez	
H	M	H	M	H	M
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

3.2.2. Transferencias en especie

No aplica.

a) Niñez		b) Población adulta		c) Vejez	
H	M	H	M	H	M
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

3.2.3. Programas de capacitación profesional

No aplica

H	M	H	M	H	M
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

3.1. Estímulo a la oferta: servicios esenciales

a) Centros de Salud	b) Paquetes básicos	c) Educación	d) Agua y saneamiento	e) Vivienda	f) Servicios de cuidado
				X	
Observaciones en relación a los servicios esenciales:	Para 2014 el proyecto contempló la rehabilitación de 897 unidades habitacionales, específicamente la construcción de pisos de cementos en hogares que tenían piso de tierra, a fin de contribuir a reducir las enfermedades infectocontagiosas y parasitarias en sus habitantes.				

FICHA 13 CAMBIO DE PISO DE TIERRA POR CEMENTO EN LA REGIÓN FRONTERIZA (CONTINUACIÓN)

3.3 Coordinación, interrelación o dependencia de otros programas:

3.3.1. Ámbito local o comunitario	3.3.2. Ámbito regional o nacional	3.3.3. Ámbito internacional
Se coordina con las Gobernaciones provinciales y los Consejos de Desarrollo Municipal. La implementación de encuestas para la selección de hogares la realizan jóvenes de la Red de Voluntariado juvenil, creada por el Departamento Desarrollo Social y Comunitario de la DGDF.	No aplica	No aplica

FICHA 14 VER BIEN PARA APRENDER

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:	DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO FRONTERIZO	SIGLAS:	DGDF	NO. 14

1. IDENTIFICACIÓN

1.1. Nombre del programa:	Ver Bien para Aprender			
1.2. Objetivos:	Mejorar y corregir problemas visuales en niños, niñas y adolescentes de educación básica e intermedia en la región fronteriza y zonas de amortiguamiento.			
1.3. Localización geográfica o territorial:	El programa está contemplado para ejecutarse en 8 provincias de la zona fronteriza, pero de manera piloto ha empezado con operativos en San Juan de la Maguana, Montecristi y Santiago Rodríguez.			
1.4. Institución(es) involucrada(s)	1	2	3	
Institución	DGDF	INABIE/MINERD	Fundación Ramiro García	
Responsable (R) / Colaboradora (C)	R	R	R	
1.5. Financiación	1	2	3	Total
Instituciones	DGDF	INABIE/MINERD	Fundación Ramiro García	
Monto planificado para año escolar 2014-2014 (aproximados)	21,060,000	35,870,000	10,598,000	67,528,000
%	31	53	16	100%
1.6. Mecanismos de dirección y/o coordinación previstos:	El programa se realiza a partir de una alianza tripartita entre la DGDF, el Instituto Nacional de Bienestar Estudiantil (INABIE) del MINERD y la Fundación Ramiro García. La DGDF pone al servicio del programa sus clínicas móviles, el INABIE aporta los lentes correctivos, coordina con los operativos con las escuelas locales y se compromete a dar seguimiento a los estudiantes examinados. Por último, la Fundación Ramiro García es la que se encara de aporta los optómetras y profesionales de la vista que realizan los exámenes			
1.7. Participación de la sociedad civil en el diseño del programa:	Una de las tres instituciones ejecutoras, la Fundación Ramiro García, es una asociación sin fines de lucro de la sociedad civil. Más allá de su rol protagónico en el programa, no se contemplan mecanismos de participación de la sociedad civil.			
1.8. Porcentaje sobre gasto social:	0.016%	1.9 Porcentaje sobre PIB:	0.001%	

2. POBLACIÓN BENEFICIARIA

2.1. Criterios de focalización:	La focalización es territorial; la DGDF opera solo en las ocho provincias dominicanas del área fronteriza (Montecristi, Santiago Rodríguez, Valverde Mao, Dajabón, Elías Piña, San Juan de la Maguana, Bahoruco e Independencia).
2.2. Condicionalidad:	No hay
2.3. Participación de la población beneficiaria en el programa: personas que ingresan	Niños, niñas y adolescentes registrados en centros de educación básica y media de la zona fronteriza.

FICHA 14 VER BIEN PARA APRENDER (CONTINUACIÓN)

2.3.1. Población atendida por sexo, absoluto y % Año escolar 2013-2014	Total	Mujeres	Hombres	2.3.1. Hogares atendidos por jefatura, absoluto y %	Jefatura femenina	Jefatura masculina
	704					
Planificado para año escolar 2014-2015	171,350	Datos no disponibles	Datos no disponibles		No aplica	No aplica
2.4. Criterios de egreso:	No aplica			2.5. Personas que finalizan el programa:	Mujeres	Hombres
					No aplica	No aplica
2.6. Mecanismos de participación en el desarrollo y evaluación del programa:	No se contemplan.					

3. COMPONENTES EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN BENEFICIARIA

3.1. Estímulo a la demanda:

3.2.1. Transferencias monetarias

No aplica

a) Niñez		b) Población adulta		c) Vejez	
H	M	H	M	H	M
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

3.2.2. Transferencias en especie

Entrega de lentes correctivos a los niños que lo requieran.

a) Niñez		b) Población adulta		c) Vejez	
H	M	H	M	H	M
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

3.2.3. Programas de capacitación profesional

Se planea hacer 129 jornadas de capacitación a profesores para que realicen un «tamizaje» (la primera evaluación de la vista de los alumnos).

M	H
X	X

3.1. Estímulo a la oferta: servicios esenciales

a) Centros de Salud	b) Paquetes básicos	c) Educación	d) Agua y saneamiento	e) Vivienda	f) Servicios de cuidado

Observaciones en relación a los servicios esenciales:	El programa consiste en operativos con clínicas móviles para hacer exámenes oftalmológicos a los niños, niñas y adolescentes e identificar enfermedades de la vista. Incluye la donación de lentes correctivos y la realización de cirugías menores.

FICHA 14 VER BIEN PARA APRENDER (CONTINUACIÓN)

3.3 Coordinación, interrelación o dependencia de otros programas: no existe.

3.3.1. Ámbito local o comunitario	3.3.2. Ámbito regional o nacional	3.3.3. Ámbito internacional
El INABIE hace la coordinación con los centros educativos en los que serán realizados los operativos.	Se coordina entre las tres instituciones ejecutoras del programa: DGDF, INABIE y la Fundación Ramiro García.	No aplica

FICHA 15 PROGRAMA DE AYUDA DIGNA INMEDIATA (PADI)

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:	DIRECCIÓN GENERAL DE COMUNIDAD DIGNA	SIGLAS:	DGCD	NO. 15

1. IDENTIFICACIÓN

1.1. Nombre del programa:	Programa de Ayuda Digna Inmediata (PADI)	
1.2. Objetivos:	Mejorar las condiciones de vida de la población en situación de vulnerabilidad a través de la acción solidaria de personas, grupos e instituciones nacionales e internacionales.	
1.3. Localización geográfica o territorial:	Nacional	
1.4. Institución(es) involucrada(s)	1	
Institución	DGCD	
Responsable (R) / Colaboradora (C)	R	
1.5. Financiación	1	Total
Instituciones	DGCD	DGCD
Monto 2014	RD$ 19,000,000 [213]	RD$ 19,000,000
%	100%	100%
1.6. Mecanismos de dirección y/o coordinación previstos:	El PADI se coordina desde la DGCD, específicamente desde la Subdirección de Acción Solidaria, bajo la supervisión y autorización de la Dirección General. En la actualidad se está coordinando una revisión de los programas en colaboración con el Ministerio de Economía Planificación y Desarrollo (MEPyD).	
1.7. Participación de la sociedad civil en el diseño del programa:	Una de las metas del PADI es la construcción de una red solidaria de personas, grupos e instituciones, que dan apoyo a las labores de asistencia de la DGCD. Como parte de esta red se encuentran las «enlaces comunitarias», en su mayoría mujeres, que son líderes comunitarias locales, pertenecientes a organizaciones locales de base, que colaboran en la selección de beneficiarios y en la implementación del proyecto (algunas reciben pago por este trabajo, otras lo hacen de manera honorífica).	
1.8. Porcentaje sobre gasto social:	0.008%	1.9 Porcentaje sobre PIB: 0.001%

2. POBLACIÓN BENEFICIARIA

2.1. Criterios de focalización:	Se priorizan los siguientes grupos vulnerables: niños menores de 5 años, personas adultas mayores, mujeres jefas de hogares, personas con discapacidad, personas en edad activa desempleadas, personas con VIH y personas con adicciones. Se tiene pendiente trabajar en el futuro con el documento del SIUBEN, Índice Calidad de Vida. Estudio Socioeconómico de Hogares 2012, para escoger las áreas prioritarias por su condición de pobreza extrema o moderada.
2.2. Condicionalidad, en su caso:	No se aplican.
2.3. Participación de la población beneficiaria en el programa: personas que ingresan	Información no disponible.

[213] Este monto incluye tanto el PADI como el programa de proyectos de infraestructura de servicios básicos en comunidades pobres.

FICHA 15 PROGRAMA DE AYUDA DIGNA INMEDIATA (PADI) (CONTINUACIÓN)

2.3.1. Población atendida por sexo, absoluto y % 2013	Total	Mujeres	Hombres	2.3.1. Hogares atendidos por jefatura, absoluto y %	Jefatura femenina	Jefatura masculina
	No disponible	No disponible	No disponible	897	No disponible	No disponible
2.4. Criterios de egreso:	No aplica			2.5. Personas que finalizan el programa:	Mujeres	Hombres
					No aplica	No aplica
2.6. Mecanismos de participación en el desarrollo y evaluación del programa:	A nivel local hay promotores y enlaces que preparan informes relativos a las acciones que se realizan en sus áreas.					

3. COMPONENTES EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN BENEFICIARIA

3.1. Estímulo a la demanda:

3.2.1. Transferencias monetarias

a) Niñez		b) Población adulta		c) Vejez	
H	M	H	M	H	M
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

3.2.2. Transferencias en especie

El PADI contempla como uno de sus componentes la entrega de alimentos, equipos médicos, medicinas, servicios de ambulancias, tratamientos médicos, electrodomésticos y otros productos. Anteriormente la DGCD ejecutaba un programa de micro-negocios a través de cual financiaba medios de generación de ingresos, especialmente a mujeres (paleteras, cafeteras y triciclos para la venta ambulante), pero desde hace dos años este programa no se ejecuta por falta de fondos.

a) Niñez		b) Población adulta		c) Vejez	
H	M	H	M	H	M
X	X	X	X	X	X

3.2.3. Programas de capacitación profesional

H	M	H	M	H	M
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

3.1. Estímulo a la oferta: servicios esenciales

a) Centros de Salud	b) Paquetes básicos	c) Educación	d) Agua y saneamiento	e) Vivienda	f) Servicios de cuidado

Observaciones en relación a los servicios esenciales:	El PADI es un proyecto de asistencia a grupos vulnerables que contempla: 1. Asistencia, consistente en la entrega de alimentos, equipos básicos, electrodomésticos, canastas con productos, entre otros. 2. Apoyo para la generación de ingresos, consistente en la entrega de triciclos, paleteras y otros medios de generación de ingresos (al presente no se está implementando por falta de fondos). 3. Red solidaria, consistente en la creación de un espacio permanente de práctica solidaria de personas, instituciones y grupos para con aquellos segmentos tradicionalmente marginados de la sociedad.

FICHA 15 PROGRAMA DE AYUDA DIGNA INMEDIATA (PADI) (CONTINUACIÓN)

3.3 Coordinación, interrelación o dependencia de otros programas:

3.3.1. Ámbito local o comunitario	3.3.2. Ámbito regional o nacional	3.3.3. Ámbito internacional
Las personas enlace con las comunidades donde interviene la DGCD suelen ser representantes de organizaciones locales de base, como juntas de vecinos, asociaciones, iglesias, etc.		Como parte de la red de personas solidarias de la DGCD, se encuentran «enlaces» con las comunidades dominicanas en el extranjero, que contribuyen a identificar y canalizar donaciones para la institución.

FICHA 16 PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA COMUNITARIA

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:	DIRECCIÓN GENERAL DE COMUNIDAD DIGNA	SIGLAS:	DGCD	NO. 16

1. IDENTIFICACIÓN

1.1. Nombre del programa:	Proyectos de infraestructura comunitaria		
1.2. Objetivos:	Mejorar las condiciones de vida de la población en situación de vulnerabilidad cubriendo sus necesidades básicas.		
1.3. Localización geográfica o territorial:	Nacional		
1.4. Institución(es) involucrada(s)	1		
Institución	DGCD		
Responsable (R) / Colaboradora (C)	R		
1.5. Financiación	1		Total
Instituciones	DGCD		DGCD
Monto 2014	RD$ 19,000,000 [214]		RD$ 19,000,000
%	100%		100%
1.6. Mecanismos de dirección y/o coordinación previstos:	Los proyectos de infraestructura comunitaria se coordinan desde la DGCD, específicamente desde el Departamento de Infraestructura Comunitaria, bajo la supervisión y autorización de la Dirección General. En la actualidad se está coordinando una revisión de los programas en colaboración con el Ministerio de Economía Planificación y Desarrollo (MEPyD).		
1.7. Participación de la sociedad civil en el diseño del programa:	No hay mecanismos de participación de la sociedad civil. Sin embargo, desde el 2009 la DGCD ha venido trabajando en la construcción de una red solidaria de personas, grupos e instituciones, que dan apoyo a sus labores de asistencia. Como parte de esta red se encuentran las «enlaces comunitarias», en su mayoría mujeres, que son líderes comunitarias locales, pertenecientes a organizaciones locales de base, que colaboran en la selección de beneficiarios y en la implementación del proyecto (algunas reciben pago por este trabajo, otras lo hacen de manera honorífica).		
1.8. Porcentaje sobre gasto social:	Ver arriba	1.9 Porcentaje sobre PIB:	Ver arriba

2. POBLACIÓN BENEFICIARIA

2.1. Criterios de focalización:	Hasta el momento no se han utilizado criterios de focalización, solo se han identificado comunidades y familias en base a informaciones relativas a personas con necesidades básicas insatisfechas canalizadas por los enlaces territoriales. Se tiene pendiente trabajar en el futuro con el documento del SIUBEN, Índice Calidad de Vida. Estudio Socioeconómico de Hogares 2012, para escoger las áreas prioritarias por su condición de pobreza extrema o moderada.
2.2. Condicionalidad, en su caso:	No se aplican.

