



Estudio

INVERTIR EN CUIDADOS:
EMPLEOS QUE GARANTIZAN
DERECHOS

**Microsimulación de los beneficios socioeconómicos y
la inversión necesaria para la expansión de la Política
Nacional de Cuidados en República Dominicana**

Créditos

Autoridades

Pável Isa Contreras, ministro

Alexis Cruz Rodríguez, viceministro de Análisis Económico y Social

Rosa Cañete Alonso, directora de Análisis de Pobreza, Desigualdad y Cultura Democrática

Autoría

Rosa Cañete Alonso, directora de Análisis de Pobreza, Desigualdad y Cultura Democrática

Jean David de Jesús Adón, especialista sectorial

Asistencia de investigación

Nicole Montero, analista sectorial

Dirección de Análisis de Pobreza, Desigualdad y Cultura Democrática

Rosa Cañete Alonso, directora

Ángel Serafín Cuello P., coordinador sectorial

Jean David de Jesús Adón, especialista sectorial

Yoanna Medina, especialista sectorial

Nicole Montero, analista sectorial

Apoyo editorial

Dirección de Comunicaciones

Tabla de contenido

Créditos	2
Resumen Ejecutivo.....	6
Introducción	9
Capítulo I. Revisión de la literatura y antecedentes.....	11
Capítulo II. La propuesta de política nacional de cuidados del gobierno dominicano. 16	
II.1) ¿Por qué una política de cuidados?.....	16
II.2) La Política Nacional de Cuidados en la República Dominicana	17
Capítulo III. Aspectos metodológicos generales del Ejercicio de Simulación.....	19
Capítulo IV. Estimación de la población objetivo.....	22
IV.1) Niños y niñas en primera infancia.....	22
IV.2) Identificación de personas adultas en situación de dependencia	22
IV.3) Personas que se dedican a cuidar de forma no remunerada.....	24
IV.4) Demanda total por hogares.....	27
Capítulo V. Descripción de los modelos de provisión de servicios públicos de cuidado y propuestas de modelos de atención en la República Dominicana a 2023	29
V.1) Servicios públicos de cuidados en funcionamiento desde MINERD, INAIPI y CONAPE.....	31
V.1.1) Aulas del nivel inicial del MINERD.....	31
V.1.2) Servicios del INAIPI: los CAFI y los CAIPI	33
V.1.3) Centros Permanentes (asilos) adscritos al CONAPE y otros servicios	34
V.2) Programas previstos para complementar la oferta pública de cuidados	35
V.2.1) Servicios de cuidado domiciliario: Cooperativas de Cuidado.....	35

V.3) Otros modelos de servicios complementarios para personas en dependencia	37
V.3.1) Servicios de CONADIS.....	37
V.3.2) Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia (CONANI) y el Gabinete de Niñez y Adolescencia (GANA).....	38
V.3.3) El Centro de Atención Integral para la Discapacidad (CAID).....	39
Capítulo VI. Identificación de brechas de cobertura de los servicios públicos de cuidado	40
Capítulo VII. Ventajas y desventajas de los servicios domiciliarios e institucionales para diferentes poblaciones en situación de dependencia.....	42
VII.1) Primera infancia: servicios institucionales y domiciliarios.....	42
VII.2) Personas adultas con dependencias moderadas o severas: servicios institucionales y domiciliarios	43
Capítulo VIII. Costos de los servicios públicos de cuidado	44
VIII.1) Costos de un Centro de Atención Integral a la Primera Infancia (CAIPI-N)....	44
VIII.2) Costos de aulas de segundo ciclo de inicial en MINERD.....	46
VIII.3) Costos de un Centro Permanente de Atención a Adultos Mayores de 65 años (Asilo).....	47
VIII.4) Costo de los servicios domiciliarios.....	48
Capítulo IX. Estimación de necesidades de inversión para los servicios de cuidado según diferentes escenarios de cobertura.....	49
IX.1) Supuestos utilizados en la simulación.....	49
IX.2) Inversión necesaria anual para cubrir toda la población según escenario de cobertura.....	51
IX.3) Inversión necesaria por año para cerrar las brechas de cobertura en 10 años.	54
IX.4) Posibilidades de financiación.....	57
Capítulo X. Impacto socioeconómico.....	58

X.1)	Creación de empleos	59
X.1.1)	Empleos directos generados por la puesta en marcha de la política.....	59
X.1.2)	Empleos por liberación de horas.....	63
X.1.3)	Empleos totales resultado de la política de cuidados.....	64
X.2)	Reducción de la pobreza monetaria.....	67
X.2.1)	Reestimación del ingreso.....	67
X.2.2)	Efecto directo en la pobreza monetaria	68
Capítulo XI. Resumen comparativo de la inversión necesaria y los beneficios socio económicos de los diferentes escenarios de cobertura.....		70
Conclusiones		73
Anexos		77
Bibliografía.....		83
Fuentes de datos estadísticos.....		86
Índice de gráficos y tablas.....		87
Agradecimientos.....		90

Resumen Ejecutivo

La Política Nacional de Cuidados es un esfuerzo conjunto de 10 instituciones estatales coordinado por el Ministerio de Economía Planificación y Desarrollo (MEPyD) y el Ministerio de la Mujer. Ante el impacto socioeconómico de la pandemia por COVID-19, y sus efectos diferenciados entre hombres y mujeres generados por las cargas de cuidado, el gobierno dominicano inició el diseño y puesta en marcha de esta nueva política en el país, materializada en la conformación de la Mesa Intersectorial de Cuidados.