[214] Este monto incluye tanto los proyectos de infraestructura comunitaria, como el Programa de Ayuda Digna Inmediata (PADI).

FICHA 16 PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA COMUNITARIA (CONTINUACIÓN)

2.3. Participación de la población beneficiaria en el programa: personas que ingresan	Información no disponible.					
2.3.1. Población atendida por sexo, absoluto y % 2013 (aproximado)	Total	Mujeres	Hombres	2.3.1. Hogares atendidos por jefatura, absoluto y %	Jefatura femenina	Jefatura masculina
	440	Dato no disponible	Dato no disponible	88	60	28
					68%	32%
2.4. Criterios de egreso:	Al terminarse la obra física y, si pertinente, la capacitación sobre el uso adecuado.			2.5. Personas que finalizan el programa:	Mujeres	Hombres
					No aplica	No aplica
2.6. Mecanismos de participación en el desarrollo y evaluación del programa:	A nivel local hay promotores y enlaces que preparan informes (con pruebas de la implementación, como fotos) relativos a las acciones que se realizan en sus áreas.					

3. COMPONENTES EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN BENEFICIARIA

3.1. Estímulo a la demanda:

3.2.1. Transferencias monetarias

a) Niñez		b) Población adulta		c) Vejez	
H	M	H	M	H	M
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

3.2.2. Transferencias en especie

a) Niñez		b) Población adulta		c) Vejez	
H	M	H	M	H	M
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

3.2.3. Programas de capacitación profesional

H	M	H	M	H	M
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

3.1. Estímulo a la oferta: servicios esenciales

a) Centros de Salud	b) Paquetes básicos	c) Educación	d) Agua y saneamiento	e) Vivienda	f) Servicios de cuidado
			X	X	

FICHA 16 PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA COMUNITARIA (CONTINUACIÓN)

Observaciones en relación a los servicios esenciales:	Los proyectos de infraestructura buscan mejorar las condiciones de vida de la población en situación de vulnerabilidad. Los proyectos de infraestructura comunitaria vigentes son seis, y están dirigidos a responder a las necesidades de servicios esenciales de familias vulnerables a través de obras: como instalación de infraestructura básica para la disposición adecuada de excretas (baños para 500 familias entre el 2011 y el 2017; letrinas de foso doble construidas con ladrillos ecológicos para 2,000 familias; construcción de letrinas sencillas con ladrillos ecológicos para 5,000 familias); construcción de filtros de bio-arena para la potabilización del agua (1,000 familias entre el 2011 y 2017) construcción y rehabilitación de viviendas (en el periodo 2011-2017 se construirán 540 viviendas con ladrillos ecológicos y se rehabilitarán 1,000 viviendas ya sea en el techo de zinc, paredes de madera, pisos, puertas, ventanas y pintura).

3.3 Coordinación, interrelación o dependencia de otros programas:

3.3.1. Ámbito local o comunitario	3.3.2. Ámbito regional o nacional	3.3.3. Ámbito internacional
Se suele realizar acuerdos y coordinación con los ayuntamientos locales de las comunidades donde se realizan los proyectos de infraestructura.	Dependiendo el tipo de proyecto y su localización, la DGCD ha realizado acuerdos institucionales con distintas organizaciones, como el Instituto Agrario Dominicano (IAD) (para intervenciones en Asentamientos Agrarios), la Asociación Dominicana de Rehabilitación (para la entrega de equipos médicos), entre otras.	Como parte de la red de personas solidarias de la DGCD, se encuentran «enlaces» con las comunidades dominicanas en el extranjero, que contribuyen a identificar y canalizar donaciones para la institución.

FICHA 17 PROGRAMA DE APOYO AL SISTEMA NACIONAL DE EMPLEO (PASNE), TERCERA FASE DE JUVENTUD Y EMPLEO.

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:	MINISTERIO DE TRABAJO	SIGLAS:	MT	NO. 17

1. IDENTIFICACIÓN

1.1. Nombre del programa:	Programa de Apoyo al Sistema Nacional de Empleo (PASNE), tercera fase de Juventud y Empleo.					
1.2. Objetivos:	Mejorar la empleabilidad de la población joven de bajos ingresos en situación de riesgo social, a través de una capacitación laboral teórico-práctica en salas de clase y una primera experiencia laboral mediante pasantías en empresas, a fin de dotarla de habilidades, conocimientos y destrezas para la ejecución de un oficio y completar su formación educativa formal.					
1.3. Localización geográfica o territorial:	A nivel nacional.					
1.4. Institución(es) involucrada(s)	1	2	3	4	5	6
Institución	MT	IFOTEP	COS			
Responsable (R) / Colaboradora (C)	R	C				
1.5. Financiación	1	2	3	4		
Instituciones	BID	Gobierno Dominicano			Total	
Monto	US$ 20 millones (plurianual)	US$ 900,000			US$ 2.9 millones	
%	69	31			100%	
1.6. Mecanismos de dirección y/o coordinación previstos:	Comité Consultivo Interno conformado por MT, INFOTEP y la Dirección general de Empleo. Para el componente de Autoempleo hay un comité externo de coordinación entre el MT, MJ, PROCOMUNIDAD, INFOTEP y MEPYD.					
1.7. Participación de la sociedad civil en el diseño del programa:	La sociedad civil participa en la promoción del programa y en referir los jóvenes, lo que involucra a las juntas de vecinos y las Iglesias.					
1.8. Porcentaje sobre gasto social:	No disponible	1.9 Porcentaje sobre PIB:	No disponible			

2. POBLACIÓN BENEFICIARIA

2.1. Criterios de focalización:	Jóvenes de 18 a 29 años perteneciente a población pobre, que no están en el sistema educativo formal y no han concluido la educación secundaria, que estén en situación de desempleo, subempleo o inactividad y se hayan dirigido al Servicio Nacional de Empleo. Se priorizan mujeres jefas de hogar y madres solteras. Los programas son inclusivos permitiendo el acceso a personas con discapacidad, aunque no haya un enfoque específico en ese sentido.
2.2. Condicionalidad, en su caso:	No hay condiciones para la participación. Existe el criterio de que quien cumple con una asistencia del 80% en las capacitaciones tiene derecho a un certificado de aprobación; los que no asisten a por lo menos el 80% del curso reciben solo un certificado de participación.

FICHA 17 PROGRAMA DE APOYO AL SISTEMA NACIONAL DE EMPLEO (PASNE), TERCERA FASE DE JUVENTUD Y EMPLEO. (CONTINUACIÓN)

2.3. Participación de la población beneficiaria en el programa: personas que ingresan

Las personas que se benefician del programa son jóvenes entre los 18 a 29 años que cuentan con el siguiente perfil:

- no estar en el sistema educativo formal,
- no haber concluido la educación secundaria,
- pertenecer a la población pobre (zona de pobreza I y II),
- estar en situación de desempleo, subempleo o inactividad,
- haber llenado un formulario de solicitud, o Ficha de inscripción para postulantes, en el Sistema Nacional de Empleo (en una de las 17 Oficinas Técnicas de Empleo, OTE, en la Bolsa Electrónica de Empleo «empleateya.net» o a través de una de las ferias de empleo organizadas en ocasión de una demanda específica a nivel de provincias o empresas),
- aceptar el reglamento propuesto por el PASNE, que incluye la declaración de disponibilidad para cumplir con las exigencias del curso.

2.3.1. Población atendida por sexo, absoluto y %

Año	Total	Mujeres	Hombres
Desde 2003 al 2013	75,181.00	41,362	33,819
	100%	54.4%	45.5%

2.3.1. Hogares atendidos por jefatura, absoluto y %

Jefatura femenina	Jefatura masculina
No aplica	No aplica

2.4. Criterios de egreso: Al finalizar el proceso de capacitación y/o de pasantía, de duración variable según la modalidad.

2.5. Personas que finalizan el programa:

Total	Mujeres	Hombres
100%	54.4	45.5

2.6. Mecanismos de participación en el desarrollo y evaluación del programa:

Hay un seguimiento sistemático al programa realizado por la Unidad de Evaluación del Equipo Ejecutor y supervisado por los Bancos.

Las personas beneficiarias tienen la oportunidad de aportar en el proceso de evaluación del programa en ocasión de los encuentros de supervisión (tres supervisiones por INFOTEP y una por el MT).

3. COMPONENTES EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN BENEFICIARIA:
la mayoría de esta población tiene edades comprendidas entre 20 a 22 años y por lo general tienen entre el primero y segundo de bachillerato aprobado antes de abandonar sus estudios.

3.1. Estímulo a la demanda:

3.2.1. Transferencias monetarias

a) Niñez		b) Población adulta		c) Vejez	
H	M	H	M	H	M
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

3.2.2. Transferencias en especie

a) Niñez		b) Población adulta		c) Vejez	
H	M	H	M	H	M
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

FICHA 17 PROGRAMA DE APOYO AL SISTEMA NACIONAL DE EMPLEO (PASNE), TERCERA FASE DE JUVENTUD Y EMPLEO. (CONTINUACIÓN)

3.2.3. Programas de capacitación profesional

Hay diferentes modalidades de capacitación profesional que toman en cuenta el nivel de vulnerabilidad y de empleabilidad de cada candidato.

Según su nivel, los candidatos pueden acceder a:

- Modalidad 1: 150 horas de capacitación en Desarrollo de Competencias Básicas (DCB).
- Modalidad 2: 150 horas en DCB y 240 horas en Entrenamiento para la Inserción Laboral (EIL – capacitación en la empresa, corresponde a una pasantía).
- Modalidad 3: 150 horas en DCB, + 75 horas en formación teórico-técnica (TTP) y 240 horas en EIL.
- Modalidad 4: 240 horas en EIL.
- Modalidad 5: entrenamiento en autoempleo, de 250 horas.

A continuación los datos desagregados por sexo, no por módulo.

Año	Total	Mujeres	Hombres
2003	673	291	382
		43.2%	56.8%
2003 - 2004	5,757	3,124	2,633
		54.3%	45.7%
2004 - 2005	15,356	8,959	6,397
		58.3%	41.7%
2005 - 2006	5,623	3,440	2,183
		61.2%	38.8%
2008	6,232	3,815	2,417
		61.2%	38.8%
2009	12,102	6,293	5,809
		52.0%	48.0%
2010 MT	15,454	6,002	5,544
		52%	35.7%
2010 INFOTEP		2,220	1,780
		55.0%	45.0%
2011 - 2012 MT	11,431	4,238	3,910
		52.0%	48.0%
2011 - 2012 INFOTEP		1,526	1,757
		53.0%	47.0%
2012 - 2013	2,461	1,454	1,007
		59.1%	40.9%

FICHA 17 PROGRAMA DE APOYO AL SISTEMA NACIONAL DE EMPLEO (PASNE), TERCERA FASE DE JUVENTUD Y EMPLEO. (CONTINUACIÓN)

3.1. Estímulo a la oferta: servicios esenciales

a) Centros de Salud	b) Paquetes básicos	c) Educación	d) Agua y saneamiento	e) Vivienda	f) Servicios de cuidado
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

Observaciones en relación a los servicios esenciales:	Se cuenta con 17 Oficinas Territoriales de Empleo que ofrecen el Servicio de Empleo gratuito (de las cuales 4 son operadas por INFOTEP) y con más de 200 Centros Operativos del Sistema (reconocidos por INFOTEP) distribuidos a nivel nacional.

3.3 Coordinación, interrelación o dependencia de otros programas:

Hay una estrecha relación con el Servicio Nacional de Empleo (SENAE), con las Oficinas Territoriales de Empleo (OTE) y con el INFOTEP.

Se coordina también con el Ministerio de Educación (MINERD) para el retorno a la educación de los beneficiarios, específicamente con los programas de oferta educativa de Educación de Jóvenes y Adultos del MINERD: el programa de Educación Básica de Adultos (EBA) dirigido a adultos mayores de 14 años que no han terminado su formación básica y el programa PREPARA para que los jóvenes terminen su Educación Media (el Programa Prepara tiene dos modalidades: el modelo Regular de 4 años, dirigido a población a partir de los 18 años, y el modelo Acelerado, de dos años, dirigido a la población a partir de los 19 años de edad).

3.3.1. Ámbito local o comunitario	3.3.2. Ámbito regional o nacional	3.3.3. Ámbito internacional
En el ámbito local hay coordinación con las Oficinas Territoriales de Empleo y los Centros Operativos de Sistema COS. Las Juntas de Vecinos captan beneficiarios y los remiten al COS y las OTE.	A nivel nacional hay coordinación con el Servicio Nacional de Empleo y el INFOTEP.	El proyecto se financia con el BID y el Banco Mundial. Estos organismos dan seguimiento al monitoreo y la evaluación experimental de impacto.

FICHA 18 EMPLEABILIDAD JUVENIL EN ZONAS DESFAVORECIDAS EN REPÚBLICA DOMINICANA

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:	MINISTERIO DEL TRABAJO	SIGLAS:	MT	NO. 18

1. IDENTIFICACIÓN

1.1. Nombre del programa:	Empleabilidad juvenil en zonas desfavorecidas en República Dominicana (componente relativo al autoempleo del Programa de Apoyo para el Servicio Nacional de Empleo, PASNE)					
1.2. Objetivos:	Mejorar el desempeño laboral de jóvenes de zonas desfavorecidas con escasa experiencia de trabajo por medio de la capacitación en emprendimiento, dirigida a adquirir competencias básicas, conocimientos y destrezas para la ejecución de una función productiva por cuenta propia.					
1.3. Localización geográfica o territorial:	A nivel nacional: 10 provincias de 4 regiones.					
1.4. Institución(es) involucrada(s)	1	2	3	4	5	6
Institución	MT	IFOTEP	PROCOMUNIDAD	PROMIPYME	MJ	MEPyD
Responsable (R) / Colaboradora (C)	R	C	C	C	C	C
1.5. Financiación	1					
Instituciones	BID					
Monto 2012-2016	Ver ficha 17					
%	100%					
1.6. Mecanismos de dirección y/o coordinación previstos:	Comité interinstitucional, conformado por MT, INFOTEP, PROCOMUNIDAD, PROMIPYME, MJ y MEPyD con la coordinación realizada desde el MT. El Comité interinstitucional firmó dos convenios (en el 2008 y 2010) para la ejecución del programa con la asistencia técnica de la AGCI Chilena y de la GIZ Alemana y, respectivamente, con fondos BID y Banco Mundial.					
1.7. Participación de la sociedad civil en el diseño del programa:	No hay participación de la sociedad civil en el diseño del programa.					
1.8. Enfoque de género en el programa	En la selección de las personas candidatas se priorizan las mujeres jefas de hogar y madres solteras (58% participantes son mujeres), garantizando una equidad de género.					
1.9. Porcentaje sobre gasto social:	No pertinente	1.9 Porcentaje sobre PIB:	No pertinente			

2. POBLACIÓN BENEFICIARIA

2.1. Criterios de focalización:	Jóvenes de 18 a 29 años perteneciente a población pobre que no están en el sistema educativo formal (o que estudien de noche o fin de semana) y no han concluido la educación secundaria o que estén en situación de desempleo, subempleo o inactividad. Se priorizan mujeres jefas de hogar y madres solteras. Los programas son inclusivos permitiendo el acceso a personas con discapacidad, aunque no haya un enfoque específico en ese sentido.
2.2. Condicionalidad, en su caso:	Asistencia al 80% de las capacitaciones.

FICHA 18 EMPLEABILIDAD JUVENIL EN ZONAS DESFAVORECIDAS EN REPÚBLICA DOMINICANA (CONTINUACIÓN)

2.3. Participación de la población beneficiaria en el programa: personas que ingresan	Las personas que se benefician del programa son jóvenes de edad incluida entre los 18 y 29 años que cuentan con el siguiente perfil: - no estar en el sistema educativo formal (o bien estudiar en las noches o en los fines de semana), - no haber concluido la educación secundaria, - pertenecer a la población pobre, - estar en situación de desempleo, subempleo o inactividad, - haber realizado una capacitación para la adquisición de una competencia técnica, a la cual quieren dar seguimiento a través de un emprendimiento (autoempleo), - haber llenado el formulario de solicitud «Ficha de inscripción para postulantes», - aceptar el reglamento propuesto por el PASNE, que incluye la declaración de disponibilidad para cumplir con las exigencias del curso.

2.3.1. Población atendida por sexo, absoluto y %	Total	Mujeres	Hombres	2.3.1. Hogares atendidos por jefatura, absoluto y %	Jefatura femenina	Jefatura masculina
	945	548 [215]	396		No aplica	No aplica

2.4. Criterios de egreso:	2.5. Personas que finalizan el programa:	Total	Mujeres	Hombres
Al finalizar el proceso de cuatro fases que contempla: 1) selección, 2) formación, 3) financiación y 4) planes de negocio.		901		

2.6. Mecanismos de participación en el desarrollo y evaluación del programa	Hay un seguimiento sistemático al programa, realizado por el INFOTEP y el MT; las personas beneficiarias tienen la oportunidad de aportar en el proceso de evaluación del programa en ocasión de los encuentros de supervisión (tres intervenciones por INFOTEP una por el MT).

3. COMPONENTES EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN BENEFICIARIA

3.1. Estímulo a la demanda:

3.2.1. Transferencias monetarias

No aplica

a) Niñez		b) Población adulta		c) Vejez	
H	M	H	M	H	M
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

3.2.2. Transferencias en especie

No aplica

a) Niñez		b) Población adulta		c) Vejez	
H	M	H	M	H	M
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

[215] Es una estimación basada en información recibida en la entrevista a la persona clave según la cual el 58% de las personas que se capacitan son de sexo femenino.

FICHA 18 EMPLEABILIDAD JUVENIL EN ZONAS DESFAVORECIDAS EN REPÚBLICA DOMINICANA (CONTINUACIÓN)

3.2.3. Programas de capacitación profesional

Capacitación en emprendimiento dirigida a jóvenes dotados ya de una competencia técnica en la que quieren emprender con el fin de que egresen del curso con una visión emprendedora y un plan de negocio en las manos y puedan presentarlo a instituciones que otorgan créditos.

a) Niñez		b) Población adulta		c) Vejez	
		396	548 [216]		
		42%	58%		

3.1. Estímulo a la oferta: servicios esenciales

a) Centros de Salud	b) Paquetes básicos	c) Educación	d) Agua y saneamiento	e) Vivienda	f) Servicios de cuidado

Observaciones en relación a los servicios esenciales:	De la Red Nacional de Centros Operativos del Sistema (COS), que agrupa a los centros formativos acreditados por el INFOTEP, hay 54 COS distribuidos en 54 municipios entre los más vulnerables de las 4 regiones de República Dominicana que manejan la metodología de capacitación en emprendimiento. Son 56 las personas formadas como facilitadores en emprendimiento juvenil, a través del apoyo de la Cooperación técnica de Chile y Alemana. Estas capacidades se consideran instaladas y darán continuidad a esta metodología formativa.
3.3 Coordinación, interrelación o dependencia de otros programas:	Este programa se basó en una cooperación triangular, contando con el apoyo financiero del BID para la realización de los cursos dirigidos a jóvenes y la asistencia técnica de Chile y Alemania para la formación de personal formativo.

3.3.1. Ámbito local o comunitario	3.3.2. Ámbito regional o nacional	3.3.3. Ámbito internacional
Se está en fase de establecer acuerdos con los gobiernos locales para coordinaciones con los planes de desarrollo local (con los ayuntamientos y con los consejos municipales, a través del contacto con la Dirección General de Ordenamiento y Desarrollo Territorial y con FEDOMU)	Se están ampliando las alianzas con instituciones que otorgan préstamos, como ADOPEM. Ya existe acuerdo con PROMIPYME.	

[216] Es una estimación basada en el porcentaje que se recibió en la entrevista a la persona clave, según la cual de las personas que se capacitan el 58% son mujeres.

FICHA 19 FORMACIÓN PROFESIONAL A BENEFICIARIOS DE PROGRESANDO CON SOLIDARIDAD

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:	INSTITUTO NACIONAL DE FORMACIÓN TÉCNICO PROFESIONAL	SIGLAS:	INFOTEP	NO. 19

1. IDENTIFICACIÓN

1.1. Nombre del programa:	Formación Profesional a beneficiarios de Progresando con Solidaridad			
1.2. Objetivos:	Objetivo general: implementar una estrategia de formación y capacitación que permita a las personas con condiciones de vulnerabilidad mejorar su empleabilidad o su capacidad productiva para contribuir a elevar su nivel de vida. Objetivos específicos: - Diseñar una oferta de programas de capacitación dirigida a personas con bajos niveles de escolaridad para el desarrollo de habilidades productivas. - Ofertar programas de capacitación a la población vulnerable con la finalidad de formarlos en ocupaciones específicas para facilitar su acceso al mercado productivo.			
1.3. Localización geográfica o territorial:	A nivel nacional			
1.4. Institución(es) involucrada(s):	1	2	3	4
Institución	PROSOLI	INFOTEP		
Responsable (R) / Colaboradora (C)	R	C		
1.5. Financiación de las diferentes instituciones: (datos del 2013)	1	2	3	Total
Instituciones	PROSOLI	INFOTEP	–	–
Monto (RD$)		295,806,000.00		295,806,000.00
%	0%	100.0%		100.0%
1.6. Mecanismos de dirección y/o coordinación previstos:	Reuniones de coordinación y seguimiento realizadas con representantes de la Vicepresidencia de la República y representantes del INFOTEP.			
1.7. Participación de la sociedad civil en el diseño del programa:				

1.9. Porcentaje sobre gasto social:	0.13%	1.10 Porcentaje sobre PIB:	0.01%

2. POBLACIÓN BENEFICIARIA

2.1. Criterios de focalización:	Población en condiciones de vulnerabilidad, beneficiarios de la tarjeta Solidaridad.
2.2. Condicionalidad, en su caso:	No hay, pero se requiere el compromiso de participar en el 80% de las clases.
2.3. Participación de la población beneficiaria en el programa:	Participan en los cursos las personas que lo solicitan y que cuentan con un documento de identidad válido, priorizándose personas jóvenes beneficiarias de la tarjeta solidaridad. Según el tipo de curso pueden requerirse niveles de escolaridad específicos.

FICHA 19 FORMACIÓN PROFESIONAL A BENEFICIARIOS DE PROGRESANDO CON SOLIDARIDAD (CONTINUACIÓN)

2.3.1. Población atendida por sexo, absoluto y %	Total	Mujeres	Hombres	2.3.1. Hogares atendidos por jefatura, absoluto y %		Jefatura femenina	Jefatura masculina	Total
Absoluto	84,516	68,120	16,396	En general	Absoluto	N.D.	N.D.	N.D.
%	100	80.6	19.4		%	N.D.	N.D.	N.D.

2.4. Criterios de egreso:	2.5. Personas que finalizan el programa:	Mujeres	Hombres
80% Asistencia a horas de capacitación. Cumplir con objetivos descritos en los programas		N.D.	N.D.

2.6. Mecanismos de participación en el desarrollo y evaluación del programa:	Los participantes en los cursos, al final del recorrido formativo, tendrán que llenar un cuestionario de valoración sobre el servicio recibido. En otro orden, regularmente se aplican estudios de satisfacción de clientes. La participación no implica el respeto de alguna condicionalidad, pero sí un compromiso de atender al 80% de las clases.

3. COMPONENTES EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN BENEFICIARIA

3.1. Estímulo a la demanda:

3.2.1. Transferencias monetarias

No aplica

a) Niñez		b) Población adulta en edad activa		c) Personas adultas mayores (de 65 y más) y personas con discapacidad	
H	M	H	M	H	M
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

3.2.2. Transferencias en especie

No aplica

a) Niñez		b) Población adulta en edad activa		c) Personas adultas mayores y personas con discapacidad	
H	M	H	M	H	M
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

3.2.3. Programas de capacitación profesional

Oferta de programas de capacitación para personas con bajos niveles de escolaridad para el desarrollo de habilidades productivas.

a) Niñez		b) Población adulta en edad activa		c) Personas adultas mayores y personas con discapacidad	
H	M	H	M	H	M
n/a	n/a	X	X	X	X

3.1. Estímulo a la oferta: servicios esenciales

a) Centros de Salud	b) Paquetes básicos	c) Educación	d) Agua y saneamiento	e) Vivienda	f) Servicios de cuidado
		X			

FICHA 19 FORMACIÓN PROFESIONAL A BENEFICIARIOS DE PROGRESANDO CON SOLIDARIDAD (CONTINUACIÓN)

Observaciones en relación a los servicios esenciales:	Los cursos se otorgan en las instalaciones de los 34 Centros de Capacitación y Producción Progresando con Solidaridad y en 300 centros comunitarios habilitados en las áreas donde se implementa el programa PROSOLI. Las instalaciones son la contribución de la comunidad o de PROSOLI, mientras que INFOTEP aporta con materiales y personal que se ocupa de las facilitaciones.

3.3 Coordinación, interrelación o dependencia de otros programas:

3.3.1. Ámbito local o comunitario	3.3.2. Ámbito regional o nacional	3.3.3. Ámbito internacional
A nivel local y comunitario, se colabora con las organizaciones de base comunitaria pertenecientes a la Red de Apoyo al Programa Solidaridad. Las comunidades además ponen a disposición los centros comunitarios para el desarrollo de las capacitaciones.	N/A	N/A

FICHA 20 PROGRAMA VIVIR TRANQUILO

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:	INSTITUTO NACIONAL DE FORMACIÓN TÉCNICO PROFESIONAL	SIGLAS:	INFOTEP	NO. 20

1. IDENTIFICACIÓN

1.1. Nombre del programa:	Programa Vivir Tranquilo				
1.2. Objetivos:	Objetivo general: implementar una estrategia de formación y capacitación que permita a las personas integrar nuevos conocimientos y habilidades que le faciliten integrarse al mercado productivo y contribuir a reducir el nivel de delincuencia en el país. Objetivos específicos: - Implementar planes de capacitación dirigidos a personas residentes en sectores vulnerables para el desarrollo de habilidades productivas. - Capacitar a la población residente en sectores vulnerables a través de los diferentes programas de formación que oferta la institución.				
1.3. Localización geográfica o territorial:	Región Central, Norte y Este del país.				
1.4. Institución(es) involucrada(s):	1	2			
Institución	Ministerio de Interior y Policía	INFOTEP			
Responsable (R) / Colaboradora (C)	R	C			
1.5. Financiación de las diferentes instituciones: (datos del 2013)	1	2	3	4	Total
Instituciones	Ministerio de Interior y Policía	INFOTEP		–	–
Monto (RD$)		10,451,000.00			10,451,000.00
%	0.0%	100.0%			100.0%
1.6. Mecanismos de dirección y/o coordinación previstos:	Reuniones de coordinación con representantes del Ministerio de Interior y Policía, dirigentes comunitarios y representantes del INFOTEP, para la planificación y desarrollo de los planes de capacitación.				
1.7. Participación de la sociedad civil en el diseño del programa:					
1.9. Porcentaje sobre gasto social:	0.0%	1.10 Porcentaje sobre PIB:	0.0%		

2. POBLACIÓN BENEFICIARIA

2.1. Criterios de focalización:	Jóvenes y adultos residentes en los sectores en los que se implementa el programa Vivir Tranquilo del Ministerio de Interior y Policía.
2.2. Condicionalidad, en su caso:	Cumplir con los requisitos de edad y escolaridad establecidos en los programas de capacitación. Presentar documento de identidad
2.3. Participación de la población beneficiaria en el programa:	Información no disponible.

FICHA 20 PROGRAMA VIVIR TRANQUILO (CONTINUACIÓN)

2.3.1. Población atendida por sexo, absoluto y %	Total	Mujeres	Hombres	2.3.1. Hogares atendidos por jefatura, absoluto y %	Jefatura femenina	Jefatura masculina	Total
Absoluto	2,986	N/D	N/D	Absoluto	N/D	N/D	2,986
%	100	N/D	N/D	%	N/D	N/D	N/D

2.4. Criterios de egreso:	80% de asistencia a horas de capacitación. Cumplir con criterios de evaluación del programa.	2.5. Personas que finalizan el programa:	Mujeres	Hombres

2.6. Mecanismos de participación en el desarrollo y evaluación del programa:	Los participantes en los cursos, al final del recorrido formativo, tendrán que llenar un cuestionario de valoración sobre el servicio recibido. En otro orden, regularmente se aplican estudios de satisfacción de clientes. La participación no implica el respeto de una condicionalidad, pero sí un compromiso de atender al 80% de las clases.

3. COMPONENTES EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN BENEFICIARIA

3.1. Estímulo a la demanda:

3.2.1. Transferencias monetarias

No aplica

a) Niñez		b) Población adulta en edad activa		c) Personas adultas mayores (de 65 y más) y personas con discapacidad	
H	M	H	M	H	M
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

3.2.2. Transferencias en especie

No aplica

a) Niñez		b) Población adulta en edad activa		c) Personas adultas mayores y personas con discapacidad	
H	M	H	M	H	M
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

3.2.3. Programas de capacitación profesional

Programas de capacitación dirigidos a personas residentes en sectores vulnerables para el desarrollo de actividades productivas.

a) Niñez		b) Población adulta en edad activa		c) Personas adultas mayores y personas con discapacidad	
H	M	H	M	H	M
		X	X	X	X

3.1. Estímulo a la oferta: servicios esenciales

a) Centros de Salud	b) Paquetes básicos	c) Educación	d) Agua y saneamiento	e) Vivienda	f) Servicios de cuidado
		X			

FICHA 20 PROGRAMA VIVIR TRANQUILO (CONTINUACIÓN)

Observaciones en relación a los servicios esenciales:	

3.3 Coordinación, interrelación o dependencia de otros programas:

3.3.1. Ámbito local o comunitario	3.3.2. Ámbito regional o nacional	3.3.3. Ámbito internacional
Representantes del INFOTEP y de la Policía Nacional se coordinarán con las autoridades locales para la implementación del programa de capacitación.		

FICHA 21 CAPACITACIÓN PROFESIONAL A BENEFICIARIOS DEL PLAN NACIONAL DE ALFABETIZACIÓN QUISQUEYA APRENDE CONTIGO

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:	INSTITUTO NACIONAL DE FORMACIÓN TÉCNICO PROFESIONAL	SIGLAS:	INFOTEP	NO. 21

1. IDENTIFICACIÓN

1.1. Nombre del programa:	Capacitación Profesional a beneficiarios del Plan Nacional de Alfabetización Quisqueya Aprende Contigo				
1.2. Objetivos:	Objetivo general: implementar una estrategia de formación y capacitación que permita a las personas mejorar su empleabilidad o su capacidad productiva de manera de elevar el nivel de vida de la población en condiciones de desventaja. Objetivos específicos: - Diseñar una oferta de programas de capacitación dirigida a personas con bajos niveles de escolaridad para el desarrollo de habilidades productivas. - Capacitar a los egresados del Plan Nacional de Alfabetización en diferentes ocupaciones a través de los programas de formación diseñados para estos fines.				
1.3. Localización geográfica o territorial:	A nivel nacional				
1.4. Institución(es) involucrada(s):	1	2	3	4	5
Institución	INFOTEP	MINERD	DIGEPEP		
Responsable (R) / Colaboradora (C)	R	C	C		
1.5. Financiación de las diferentes instituciones: (datos del 2013)	1	2	3	4	Total
Instituciones	INFOTEP	MINERD	DIGEPEP	–	
Monto (RD$)	33,596,500.00	–			33,596,500.00
%	0%	0.0%			100.0%
1.6. Mecanismos de dirección y/o coordinación previstos:	Junta Nacional de Alfabetización, integrada por las diferentes instituciones involucradas en el desarrollo del Programa.				
1.7. Participación de la sociedad civil en el diseño del programa:	Labores de coordinación para el desarrollo de los programas de capacitación realizadas con las autoridades provinciales y municipales a nivel nacional.				
1.9. Porcentaje sobre gasto social:	0.01%	1.10 Porcentaje sobre PIB:	0.0%		

2. POBLACIÓN BENEFICIARIA

2.1. Criterios de focalización:	Dirigido a los egresados del Plan Nacional de Alfabetización Quisqueya Aprende Contigo.
2.2. Condicionalidad, en su caso:	No hay, pero se requiere un compromiso en participar en el 80% de las clases.
2.3. Participación de la población beneficiaria en el programa:	Podrán beneficiarse las personas egresadas de los cursos de alfabetización del Plan Nacional de Alfabetización Quisqueya Aprende Contigo, que cuenten con el certificado que las acrediten como egresadas del Plan y que cuenten además con documento de identidad válido.

FICHA 21 CAPACITACIÓN PROFESIONAL A BENEFICIARIOS DEL PLAN NACIONAL DE ALFABETIZACIÓN QUISQUEYA APRENDE CONTIGO (CONTINUACIÓN)

2.3.1. Población atendida por sexo, absoluto y %	Total	Mujeres	Hombres	2.3.1. Hogares atendidos por jefatura, absoluto y %		Jefatura femenina	Jefatura masculina	Total
Absoluto	9,599	7,801	1,798	En General	Absoluto			
%	100	83.3	18.7		%			

2.4. Criterios de egreso:	2.5. Personas que finalizan el programa:	Mujeres	Hombres
80% de asistencia a las horas de clases del programa.		7,121	1,494

2.6. Mecanismos de participación en el desarrollo y evaluación del programa:	Los/las participantes en los cursos, al final del recorrido formativo, tendrán que llenar un cuestionario de valoración sobre el servicio recibido. En otro orden, regularmente se aplican estudios de satisfacción de clientes. La participación no implica el respeto de Condicionalidad, pero sí un compromiso de atender al 80% de las clases.

3. COMPONENTES EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN BENEFICIARIA

3.1. Estímulo a la demanda:

3.2.1. Transferencias monetarias

No aplica

a) Niñez		b) Población adulta en edad activa		c) Personas adultas mayores (de 65 y más) y personas con discapacidad	
H	M	H	M	H	M
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

3.2.2. Transferencias en especie

No aplica

a) Niñez		b) Población adulta en edad activa		c) Personas adultas mayores y personas con discapacidad	
H	M	H	M	H	M
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

3.2.3. Programas de capacitación profesional

Programas de capacitación dirigidos a personas con bajos niveles de escolaridad para el desarrollo de habilidades productivas.

a) Niñez		b) Población adulta en edad activa		c) Personas adultas mayores y personas con discapacidad	
H	M	H	M	H	M
		X	X	X	X

3.1. Estímulo a la oferta: servicios esenciales

a) Centros de Salud	b) Paquetes básicos	c) Educación	d) Agua y saneamiento	e) Vivienda	f) Servicios de cuidado
		X			

FICHA 21 CAPACITACIÓN PROFESIONAL A BENEFICIARIOS DEL PLAN NACIONAL DE ALFABETIZACIÓN QUISQUEYA APRENDE CONTIGO (CONTINUACIÓN)

Observaciones en relación a los servicios esenciales:	

3.3 Coordinación, interrelación o dependencia de otros programas:

3.3.1. Ámbito local o comunitario	3.3.2. Ámbito regional o nacional	3.3.3. Ámbito internacional
Para la implementación de las capacitaciones habrá una coordinación con las autoridades locales a nivel provincial y municipal.	El programa se coordina a nivel nacional con el Programa de Alfabetización de la DIGEPEP y de las demás instituciones involucradas (CONAPE, CONADIS, etc.)	N/A

FICHA 22 PLAN NACIONAL DE ALFABETIZACIÓN QUISQUEYA APRENDE CONTIGO

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:	DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS ESPECIALES DE LA PRESIDENCIA	SIGLAS:	INFOTEP	NO. 22

1. IDENTIFICACIÓN

1.1. Nombre del programa:	Plan Nacional de Alfabetización Quisqueya Aprende Contigo	Siglas	PQAC

1.2. Objetivos:

Objetivo general:

reducir el índice de analfabetismo en las personas jóvenes y adultas de 15 años y más mediante la movilización amplia de la sociedad, a través de acciones de alfabetización desarrolladas en espacios denominados «Núcleos de Aprendizajes», propiciando la continuidad en la educación básica, elevando la capacitación laboral y la organización y participación social con miras a construir una sociedad que supere los niveles de exclusión existentes y contribuir a elevar la calidad de vida y la equidad social.

Objetivos específicos:

a) Lograr la alfabetización de las personas jóvenes y adultas (15 años y más) en todo el país.

b) Propiciar que las personas jóvenes y adultas (15 años y más) alfabetizadas continúen sus estudios de educación básica.

c) Ampliar oportunidades para que las personas jóvenes y adultas (15 años y más) alfabetizadas mejoren sus competencias productivas.

d) Fomentar el emprendimiento y la economía solidaria en las personas jóvenes y adultas alfabetizadas (15 años y más).

e) Fortalecer la capacidad de organización y la participación social.

1.3. Localización geográfica o territorial: Todo el territorio de la República Dominicana

1.4. Institución(es) involucrada(s):	1	2	3	4	
Institución	Presidencia	DIGEPEP	MINERD	MESCYT	
Responsable (R) / Colaboradora (C)	R	C	C	C	
1.5. Financiación de las diferentes instituciones: (datos del 2013)	1	2	3	4	Total
Instituciones	MINERD	–	–	–	
Monto (RD$)	1,939,701,705				1,939,701,705
%	100.0%				100.0%

1.6. Mecanismos de dirección y/o coordinación previstos:

Se han previsto dos dimensiones en la estructura funcional del plan:

c) Una estructura organizativa (que expresa cómo se articula el voluntariado que apoya el plan):

- Una Junta Nacional de Alfabetización.
- 31 Juntas Provinciales de Alfabetización y una Junta de Alfabetización en el Distrito Nacional.
- 155 Juntas Municipales de Alfabetización.
- 66 Juntas de Alfabetización de Distritos Municipales.
- Organizaciones colaboradoras.
- Núcleos de Aprendizajes.

FICHA 22 PLAN NACIONAL DE ALFABETIZACIÓN QUISQUEYA APRENDE CONTIGO (CONTINUACIÓN)

	d) Una estructura operativa (que refleja cómo se organiza el personal que trabaja a tiempo completo para dirigir y apoyar la ejecución del plan): • Equipo técnico nacional. • Coordinadores provinciales. • Coordinadores municipales. • Animadores de Núcleos de Aprendizajes.
1.7. Participación de la sociedad civil en el diseño del programa:	La sociedad civil participa en cada una de las instancias que conforman la estructura organizativa, mediante representantes de los diversos sectores. Además, todas las organizaciones de la sociedad civil que funcionan en cada municipio participan en el PQAC, a través de su propio proyecto de alfabetización, mediante el cual organiza y ejecuta acciones de alfabetización a través de Núcleos de Aprendizajes.

1.9. Porcentaje sobre gasto social:	0.83%	1.10 Porcentaje sobre PIB:	0.07%

2. POBLACIÓN BENEFICIARIA

2.1. Criterios de focalización:	Personas de 15 años y más en condición de analfabetismo
2.2. Condicionalidad, en su caso:	En el caso de personas extranjeras, se requiere que sepan hablar en español. No se requiere que posean documentación.
2.3. Participación de la población beneficiaria en el programa:	Personas de 15 años y más en condición de analfabetismo.

2.3.1. Población atendida por sexo (corte: julio del 2014)	Total	Mujeres	Hombres	2.3.1. Hogares atendidos por jefatura, absoluto y %	Jefatura femenina	Jefatura masculina	Total
Valor absoluto alfabetizados	626,333	382,063	244,270	Valor absoluto	N/A	N/A	N/A
%	100	61	39	%			

2.4. Criterios de egreso:	Porcentaje de asistencia mínimo: 60% Nivel de avance mínimo: Unidad 5.	2.5. Personas que finalizan el programa:	Mujeres: 61% Hombres: 39%
2.6. Mecanismos de participación en el desarrollo y evaluación del programa:	No se han levantado informaciones al respecto.		

3. COMPONENTES EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN BENEFICIARIA

3.1. Estímulo a la demanda:

3.2.1. Transferencias monetarias

No aplica

a) Niñez		b) Población adulta en edad activa		c) Personas adultas mayores (de 65 y más) y personas con discapacidad	
H	M	H	M	H	M
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

FICHA 22 PLAN NACIONAL DE ALFABETIZACIÓN QUISQUEYA APRENDE CONTIGO (CONTINUACIÓN)

3.2.2. Transferencias en especie

No aplica

a) Niñez		b) Población adulta en edad activa		c) Personas adultas mayores y personas con discapacidad	
H	M	H	M	H	M
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

3.2.3. Programas de capacitación profesional

Programas de alfabetización.

a) Niñez		b) Población adulta en edad activa		c) Personas adultas mayores y personas con discapacidad	
H	M	H	M	H	M
		X	X	X	X

3.2.4. Otros

No aplica

3.1. Estímulo a la oferta: servicios esenciales

a) Centros de Salud	b) Paquetes básicos	c) Educación	d) Agua y saneamiento	e) Vivienda	f) Servicios de cuidado	g) Otros
		X				

Observaciones en relación a los servicios esenciales:

Se ofrece alfabetización a todas las personas de 15 años y más que están en condición de analfabetismo.

Se incluyen a todas las personas que estando en el país y hablando el español necesiten alfabetizarse.

Se atienden necesidades especiales como las de las personas con discapacidad y las personas privadas de libertad.

Además de la alfabetización se promueve la continuidad educativa, la formación técnico laboral y el emprendimiento individual o colectivo de las personas alfabetizadas, así como se fomenta su organización y participación social en las organizaciones de sus comunidades.

De enero del 2013 a julio del 2014, el personal que ha participado en los Núcleos de Aprendizaje ha sido prevalentemente femenino, tanto en términos de personas dedicadas a alfabetizar y a la animación, así como en términos de personas inscritas y certificadas:

Descripción	Mujeres (%)	Hombres (%)	Total
Alfabetizadores	83	17	100.00%
Animadores	71	29	100.00%

FICHA 22 PLAN NACIONAL DE ALFABETIZACIÓN QUISQUEYA APRENDE CONTIGO (CONTINUACIÓN)

3.3 Coordinación, interrelación o dependencia de otros programas:

3.3.1. Ámbito local o comunitario	3.3.2. Ámbito regional o nacional	3.3.3. Ámbito internacional
Se coordina con las diferentes OBC que hay a nivel territorial.	El PLAN QAC se coordina con diferentes programas a nivel nacional, entre otros se destacan: el programa del INFOTEP de capacitación profesional para las personas alfabetizadas; el CONAPE que apoya con el programa Alfabetizando al Adulto Mayor Calle por Calle y con el CONADIS para las personas con discapacidad, asociando también actividades dirigidas a orientar la población adulta mayor sobre la equidad de género, en base a un acuerdo estipulado con el Ministerio de la Mujer.	N/A

BIBLIOGRAFÍA

Alcántara Zapata, Elsa (2014). Equidad de género en la aplicación de la Ley de Función Pública No. 41-08. Participación Ciudadana. Santo Domingo.

Banco Central (2011). La canasta familiar y el bienestar de la población dominicana. Santo Domingo.

____. (2014). Encuesta Nacional de la Fuerza Trabajo (ENFT) 2004-2013, República Dominicana. Santo Domingo.

____. (2014b). «Población de 10 años y más por condición de actividad según género y rama de actividad económica, octubre 2013». Estadísticas, Mercado de Trabajo. Santo Domingo.

Banco Mundial (2014). Cuando la prosperidad no es compartida, Los vínculos débiles entre el crecimiento y la equidad en la república dominicana. Síntesis. Banco Mundial-LAC. Washington, EE.UU.

____. (2014b). «Gastos de salud desembolsados por el paciente (% del gasto privado en salud)». Disponible en: http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.OOPC.ZS/countries (Consultado el 14 de mayo de 2014).

Batista, Lisania (2013). «Fortalecimiento atención primaria aún está por verse. Se precisa fortalecer y aumentar Unidades de Atención Primaria en Salud (UNAP)». Diario Libre, 3 abril de 2013. Santo Domingo.

Castellano, Pedro Luís; Lizardo, Jeffrey; Matías, Bernardo; Morales, Luis; Chupani, Chanel Rosa; Suárez, Rosa María (2009). «El Nuevo Modelo del Sistema de Salud: Inicios, Rutas y Dificultades». Foro Políticas Sociales y Bienestar Número 7. PUCMM, Friederich Ebert Stiftung. Santo Domingo.

CEG-INTEC (2010). Diagnóstico situacional de brechas de género en cuatro hospitales. UNFPA e Instituto Tecnológico de Santo Domingo, Centro de Estudios de Género. Santo Domingo.

____. (2012). Situación de las mujeres en la República Dominicana, 2011. Instituto Tecnológico de Santo Domingo, Centro de Estudios de Género. Santo Domingo.

____. (2013). Seguridad social y trabajo doméstico en la República Dominicana. Instituto Tecnológico de Santo Domingo, Centro de Estudios de Género (estudio inédito).

Centro de Estudios Sociales P. Montalvo (2008). Observatorio de Políticas Sociales. «A pocos metros del metro». Santo Domingo.

CEPAL (2003). Las personas mayores en América Latina y el Caribe: diagnóstico sobre la situación y las políticas. Síntesis (LC/L.1973), Santiago de Chile.

____. (2010). La hora de la igualdad. Brechas por cerrar, caminos por abrir. Trigésimo tercer periodo de sesiones de la CEPAL. Brasilia 30 de junio de 2010, Santiago de Chile.

____. (2011). Programas de transferencias condicionadas de ingreso e igualdad de género ¿Por dónde anda América Latina?

____. (2012). Panorama Social de América Latina 2012. Naciones Unidas.

____. (2012b). República Dominicana. Estimaciones y proyecciones de la población a largo plazo, 1950-2100. Revisión 2012, Santiago de Chile.

CESDEM (2008). Encuesta demográfica y de salud República Dominicana, ENDESA-2007. Centro de Estudios Sociales y Demográficos. Santo Domingo.

CESDEM y MPS (2013) Encuesta demográfica y de salud 2013. Informe preliminar. Centro de Estudios Sociales y Demográficos. Ministerio de Salud Pública. Santo Domingo.

Chackiel, J. et al. (1997). Demografía I. Programa Latinoamericano de Actividades en Población (PROLAP). México.

CNSS (2009). Procedimiento para el inicio gradual de los servicios de Estancias Infantiles del Seguro Familiar de Salud del régimen contributivo. Aprobado mediante Resolución del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) No. 211-03 del 25 de junio del 2009.

____. (2013). Informe mensual Sistema Dominicano de Seguridad Social. Abril 2013. Consejo Nacional de Seguridad Social (en línea) Disponible en: http://www.cnss.gob.do/app/do/estadisticas.aspx?y=2935 (Consultado el 15 de mayo de 2014).

____. (2013b). Memoria Anual 2013. Consejo Nacional de Seguridad Social.

____. (2014). Informe Mensual Sistema Dominicano De Seguridad Social (SDSS), Enero 2014. Consejo Nacional de Seguridad Social.

CONAPOFA (2007). Calidad de la atención del embarazo, parto y puerperio. Consejo Nacional de Población y Familia. Santo Domingo.

CONDEI (2012). «Normativas Generales de las Estancias Infantiles para la habilitación y regulación de los servicios de Estancias Infantiles dentro del Sistema Dominicano de Seguridad Social». Serie Regulaciones del CONDEI No.2 2012. Santo Domingo.

Espinoza, Malva (2003). Trabajo decente y protección social. Oficina Internacional del Trabajo (OIT) y Central Unitaria de Trabajadores de Chile. Santiago de Chile.

Espring-Andersen, Gosta (1999). Fundamentos sociales de las economías postindustriales. Ariel. Barcelona,

Fundación Plenitud (2009). Crisis económica financiera global y el impacto sobre los programas y servicios de VIH sida: el caso dominicano. Santo Domingo.

García Domínguez, M. (2012). Situación laboral de las mujeres en República Dominicana. Oficina Nacional de Estadística. Santo Domingo.

GCPS (s. f.). Construyendo el Sistema de Protección Social (borrador). Documento inédito.

____. (s. f. b). Manual operativo del Programa Progresando con Solidaridad.

GCPS y PNUD (2012). Diagnóstico de brechas de género en el Programa Solidaridad. (Propuesta para la transversalidad de género). Informe Final. Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Santo Domingo.

González Alemán, Joaquín (2014). El enfoque del ciclo de vida en la protección social y aprendizajes para garantizarla en la niñez. Ponencia en el Foro Perspectivas de la Protección Social en América Latina organizado por la Vicepresidencia de la República Dominicana y la Secretaría de la Integración Social Centroamericana (SISCA). Santo Domingo, 18 de junio del 2014.

Guzmán R. y Cruz C. (2010). Estudio, Salario y seguridad social en el tránsito de la crisis a la recuperación. Octubre 2010. Observatorio del Mercado Laboral (OMLAD), Ministerio del Trabajo. Santo Domingo.

Guzmán Rolando y Cruz Consuelo (2009). Niños, niñas y adolescentes fuera del sistema educativo en República Dominicana. Documento elaborado a solicitud de Foro Socioeducativo. Octubre 2009. http://www.bancentral.gov.do/calendario_publicacion/mercado_trabajo/ (Consultado el 18 de mayo del 2014).

http://www.bancentral.gov.do/estadisticas_economicas/mercado_trabajo/ (Consultado el 14 de mayo del 2014).

http://www.diariolibre.com/noticias/2013/04/03/i377655_fortalecimiento-atencin-primaria-est-por-verse.html (Consultado el 14 de mayo del 2014).

Hein Catherine y Cassirer Naomi (2010) Soluciones para el cuidado infantil en el lugar de trabajo. Ministerio del Trabajo de España. Madrid.

Ibarrarán, Pablo; Ripani, Laura; Villa, Juan Miguel; García, Brigida (2012). Life Skills, Employability and Training for Disadvantaged Youth: Evidence from a Randomized Evaluation Design. Discussion Paper No. 6617 (Draft), junio 2012, Bonn.

INFOTEP (2010). Informaciones básicas de los cursos. Informe de demanda de formación profesional y su comportamiento por regional. Santo Domingo.

____. (2014a). Participación de las mujeres en la Formación Técnica Profesional (FTP). Progresos en la aplicación de la esfera «educación y capacitación de la mujer», Cumplimiento de las metas Beijing. Mayo 2014.

____. (2014b). Oferta formativa sectores vulnerables. Gerencia de normas y desarrollo docente departamento de desarrollo y vinculación curricular. Santo Domingo.

INFOTEP y DIGEPEP (2013). Oferta formativa para egresados del programa de alfabetización. Gerencia de normas y desarrollo docente departamento de desarrollo y vinculación curricular. Santo Domingo, 1 de agosto del 2013.

Inter-American Development Bank - IADB (2006). Labor Training and Modernization Project (DR0134). Ex-Post Project Evaluation Report (Draft.). Office of Evaluation and Oversight, OVE IADB. Washington, D.C.

Jaramillo Baanante, Miguel (2014). Mercado laboral, protección social y generación de capacidades en América Latina. Foro Perspectivas de la protección social en América latina, junio 2014. Santo Domingo.

Lamaute-Brisson, Nathalie (2013). «Redistribuir el cuidado: para un nexo de políticas públicas». En CEPAL (2013) Redistribuir el Cuidado. El desafío de las Políticas. Pp. 69-118.

____. (2013). «Redistribuir el cuidado: para un nexo de políticas públicas». En CEPAL (2013) Redistribuir el cuidado. El desafío de las políticas. Pp. 69-118.

Matías, Bernardo (2013). El pecado original del Sistema Dominicano de Seguridad Social en Salud. Santo Domingo.

Martínez, Rodrigo y Fernández, Andrés (2010). Impacto social y económico del analfabetismo: modelo de análisis y estudio piloto. CEPAL, Colección Documentos de proyectos. Santiago de Chile.

Mejía Santana, Julio y Ciriaco Cruz, Antonio (2013). Barómetro del mercado de trabajo Nº 1. Una publicación del Observatorio del Mercado de Trabajo y del Crecimiento Económico. Universidad Autónoma de Santo Domingo.

MEPYD (2012). Sistema de indicadores sociales de República Dominicana (SISDOM). Vol. II. Serie de datos por áreas temáticas. Disponible en: http://economia.gob.do/mepyd/sisdom/ (Consultado el 15 de mayo del 2014).

Mesa Lago, Carmelo (2009). «El sistema de salud como amortiguador de los efectos de la crisis en América Latina: el caso de República Dominicana». Ponencia SENASA/FUNGLODE, Santo Domingo.

Ministerio de la Mujer (2014). Informe de la República Dominicana sobre la aplicación de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (1995) y los resultados del vigésimo tercer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General (2000) en el contexto del 20º aniversario de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer y la aprobación de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing 2015. 1º de mayo del 2014, disponible en: http://www.eclac.cl/mujer/noticias/paginas/3/51823/Informe_Republica_Dominicana_Beijing_20.pdf (Consultado el 15 de junio del 2014).

Ministerio de Salud Pública (2010). Normas nacionales para la atención integral de adolescentes. Santo Domingo.

Ministerio de Salud Pública - Oficina de Equidad de Género y Desarrollo (2011) Plan estratégico nacional de transversalización de género en el Sector Salud 2012-2017. Santo Domingo.

MMUJER (2012). Mujer dominicana en cifras 2000-2012. Ministerio de la Mujer de la República Dominicana.

Moliné, Alejandro (2009). Diagnóstico del Sistema Dominicano de la Seguridad Social. Organización Internacional del Trabajo.

ODH (2010). Política social: capacidades y derechos. Volumen II. Empleo/seguridad social y asistencia social/asentamientos humanos. Oficina de Desarrollo Humano, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Santo Domingo.

____. (2010b) Política Social: capacidades y derechos. Volumen III. Análisis y propuestas de políticas sociales en República Dominicana. Oficina de Desarrollo Humano, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Santo Domingo.

OIT (2009). The Informal Economy in Africa: Promoting Transition to Formality – Challenges and Strategies. Ginebra.

____. (2010). Panorama Laboral de América Latina y el Caribe 2010. Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe.

____. (2011a). Pisos de protección social para la justicia social y una globalización equitativa. Cuarto punto del orden del día. Conferencia Internacional del Trabajo, 101ª reunión, 2012. Ginebra.

____. (2011b). Piso de Protección Social para una globalización equitativa e inclusiva. Informe del Grupo consultivo presidido por Michelle Bachelet Convocado por la OIT con la colaboración de la OMS. Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo.

____. (2011c). Seguridad social para la justicia social y una globalización equitativa Discusión recurrente sobre la protección social (seguridad social) en virtud de la Declaración de la OIT relativa a la justicia social para una globalización equitativa, 2011. Informe VI. Sexto punto del orden del día. Ginebra.

____. (2012). Recomendación relativa a los Pisos Nacionales de Protección Social. Conferencia Internacional del Trabajo Recomendación Núm., 202. Ginebra, 101ª reunión CIT, 14 de junio del 2012.

____. (2013). Estudio sobre el costo de la extensión de la seguridad social en República Dominicana, Organización Internacional del Trabajo, Noviembre 2013 (estudio en fase de publicación).

____. (2014). Diagnóstico igualdad de género en los institutos de formación profesional de Centroamérica y República Dominicana. Borrador. Documento inédito.

____. (2014b). Directrices de política de la OIT sobre la promoción del trabajo decente para el personal del sector de la educación de la primera infancia.

OIT, ONU Mujeres y PNUD (2012a). Combatiendo la desigualdad desde lo básico. Piso de protección social e igualdad de género.

____. (2012b). Combatiendo la desigualdad desde lo básico. Piso de protección social e igualdad de género. Resumen ejecutivo.

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

OMLAD (2010). Estudio, salario y seguridad social en el tránsito de la crisis a la recuperación. Ministerio de Trabajo. Observatorio del Mercado Laboral Dominicano, Octubre 2010

ONE (2005). Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR 2005). Oficina Nacional de Estadística. Santo Domingo.

____. (2009). Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR 2007). Informe General. Oficina Nacional de Estadística. Santo Domingo.

____. (2009b). "Trabajo Doméstico Remunerado en República Dominicana". Panorama Estadístico. Año 2 No. 19, Septiembre 2009. Departamento de Investigaciones, ONE. Santo Domingo.

____. (2011). Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR 2011). Oficina Nacional de Estadística. Santo Domingo.

____. (2012). IX Censo de Población y Vivienda 2010. Santo Domingo.

____. (2013). «Evolución del envejecimiento poblacional en República Dominicana». Panorama Estadístico. Año 5, no. 63. Departamento de Investigaciones, Oficina Nacional de Estadística. Santo Domingo.

____. (2013b). «Condición de lectoescritura en la población dominicana: hallazgos a partir del censo 2010». Panorama Estadístico. Año 5, no. 52. Departamento de Investigaciones, Oficina Nacional de Estadística. Santo Domingo.

____. (2013c). «Características sociodemográficas básicas de la juventud ni-ni». Panorama Estadístico. Año 5, no. 54. Departamento de Investigaciones, Oficina Nacional de Estadística. Santo Domingo.

____. (2013d). «Situación laboral de la población envejeciente de República Dominicana: un panorama general». Panorama Estadístico. Año 5, no. 59. Departamento de Investigaciones, Oficina Nacional de Estadística. Santo Domingo.

ONE, UNFPA y UE (2012). Primera Encuesta Nacional de Inmigrantes en la República Dominicana, ENI-2012. Informe General. Oficina Nacional de Estadística y Fondo de Población de las Naciones Unidas. Santo Domingo.

Orozco Pérez Amaia (2009). Miradas globales a la organización social de los cuidados en tiempos de crisis ii: ¿qué retos políticos debemos enfrentar? Serie Género, Migración y Desarrollo. Documento de Trabajo 6. UN INSTRAW.

Otxoa, Isabel (2008). «El cuidado en la dependencia». Revista Pueblos N. 31, marzo. Disponible en: www.revstapueblosorg/spip.php?article866 (Consultado el 15 de junio del 2014).

Oxfam Italia (2014). Estudio de base del proyecto de desarrollo para organizaciones económicas de pobres rurales de la frontera (Prorural Oeste) No. 780-Do. Informe Final. Estudio realizado para el Ministerio de Agricultura y para el IFAD. Santo Domingo, enero 2014 (publicación pendiente).

Pérez Then, E. (2010). Embarazo y factores de riesgo en mujeres adolescentes residiendo en la República Dominicana. CENISMI. Santo Domingo.

PLANDES (2006) Plan Decenal de Salud 2006-2015. Un acuerdo nacional por la excelencia de la salud. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana.

PNUD (2013). Informe sobre Desarrollo Humano 2013. El ascenso del Sur: Progreso humano en un mundo diverso. Ciudad de México.

____. (2013b). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2013. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Nueva York.

Presidencia de la República (2012). Resolución Núm. 01-2012 que aprueba el Manual de Organización y Funciones del Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE) adscrito al Ministerio de Salud Pública. Santo Domingo.

Programa Solidaridad (2008). Impacto del Programa Solidaridad en Asistencia Escolar y Niveles Nutricionales: Un enfoque empírico. Agosto 14, 2008. Santo Domingo.

____. (2010). Manual Operativo del Programa de Transferencias Condicionadas de Solidaridad. Santo Domingo.

PROSOLI (2013a). Estrategia Capacitando para el Progreso. Santo Domingo.

____. (2013b). Estudio por Muestreo para Monitorear el Desarrollo del Programa Progresando con Solidaridad den las Comunidades de Intervención. Noviembre 2013. Santo Domingo.

____. (2014). Manual de la Familia. Santo Domingo.

Provoste Fernández Patricia (2013). «Protección Social y Redistribución del cuidado en América Latina y el Caribe: el ancho de las políticas». En CEPAL (2013) Redistribuir el Cuidado. El desafío de las Políticas. Pp. 127-170.

Quisqueya Empieza Contigo (2013). Lineamientos. Plan Nacional de Protección y Atención Integral a la Primera Infancia. Julio 2013. Santo Domingo.

Rathe, Magdalena (s. f.) Protección financiera en salud en la República Dominicana. Análisis del gasto catastrófico y empobrecedor en salud de los hogares dominicanos beneficiarios del sistema de subsidios sociales. Banco Interamericano de Desarrollo (BID); Gabinete de Coordinación de la Política Social (GASO) y Banco Central de República Dominicana (BCRD). Santo Domingo.

REDCAMIF (2012). «Microfinanzas de Centroamérica y del Caribe». Revista de la Red Centroamericana y del Caribe de Microfinanza. N. 17 de junio del 2012.

Secretaría del Commonwealth (2009). Gender and Social Protection. Documento de debate 3, Londres. (cit. en OIT 2011b).

Selman, E. (2013). Deuda pública: El caso de la República Dominicana. Centro Regional de Estrategias Económicas Sostenibles (CREES). Disponible en: http://crees.org.do/es/ensayo/deuda-p%C3%BAblica-el-caso-de-la-rep%C3%BAblica-dominicana (Consultado el 19 de mayo del 2014).

SESPAS (2008). PlanDES - Plan Decenal de Salud 2006-2015. Un acuerdo nacional por la excelencia de la salud. Primera Parte: análisis de situación, compromisos nacionales e internacionales, necesidades y brechas en el sector salud dominicano. Actualizado 19 de febrero 2008 (edición preliminar). Santo Domingo.

SIPEN (2013). Sistema Dominicano de Pensiones. Boletín Trimestral. No. 42, Diciembre 2013. Superintendencia de Pensiones (en línea) Disponible en: http://www.sipen.gov.do/documentos/Boletin42_Sipen.pdf (Consultado el 26 de mayo del 2014).

SISALRIL (2014). Estadísticas del Seguro Familiar de Salud. Enero 2014 Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (en línea). Disponible en: http://www.sisalril.gov.do/EstadisticasdelSfs.aspx (Consultado el 25 de mayo del 2014).

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

Stromquist, N. (2005). The Political Benefits of Adult Literacy. Documento de referencia para el Informe de Seguimiento de la EPT en el Mundo, 2006.

Sunkel, Guillermo (2006). El papel de la familia en la protección social en América Latina. CEPAL División de Desarrollo Social. Serie Políticas Sociales 120.

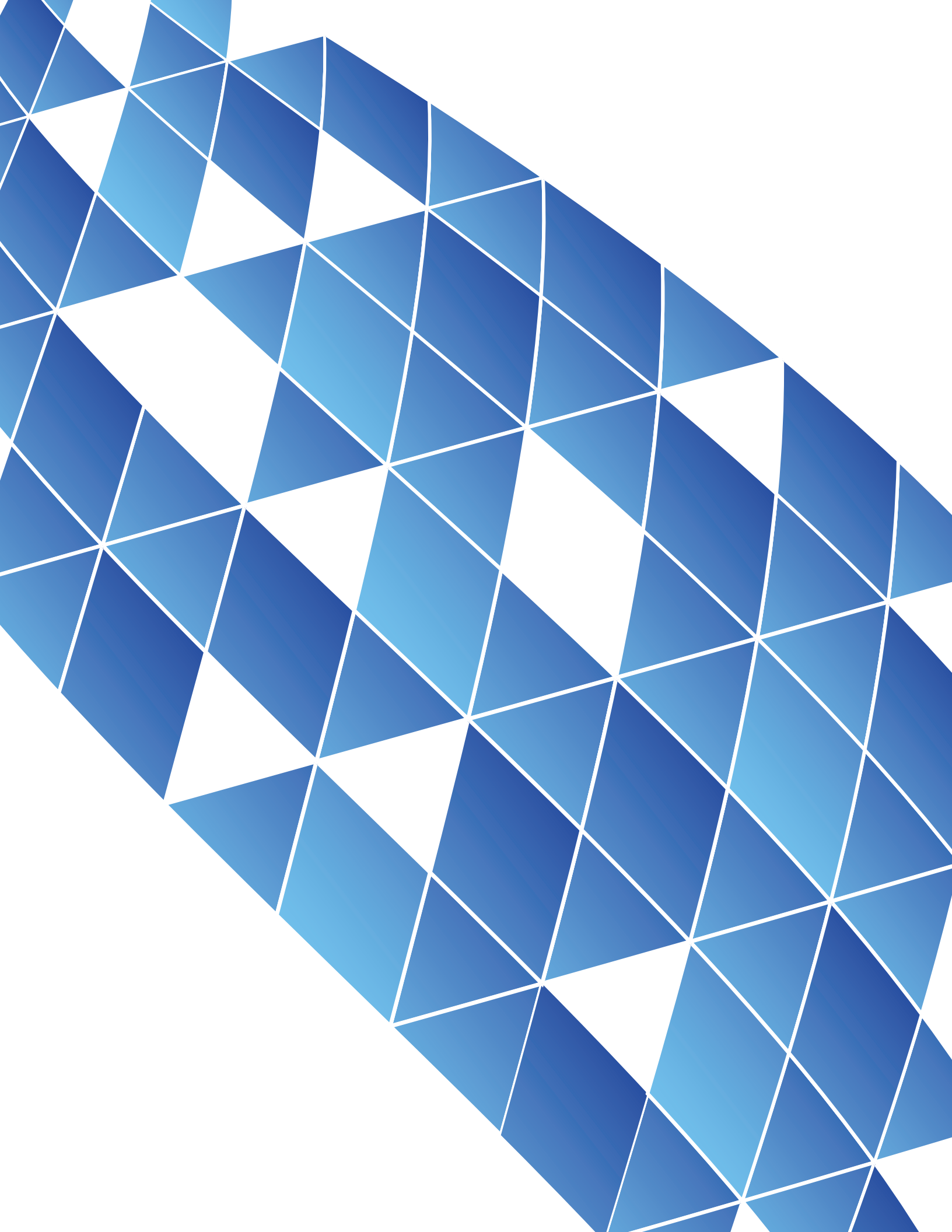
UNFPA (2012). Encuesta mundial sobre el cumplimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo y su seguimiento después del 2014. Santo Domingo, octubre 2012.

UNFPA (2012). Sí a la opción, no al azar: Planificación de la familia, derechos humanos y desarrollo. Informe estado de la población mundial 2012. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Nueva York.

UNICEF (2013). Análisis de la situación de la infancia y la adolescencia en la República Dominicana 2012. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Santo Domingo.

Vargas García, Tahira, (2011). Informe final evaluación cualitativa Programa Solidaridad (versión corregida). Gabinete de Coordinación de la Política Social, Banco Mundial. Proyecto de inversión en la Protección Social (PIPS). Unidad Técnica del Proyecto. Santo Domingo. 25 de octubre del 2011.

Vicepresidencia de la República (2013). Espacios de Esperanza. Donde aprender y jugar es amar. Resumen ejecutivo, septiembre 2013. Santo Domingo.



ANEXOS

ANEXO 1 INDICADORES DEL MERCADO DE TRABAJO POR GÉNERO. ABRIL, 2000-OCTUBRE, 2013

PERIODO	TASA GLOBAL DE PARTICIPACIÓN*	OCUPACIÓN			DESOCUPACIÓN ABIERTA		DESOCUPACIÓN AMPLIADA**	INACTIVOS							
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Promedio 2000	55.3	70.4	40.8	47.6	64.8	31.1	6.3	4.1	10.5	13.9	7.9	23.8	44.7	29.6	59.2
Promedio 2001	54.3	69.2	40.1	45.8	62.7	29.7	7.2	5.1	11.1	15.6	9.4	26.0	45.7	30.8	59.9
Promedio 2002	55.1	68.3	42.1	46.2	61.8	30.9	6.6	4.8	10.0	16.1	9.5	26.6	44.9	31.7	57.9
Promedio 2003	54.3	67.7	41.1	45.2	60.5	30.2	7.3	5.4	10.8	16.7	10.6	26.6	45.7	32.3	58.9
Promedio 2004	56.3	69.2	43.7	46.0	61.9	30.3	6.1	4.2	9.8	18.4	10.5	30.7	43.7	30.8	56.3
Promedio 2005	55.9	68.8	43.1	45.9	61.2	30.7	6.4	4.7	9.6	17.9	11.0	28.8	44.1	31.2	56.9
Promedio 2006	56.0	68.6	43.6	46.9	62.3	31.9	5.5	3.7	8.7	16.2	9.2	27.0	44.0	31.4	56.4
Promedio 2007	56.1	69.3	43.2	47.4	62.8	32.2	5.0	3.7	7.4	15.6	9.3	25.4	43.9	30.7	56.8
Año 2008	55.6	67.9	43.5	47.7	62.2	33.5	4.7	3.1	7.3	14.1	8.5	22.8	44.4	32.1	56.5
Año 2009	53.8	67.4	40.3	45.8	60.8	31.0	5.3	4.0	7.8	14.9	9.8	23.2	46.2	32.6	59.7
Año 2010	55.0	67.8	42.4	47.1	61.1	33.3	5.0	3.9	6.9	14.3	9.8	21.4	45.0	32.2	57.6
Año 2011	56.2	68.5	44.0	48.0	61.6	34.6	5.8	4.4	8.2	14.6	10.1	21.5	43.8	31.5	56.0
Año 2012	56.5	68.1	45.0	48.2	61.5	35.0	6.5	4.9	9.1	14.7	9.8	22.1	43.5	31.9	55.0
Año 2013 1/	56.1	67.9	44.5	47.7	61.3	34.2	7.0	5.0	10.4	15.0	9.7	23.1	43.9	32.1	55.5

Fuente: Banco Central de la República Dominicana - Departamento de Cuentas Nacionales y Estadísticas Económicas - División de Encuestas abril 2000-octubre 2013.

* Tasa global de participación: es el cociente entre la población económicamente activa y la población en edad de trabajar, este cociente mide el nivel de actividad de la economía. Este indicador tiene como numerador a la PEA que comprende los ocupados y desocupados (abiertos y ocultos)

Se calcula a través de la relación de la población desocupada abierta entre la PEA (ocupados más desocupados abiertos) según las recomendaciones de la OIT.

** Desocupación ampliada: incluye, además de los desocupados abiertos, a aquellos que aunque no buscaron trabajo en el período de referencia, aceptarían y están disponibles a trabajar en caso de que se les ofreciera un empleo.

ANEXO 2 LISTA DE PERSONAS ENTREVISTADAS POR INSTITUCIÓN

Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales, Dirección Técnica	Rosa María Suarez Directora Técnica Sócrates Barinas Dirección Técnica Alessandra Valconi Consultora en Monitoreo y Evaluación/especialista en Innovaciones Estratégicas Carmen Montilla Analista Presupuesto y Gestión de Proyectos
PROSOLI	Ezequiel Volquez Director de Planificación y Seguimiento Progresando con Solidaridad Starling Sánchez Medina Gestor de Monitoreo Dirección de Planificación y Seguimiento María Evangelista Cornelio Hernández Directora Dirección de Vinculación Interinstitucional Progresando con Solidaridad Claudina Valdez Directora de Capacitación y Desarrollo Capacitación y Desarrollo Progresando con Solidaridad Héctor Bienvenido Medina Disla Sub Director General Progresando con Solidaridad Alejandra Aguilar Decena Departamento: Familias en Paz Karen Llibre Franco Directora de Proyectos Sociales Dirección Proyectos Sociales Progresando con Solidaridad Anniete Cohn-Lois Encargada de Género Progresando con Solidaridad
Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN)	Darío López Encargado Unidad de Análisis Karlina Silfa Barreiro Unidad de Análisis Ángel Alexis Camacho Sosa Unidad de Análisis Edwin Gómez Unidad de Análisis Víctor Romero Sol Unidad de Análisis

ANEXO 2 LISTA DE PERSONAS ENTREVISTADAS POR INSTITUCIÓN (CONTINUACIÓN)

Consejo Nacional de Personas Envejecientes (CONAPE)	Niceny Valdez Encargada de Comunicación Myriam Rodríguez Encargada de Planificación Vicente Guerrero Encargado de Proyectos
Consejo Nacional de Personas con Discapacidad (CONADIS)	Claudio Peri Encargado de Planificación
Dirección General de Centros Tecnológicos Comunitarios (CTC)	Claudio Doñe Director de los CTC Sandra Soto Asistente del director Iris Reyes Encargada de los EPES
Dirección de Programas Especiales de la Presidencia (DIGEPEP)	Ayacx Mercedes Coordinador Técnico DIGEPEP Larissa Pumarol Técnico de Programa de Primera Infancia QEC
Aseguradora de Estancias Infantiles Salud Segura (AEISS)	Lilian Rodríguez Directora Ejecutiva Amarilis Then Paulino Encargada de Salud Amelia de León Encargada Gestión de Recursos Humanos
Dirección de Comunidad Digna Contra la Pobreza (DGCD)	Lic. Neliza Prestol Sub-Directora General Arq. Betzaida Cuevas Sub-Directora de Acción Solidaria Lic. Zoraida Ramos Encargada de Planificación y Desarrollo
Dirección General de Desarrollo Fronterizo (DGDF)	Ing. José Luís Socías Gerente de Planificación Juvenilia Sosa Encargada del programa Ver para Aprender
PROCOMUNIDAD	Emmanuel Peláez Encargado de Planificación Ernesto Félix Director de Acceso a la Información

ANEXO 2 LISTA DE PERSONAS ENTREVISTADAS POR INSTITUCIÓN (CONTINUACIÓN)

Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia (CONANI)	**Penélope Melo** Gerente del Programa Infantil de Atención Integral **Agneris Lendor** Encargada Departamento de Psicología
Ministerio de Trabajo (MT)	**Julia Méndez** Encargada del Departamento de Equidad de Género del Ministerio del Trabajo **Douglas Hasbun** Coordinador de Capacitación **Martha González** Encargada de Supervisión de la Unidad Coordinadora del PASNE **Brígida García** Asesora de evaluación de impacto del programa Juventud y Empleo **Arlette Valdez Aguavivas** Asesora del Servicio Nacional de Empleo (SENAE)
Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional (INFOTEP)	**Ondina Marte** Gerente de Planificación **Maura Corporán** Gerente de Normas y Desarrollo Docente
Ministerio de la Mujer (pautada para inicio julio)	**Carmen Pérez** Encargada de reforma legislativa **Yris Nova** Encargada DESC **María Cristina Feliz** Encargada monitoreo PLANEG
Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS)	**Rafael Pérez Modesto** Gerente General **Eduardo del Villar** Sub-gerente General **Alexandra Morillo** Gerente de Planificación y Desarrollo **Juana González** Gerente de Salud y Riesgos Laborales
Seguro Nacional de Salud (SENASA)	**Bernardo Matías** Gerente de Planificación y Evaluación de Gestión
Asociación de Personas con Discapacidad Física-Motora (ASODIFIMO) y Consejo Consultor de la Sociedad Civil	**Miguel Ángel Cabrera** Coordinador Nacional

ANEXO 2 CUESTIONARIO BENEFICIARIOS/AS PROSOLI

LUGAR: _____ FECHA: _____

NÚMERO: _____ ENTREVISTADOR/A: _____

1. PERFIL DEL HOGAR Y PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA

1.1) Sexo:		1.2) Edad:	
1.3) ¿Desde qué año participa en alguno de los Programas de Prosoli?		Progresando	Solidaridad
1.4) ¿Cómo se enteró del Programa?			
1.5) ¿Alguien les explicó cómo aplicar?	No	Sí	¿Quién?
1.6) ¿Cómo les resultó la aplicación?		Fácil	Complicada
1.7) ¿Cómo fue el proceso?		Rápido	Largo
1.8) ¿Cómo está compuesto su hogar?		Total de miembros:	

	Género		Parentesco	Tiene alguna discapacidad	Requiere de cuidado
Personas entre 0 y 5 años	Femenino	Masculino			
Personas entre 6 y 15 años	Género		Parentesco	Tiene alguna discapacidad	Requiere de cuidado
	Femenino	Masculino			
Personas entre 16 y 21 años	Género		Parentesco	Tiene alguna discapacidad	Requiere de cuidado
	Femenino	Masculino			

ANEXO 2 CUESTIONARIO BENEFICIARIOS/AS PROSOLI (CONTINUACIÓN)

Personas entre 22 y 49 años	Género		Parentesco	Tiene alguna discapacidad	Requiere de cuidado
	Femenino	Masculino			
Personas de 50 a 65 años	Género		Parentesco	Tiene alguna discapacidad	Requiere de cuidado
	Femenino	Masculino			
Personas mayores de 66 años	Género		Parentesco	Tiene alguna discapacidad	Requiere de cuidado
	Femenino	Masculino			

1.9) ¿Quién toma las decisiones más importantes en el hogar?		
1.10) ¿La jefatura del hogar es femenina o masculina?	Femenino	Masculino
1.11) ¿Quién es la persona titular de la tarjeta?		
1.12) ¿Quién usa mas frecuentemente la tarjeta para hacer las compras?		
1.13) ¿Quien administra el dinero de la familia generalmente?		
1.14) ¿Quien administra mejor?		
1.15) De qué componentes se benefician:	Comentarios:	
• Comer es Primero (CEP)		
• Incentivo a la Educación (ILAE)		
• Bono Educativo Estudiando Progreso (BEEP)		
• Programa de Protección al Envejeciente (PROVEE)		
• Bonogas		
• Bonoluz		
• Centros Tecnológicos Comunitarios (CTC)		
• Espacios de Esperanza (EPES)		
• Centro de Capacitación y Producción Progresando (CCPP)		
• Programa de Emprendedurismo		

ANEXO 2 CUESTIONARIO BENEFICIARIOS/AS PROSOLI (CONTINUACIÓN)

• Otras formaciones en los Centros Comunitarios	
• Programa de Cultivo y Cría de Animales	
• Otros	

1.16) ¿Quién se ocupa de hacer respetar las corresponsabilidades?

1.17) ¿Cómo se siente con esta responsabilidad?

1.18) ¿En qué medida cree que es importante para su familia la participacion suya en las actividades del programa?	Muy importante	Un poco importante	No es importante

1.19) ¿Tienen seguro de salud?	Sí	No	Solo algunos/as de la familia. Especificar quienes:
1.20) ¿Qué tipo de seguro?	Contribuyente	Senasa	

2. TRABAJO REMUNERADO

2.1) ¿Usted trabaja? Sí _____ ¿De qué se ocupa?: _____

No _____ ¿Por qué? ¿Que le impide trabajar? _____

2.2) ¿Quién/es en la familia realiza/n trabajo/s que genere dinero?

Fuera de su hogar		Dentro de su hogar	
¿Quién/es?	¿Qué hacen?	¿Quién/es?	¿Qué hacen?

2.3) ¿Quiénes de los/las familiares de 16 a 60 años NO realizan un trabajo que le permita generar ingreso?

¿Quién?	¿Por qué?

ANEXO 2 CUESTIONARIO BENEFICIARIOS/AS PROSOLI (CONTINUACIÓN)

3. DISTRIBUCIÓN DEL TRABAJO DOMÉSTICO NO REMUNERADO

3.1) ¿Quién cocina para la familia?

¿Quién/es Mujeres?	¿Cuánto tiempo le dedica al día?	¿Quién/es Varones?	¿Cuánto tiempo le dedica al día?

3.2) ¿Quién se ocupa de la limpieza del hogar?

¿Quién/es Mujeres?	¿Cuánto tiempo le dedica al día?	¿Quién/es Varones?	¿Cuánto tiempo le dedica al día?

3.3) ¿Quién se ocupa del cuidado de niños/as? (incluir el apoyo de vecinos/as familiares no del hogar y guarderías)

¿Quién/es Mujeres?	¿Cuánto tiempo le dedica al día?	¿Quién/es Varones?	¿Cuánto tiempo le dedica al día?

3.4) ¿Quién se ocupa del cuidado de personas adultas mayores y/o de las personas enfermas?

¿Quién/es Mujeres?	¿Cuánto tiempo le dedica al día?	¿Quién/es Varones?	¿Cuánto tiempo le dedica al día?

3.5) ¿Quién se ocupa de acompañar los niños/as en el colegio? (traslado)

¿Quién/es Mujeres?	¿Cuánto tiempo le dedica al día?	¿Quién/es Varones?	¿Cuánto tiempo le dedica al día?

ANEXO 2 CUESTIONARIO BENEFICIARIOS/AS PROSOLI (CONTINUACIÓN)

3.6) ¿Quién se ocupa de apoyar a los/as niños/as en las tareas de la escuela?

¿Quién/es Mujeres?	¿Cuánto tiempo le dedica al día?	¿Quién/es Varones?	¿Cuánto tiempo le dedica al día?

3.7) ¿Quién se ocupa de acompañar a quienes van a los chequeos médicos?

¿Quién/es Mujeres?	¿Cuánto tiempo le dedica al día?	¿Quién/es Varones?	¿Cuánto tiempo le dedica al día?

3.8) ¿Quién se ocupa de los cultivos y de la cría de animales para la producción de alimentos de consumo familiar?

¿Quién/es Mujeres?	¿Cuánto tiempo le dedica al día?	¿Quién/es Varones?	¿Cuánto tiempo le dedica al día?

3.9) ¿Cuantos pesos recibe del programa? _____ RD$

3.10) ¿Durante cuántos días aproximadamente se cubren las necesidades de la familia con la tarjeta Solidaridad?

_____

3.11) ¿Cómo resuelve los gastos del hogar cuando la transferencia monetaria se le termina?

_____

3.12) ¿Para usted la transferencia monetaria es?

- Necesaria para la economía del hogar: _____
- Una ayuda extra a la economía del hogar: _____
- Sustituye ingresos cuando se han terminado otros: _____
- Permite destinar otros recursos a _____

4. ACTIVIDADES SOCIALES

4.1) ¿Quién/es participa en las Escuelas de Familia y charlas contempladas por el programa?

¿Quién/es mujeres?	¿Cuánto tiempo al mes?	¿Quién/es varones?	¿Cuánto tiempo al mes?

ANEXO 2 CUESTIONARIO BENEFICIARIOS/AS PROSOLI (CONTINUACIÓN)

4.2) ¿Quién/es participan en capacitaciones de los Centros de Capacitación Progresando con Solidaridad, de los Centros Tecnológicos, o bien en otras capacitaciones del programa?

¿Quién/es mujeres?	¿Cuánto tiempo al mes?	¿Quién/es varones?	¿Cuánto tiempo al mes?

4.3) ¿Quién/es se ocupa/n del cuidado de las personas dependientes cuando las personas arriba mencionadas están en las actividades?

¿Quién/es mujeres?	¿Cuánto tiempo al mes?	¿Quién/es varones?	¿Cuánto tiempo al mes?

4.4) ¿Quién/es realiza/n las tareas domésticas cuando las personas arriba mencionadas están en las actividades?

¿Quién/es mujeres?	¿Cuánto tiempo al mes?	¿Quién/es varones?	¿Cuánto tiempo al mes?

4.5) ¿Cuáles son los compromisos que se están implementando desde su familia?

¿Qué?	¿Quién?
Chequeo médicos	
Participación en iniciativas comunitarias solidarias/protección medio ambiente	–
Participación en actividades culturales, deportivas o recreativas.	
Otros	

4.6) ¿La participación en el las charlas, escuelas familias y el seguimiento a las corresponsabilidades y compromisos quita tiempo que se dedicaría a otras actividades? Sí _____ No _____

Sí	¿A quién?	¿A qué actividades lo quita?

4.7) ¿Debido a la participación en el Programa ¿Cree que hay diferencias entre el tiempo libre de varones y mujeres?	Sí	No

4.7.1) ¿Por qué?	

ANEXO 2 CUESTIONARIO BENEFICIARIOS/AS PROSOLI (CONTINUACIÓN)

4.8) ¿Cuáles son las cosas positivas de estar en el Programa para su familia?

4.9) ¿Cuáles son las cosas negativas de estar en el Programa para su familia?

4.10) ¿Cuáles son las sugerencias que haría para el mejor funcionamiento del programa?

4.11) ¿Cómo se imagina a su familia en 15 años?

4.12) ¿Qué ventajas ha tenido el programa para las mujeres?

4.13) ¿Qué ventajas ha tenido el programa para los varones?

ANEXO 3 GUÍA PARA LA OBSERVACIÓN PARTICIPANTE NUCLEOS DE FAMILIA

Contexto: Encuentro de Núcleos de Familia Programa PROSOLI para recolección de reportes comunitarios

Objetivo: Observar el tipo y nivel de participación de los/as beneficiarios/as del programa, las interrelaciones, recomendaciones dirigidas a las mejoras de los servicios que perciben, atendiendo a la apertura por sexo.

Lugar: _____ **Fecha:** _____

OBSERVACIÓN:

Número de participantes totales _____ Mujeres: _____ Estimacion del promedio de edad: _____

Varones: _____ Estimacion del promedio de edad: _____

Intervenciones totales de las/los participantes

Mujeres: _____ Varones: _____

Tipo de intervenciones

Críticas al programa Mujeres: _____ Varones: _____

Solicitan más dádivas Mujeres: _____ Varones: _____

Proponen cambios Mujeres: _____ Varones: _____

Acuerdan con el Programa Mujeres: _____ Varones: _____

ANEXO 3 GUÍA PARA LA OBSERVACIÓN PARTICIPANTE NUCLEOS DE FAMILIA (CONTINUACIÓN)

Otros tipos de intervenciones (especificar participación por sexo)

Notas sobre el contexto

A) Caracteristicas del espacio

B) Caracteristicas del barrio donde se emplaza el centro

C) Participacion de menores con los/as beneficiarios/as

D) Otras notas

Preguntas para Enlaces de Familia

1- ¿Cuál es su experiencia con su trabajo en el programa, y desde que tiempo lo hace?
2- ¿Cuáles son las características comunes de los/as beneficiarios/as del programa, desde su percepcion?
3- ¿Cuáles son las características del barrio, desde su percepción?
4- ¿Cuáles son las dificultades mas frecuentes que surgen en este tipo de encuentros?
5- ¿Cuáles son las problemáticas mas frecuentes con las que todos los días se enfrenta?
6- ¿Cuáles son las fortalezas que considera tiene el programa?
7- ¿Cuáles son las debilidades desde la experiencia de su barrio?
8- ¿Qué formación recibe para trabajar como Enlace de Familia?
9- ¿Recibe formación en género?
10- ¿Con qué frecuencia se actualizan las capacitaciones para los Enlaces de Familia?
11- ¿Sobre qué temáticas frecuentemente orientan a las familias de los/as beneficiarios/as?
12- ¿Cuántas familias tienen a su cargo?
13- ¿Con qué frecuencia dan charlas a las familias?
14- ¿Con qué frecuencia dan charlas de grupo?
15- ¿Con qué servicios cuenta el barrio en el que trabaja?

ANEXO 3 GUÍA PARA LA OBSERVACIÓN PARTICIPANTE NUCLEOS DE FAMILIA (CONTINUACIÓN)

Servicio	Presente	Distancia al centro	Calidad
Centro de Capacitación Producción Progresando			
Centro Tecnológico Comunitario			
Espacio de Esperanza			
Unidad de Atención Primaria			
Escuela			
Punto Solidario			
Otros:			

Preguntas para Supervisores/as de Enlace

1- ¿Cuál es su experiencia con su trabajo en el programa, y desde que tiempo lo hace?
2- ¿Cuáles son las características comunes de los/as beneficiarios/as del programa, desde su percepcion?
3- ¿Cuáles son las características del barrio, desde su percepción?
4- ¿Cuáles son las fortalezas que considera tiene el programa?
5- ¿Cuáles son las debilidades desde la experiencia de su barrio?
6- ¿Qué formación recibe para trabajar como Enlace de Familia?
7- ¿Recibe formación en género? ¿En qué consiste?
8- ¿Con qué frecuencia se actualizan las capacitaciones para los Enlaces de Familia?

ANEXO 4 CUESTIONARIO BENEFICIARIAS PROGRAMA MUJERES EMPRENDEDORAS

Lugar: _____ Fecha: _____

Número: _____ Entrevistador/a: _____

1- PERFIL DE LA BENEFICIARIA

1.1) Edad:		**1.2) Convivencia:**	Sin pareja:		Sexo:	F	M
			Con pareja:		Sexo:	F	M

1.3) Estudios	Básica		Secundaria		Universitaria		Profesionales		Otro:
	Completa		Completa		Completa		Completa		Especificar:
	Incompleta		Incompleta		Incompleta		Incompleta		

1.4) Cantidad Total de personas que viven en el hogar:

1.5) Cantidad por rango de edad:	Parentesco	¿Estudian?	¿Trabajan?	Ni/Ni	¿Necesita de cuidado?
Menores de 5 años					
De 6 a 15					
De 16 a 21					
Mayores de 21					
De 21 a 65					
Mayores de 65 años					

1.6) Total de personas mayores de 21 años que no perciben ingresos

1.7) Sobre las personas en edad de trabajar que no trabajan:	a) ¿Porque no trabajan?
	b) ¿Qué hacen durante el día?

1.8) ¿Se reconoce como jefa de hogar?:	Sí: Pasa a 1.10	No:	**1.9) ¿Quién es jefe/a de hogar?**

ANEXO 4 CUESTIONARIO BENEFICIARIAS PROGRAMA MUJERES EMPRENDEDORAS (CONTINUACIÓN)

1.10) ¿Cuánto tiempo tiene en PROSOLI? _____ Años

a) Empezó con el Programa Solidaridad	b) Empezó con el Programa Progresando	c) Otro

1.11) ¿Cuáles son los subsidios que recibe la familia?

CEP _____ ILAE _____ BEEP _____ BONOGAS _____ BONOLUZ _____

1.12) ¿Cuántas personas de la familia tienen seguro de salud? _____

2- PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE EMPRENDIDURISMO

2.1) ¿Cual es su actividad de emprendidurismo?

2.2) ¿Desde hace cuánto tiempo empezó su empresa?

2.3) a) Empezó desde cero _____ b) Es una mejoría de algo en el que ya estaba _____

2.4) ¿Cuantas horas le dedica al día? _____ Horas	¿De qué hora? ¿A qué hora?
2.5) Lugar donde la desempeña:	¿Por qué?
a) Desde la casa	
b) Desde afuera de la casa	

2.6) ¿Es parte de una cooperativa?	No	Sí, ¿Qué tipo?

2.7) ¿Trabaja sola?	a) Sí		b) No		

c) Si no trabaja sola, ¿Cuantas personas colaboran con usted?	Total	M	F	¿Relación de parentesco?
Su mismo nivel	Sí _____ / No _____			
Debajo de usted	Sí _____ / No _____			
Por encima de usted	Sí _____ / No _____			

ANEXO 4 CUESTIONARIO BENEFICIARIAS PROGRAMA MUJERES EMPRENDEDORAS (CONTINUACIÓN)

2.8) ¿Quién toma las decisiones más importantes?		**2.9) ¿Quien administra el dinero?**	
2.10) Que cursos realizó anteriormente:	Titulo curso	Calificación obtenida	Duración en horas
2.11) ¿Obtuvo un préstamo?	Sí _____ No _____	Si lo obtuvo, ¿De qué institución? Familia _____ PROMIPYME _____ ADOPEM _____ Otro: _____	
2.12) ¿Está teniendo problemas en pagar el prestamo?		No, ya pagué _____ No, estoy pagando sin problemas _____ Estoy encontrando problemas (especifique) _____	
2.13) Que ingreso mensual le produce la empresa promedio			
2.14) ¿Recibe seguimiento en su emprendidurismo? Sí _____ No _____		**2.15) Recibo seguimiento por parte de:** • Enlace de Familia PROSOLI _____ • Supervisores de Enlace PROSOLI _____ • INFOTEP _____ • Agencia que otorgó el crédito _____ • Otros _____	

3- REORGANIZACION DEL HOGAR Y GASTOS

3.1) ¿Qué ha cambiado respecto antes en la distribución de las tareas domésticas?	Sigo asumiéndolas yo _____	Desde antes las asumíamos de forma compartida _____	Ahora estoy compartiendo las tareas domesticas _____

ANEXO 4 CUESTIONARIO BENEFICIARIAS PROGRAMA MUJERES EMPRENDEDORAS (CONTINUACIÓN)

3.2) Quien además de usted se asume tareas domésticas:	¿Quién?	¿Qué?	Edad	Sexo	Horas al día
3.3) ¿Quién se ocupa del cuidado de las personas dependientes?	¿Quién?	¿Qué?	Edad	Sexo	Horas al día
3.4) ¿Qué tareas ha dejado de realizar debido a su trabajo en el emprendimiento?	a)				
	b)				
	c)				
	d)				
3.5) ¿A dónde destina la mayor parte de sus ingresos?	Destino:				
3.6) ¿Destina algún porcentaje a gastos personales?	Sí:	No:	**3.6) ¿Cuáles?**		
3.7) ¿Cómo se ve usted y su familia en el futuro?					
3.8) ¿Qué ventajas ha tenido usted de cuando lanzó su empresa?					
3.9) ¿Qué ventajas ha tenido la familia de cuando lanzó su empresa?					

ANEXO 4 CUESTIONARIO BENEFICIARIAS PROGRAMA MUJERES EMPRENDEDORAS (CONTINUACIÓN)

3.10) ¿Hay desventajas?	¿Cuáles para la Usted?		¿Cuáles para la familia?	
3.11) ¿Su ingreso cubre los gastos del hogar?	Los cubre y sobra dinero para ahorro: ____	Los cubre generalmente: ____	Solo cubre una parte mayoritaria: ____	Solo cubre una parte minoritaria: ____

4- REPRESENTACIONES

4.1) ¿Cree que el programa la ha ayudado a tener independencia económica?			Sí:		No:	
4.2) ¿Cree que el programa la ha ayudado a sentirse más realizada como mujer?			Sí:		No:	
4.3) ¿Se siente más cómoda con el uso de su tiempo, o por el contrario más complicada?			Más cómoda:		Más complicada	
4.4) ¿Cuánto tiempo libre posee después de participar del programa?	Más que antes:		Igual que antes:		Menos que antes:	

5- OBSERVACIONES DE LA ENCUESTADORA SOBRE CONTEXTO

ANEXO 5 CUESTIONARIO BENEFICIARIOS/AS PROGRAMA CCPPS

Fecha: _____ Centro: _____

Turno: _____

Por favor, completa con una cruz, o según requieran las respuestas, para conocer tu experiencia en los Centros de Capacitación Progresando en Solidaridad. No requiere que identifiques tu nombre, número de cédula, ni ningún otro dato personal. ¡Muchas Gracias!

1.1) Edad		**1.2) Sexo**	F	M	**1.3) ¿Tienes pareja que conviva en tu hogar?**

1.4) ¿Qué nivel de estudios has alcanzado?

Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Formación técnica incompleta	Formación técnica completa	Universitaria completa	Universitaria incompleta	Otros

1.5) ¿Eres el/la jefe/a de tu hogar?	Sí	No	**1.6) Si no eres tú ¿ Qué otra persona de tu hogar es jefe/a?**

1.7) ¿Cuántas personas viven en tu hogar? Cantidad total y composición de tu hogar	Cantidad total:	

Orden	Parentesco	Edad	Sexo		Necesita cuidado		Trabaja		¿De que trabaja?	¿Cuántas horas al día?
			Sí	No	Sí	No	Sí	No		
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										

1.8) ¿Tú trabajas?	No	Sí	¿De que trabaja?	¿Cuántas horas al día?

1.9) ¿Qué curso estás tomando?	¿Qué título o certificado que obtendrás?

¿Duración del curso?	Horas totales	¿Cuándo iniciaste?	Mes	Año	¿Cuándo finalizará?	Mes	Año

ANEXO 5 CUESTIONARIO BENEFICIARIOS/AS PROGRAMA CCPPS (CONTINUACIÓN)

¿Cuántas horas al día?	¿En qué tanda?	Mañana	Tarde	Noche

¿Qué días de la semana?	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

1.10) ¿Has tomado otros cursos anteriormente?	No	Sí	¿En qué?	Horas totales	
			¿En qué?	Horas totales	
			¿En qué?	Horas totales	

2.1) ¿Quién cuida a tus hijos/as cuando estás capacitándote? Identifica por favor

Nadie	Padre	Mi pareja actual	Hermano/a			Abuela/o			Madre	Vecina/o u otras personas			Jardín de infantes
			Sexo		Edad	Sexo		Edad		Sexo		Edad	
			F	M		F	M			F	M		

2.2) ¿Debes pagar para que cuiden a tus hijos/as?	No		Sí		¿A quién?

2.3)¿Alguien realiza tus tareas domésticas cuando estás en la capacitación?	No, las hago yo a mi regreso	Sí. Especifica quien	Pareja				
			Hijos/as	Sexo	F	M	Edad
			Madre				
			Vecina/o u otra persona	Sexo	F	M	Edad
			¿Le pagas por esto?		Sí	No	

2.4) ¿En qué tiempo llegas de tu casa al CCPPS?	_____ Minutos	**2.5) ¿Cuánto dinero inviertes mensualmente en el curso para traslado y comida?**	RD$ _____

2.6) ¿Qué piensas hacer al finalizar el curso?	Hacer otro curso		¿Cuál?	
	Mejorar mi actividad actual		¿Por qué?	
	Emprender una actividad propia		¿Ya tienes planes?	
	Buscar trabajo		¿Para hacer qué?	
	Poner en práctica en casa lo aprendido		¿Haciendo que cosa?	
	Volver a la escuela		¿Para estudiar qué?	
	Seguir como antes			

ANEXO 5 CUESTIONARIO BENEFICIARIOS/AS PROGRAMA CCPPS (CONTINUACIÓN)

2.7) ¿Qué ha cambiado en tu vida con la realización del curso?	He aumentado mis ingresos				
	He obtenido trabajo				
	Tengo una oferta de trabajo				
	Tengo plan de empezar una empresa				
	He mejorado mi actividad actual				
	Sueño con un futuro mejor				
	Veo a más personas				
	Me siento más respetado/a				
	Otros				
2.8) ¿Crees que la capacitación es importante para tu crecimiento económico?	Mucho		**2.9) ¿Crees que la capacitación es importante para tener más conocimientos?**	Mucho	
	Un poco			Un poco	
	Nada ha cambiado			Nada ha cambiado	
	No me sirvió			No me sirvió	
3.1) ¿Cuáles son los principales problemas que encuentra en participar en las capacitaciones?					

ANEXO 6 LISTA DE PARTICIPANTES EN TALLERES

PARTICIPANTES EN EL TALLER DE SOCIALIZACIÓN Y CONSULTA DE LOS PRINCIPALES HALLAZGOS CON LA SOCIEDAD CIVIL (22 DE JULIO 2014)

Nombre	Organización
Magaly Pineda	CIPAF
Rubén Noboa	Gabinete Social
Sócrates Barinas	Gabinete Social
Lourdes Contreras	CEG-INTEC
Carmen Pérez	Ministerio de la Mujer
Elise Zerrath	ONU Mujeres
Yris Nova	Ministerio de la Mujer
Miosotis Rivas Peña	ONU Mujeres
Clemencia Muñoz	ONU Mujeres
Elsa Alcántara	Foro Feminista
Cristina Francisco	CIMUDIS
Rosa María Suárez	GCPS
Raissa Crespo	PNUD
Elga Salvador	Consultora

ANEXO 6 LISTA DE PARTICIPANTES EN TALLERES (CONTINUACIÓN)

PARTICIPANTES EN EL TALLER DE PRESENTACIÓN DEL INFORME DE MAPEO Y ANÁLISIS Y REFLEXIÓN SOBRE LINEAMIENTOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE PROPUESTAS (26 DE AGOSTO DEL 2014)

Nombre y apellido	Institución
Elise Zerrath	ONU Mujeres
Rosa María Suarez	GASO
Eduardo Félix	SENASA
Guillermina Ramírez	PNUD
Carmen de la Cruz	PNUD
Barbara Auricchio	PNUD
Melkis Guzmán	Senado
Eduardo Gallardo	UNICEF
Beliza Rivas	CNSS
Luisa Marie Wiese	DIGEPEP
Agentina Gutierrez	DIGEPEP
Marcella Distruth	BID
Francis Jorge	DIGEPEP
María Alt Mendoza	MEPYD
Daysi Garia	CONANI
Domingo Sosa	SIUBEN
Mayra M Tavarez	M. Mujer
Cristina Francisco	CIMUDIS
María Cristina Feliz	M Mujer
José Domingo Sosa	SIUBEN
Alessandra Valconi	Dirección Técnica
Bethania Nieto	INFOTEP
Sócrates Barinas	Gabinete Social
Laura Ramírez	OPS OMS
Miosotis Rivas	ONU Mujeres
Rubén Noboa	Gabinete Social
Merary Amador	OEGD/MSP
Addis Domínguez	OEGD/MSP
Carmen Morillo	Centros Tecnológicos Comunitarios
Ilsa Nina	MEPYD/ UAAES
José Espaillat	Desarrollo Fronterizo
Elga Salvador	Consultora