La priorización de las poblaciones en situación de dependencia en niveles moderados o severos, así como en la población en primera infancia, constituyen pilares de acción de esta política. Los resultados apuntan a que los servicios estatales de cuidado cubren una muy baja proporción de la población con dependencias. El trabajo presentado aplica una metodología para estimar la dependencia en personas adultas en República Dominicana, priorizando para la política, las personas con dependencia moderada o severa que asciende a 97,587 personas. La demanda total de cuidados (menores de 5 años y personas adultas con dependencias moderadas y severas) se estima en más de 900,000 personas, de las cuales aproximadamente 100,000 están cubiertas por servicios públicos de cuidado.

El estudio también cuantifica y analiza el segundo público objetivo de la política: las 851,890 personas que se dedican de forma integral a las tareas de cuidado no remunerado de las cuales el 98% son mujeres que declaran no buscar empleo por responsabilidades familiares o quehaceres del hogar. La exclusión del mercado laboral limita la autonomía económica y el acceso a otros derechos asociados. La sociedad y la economía también pierden los aportes de este grupo en el ámbito productivo, ya que un 52% ha cursado años del nivel secundario o técnico y un 12% de nivel universitario.

Las necesidades de servicios de cuidado en el país son diversas y dinámicas: al encontrarse al final de su bono demográfico, República Dominicana aún tiene una población infantil creciente, mientras debe prepararse para un envejecimiento poblacional a partir de las próximas décadas. Actualmente, el país cuenta con diferentes servicios de cuidado para atender diferentes necesidades. En esta simulación se costean y proyectan tres servicios de cuidado en el sector público que reducen la carga de cuidados de las familias y que están en funcionamiento, por un lado, las aulas del nivel inicial de educación para niños de 3 y 4 años, así como los CAIPI de INAIPI y, por otro lado, los Centros Permanentes (asilos) rectorizados por el CONAPE. La Política Nacional de Cuidados prevé en el corto plazo la puesta en funcionamiento de servicios domiciliarios de cuidado a través de la contratación de las Cooperativas de Cuidado.

Para atender esta demanda, resulta necesario aprovechar las potencialidades de cada modelo de servicio, con el propósito de fortalecer la actual oferta de servicios públicos, que permita al Estado dominicano afrontar de manera más eficiente la evolución demográfica nacional. El análisis destaca cada uno de los servicios públicos de cuidado en funcionamiento o en proceso de implementación, sus ventajas y desventajas, así como las estructuras de inversión y costos diferenciados. La propuesta de Cooperativas de Cuidado destaca por ser una opción flexible, como alternativa de servicios que puede implementarse para cubrir distintos tipos de población con demanda de cuidado, siendo una opción costo competitiva en algunos de los escenarios considerados y una importante generadora de empleo.

Se estima que, para cerrar las brechas actuales de cobertura, en 10 años el Estado tendría que invertir en el año 1 entre 0.66 % y 0.31 % del PIB, según el escenario de cobertura, y en el año 10 y subsiguientes entre el 3 % y 0.9 % del PIB anual, según el escenario de cobertura.

Según las estimaciones del modelo de simulación, cubrir un 90 % de la demanda de cuidados con servicios públicos conllevaría para el Estado dominicano, tras una inversión recurrente de 10 años, una inversión anual entre 3% y 0.9% del PIB dependiendo del escenario de cobertura.

Para poner en práctica la política se necesitarían crear entre 285 mil y 78 mil empleos directos. Simultáneamente, cubrir la demanda de cuidados permitiría que cientos de miles de personas, en especial mujeres en edad de trabajar, puedan integrarse al mercado laboral y educativo. El impacto en empleo por liberación de horas producto de la política de cuidados, según estimaciones del modelo de simulación, permitiría que entre 48,000 y 85,000 mujeres dejen de estar en situación sin empleo o sin estudios “sin-sin” gracias a la liberación de horas de trabajo de cuidado por la puesta en marcha de servicios públicos.

En suma, la puesta en marcha de la política de cuidados podría crear entre 127,000 y 370,000 puestos de trabajo como resultado de la política, sin contar los efectos indirectos en la economía de otros sectores, tales como construcción, educación, salud y transporte, entre otros. La inclusión laboral generada por la política, en todos los escenarios presentados se esperarían reducciones de entre 6.34 y 1.9 puntos porcentuales de los niveles de pobreza monetaria general. Estos efectos son más pronunciados en las tasas de pobreza femenina que se reduciría según el escenario entre 7 y 2 puntos porcentuales, lo cual impulsaría la reducción de las brechas de género en los indicadores de pobreza nacional.

Estos resultados apuntan a que la inversión en la política de cuidados tendría efectos positivos significativos y múltiples encadenamientos económicos y sociales. Esto sin contar otros beneficios intangibles de una política nacional de cuidados.

La mejora en la calidad de vida de quienes reciben cuidados y de quienes los proporcionan, no solo contribuye al bienestar individual, sino que también fortalece la cohesión social en lo local. Además, la estimulación temprana acelera y fortalece el desarrollo psicosocial y cognitivo en la niñez, y por su lado, el cuidado de adultos con dependencias potencia su autonomía y su integración social, en especial en materia laboral y de salud.

En última instancia, la política de cuidados tiene el potencial de establecerse como piedra angular para el desarrollo inclusivo en la República Dominicana. Su implementación no solo da respuesta a la creciente demanda de servicios de cuidado, sino que también establece un precedente fundamental que contribuye a la equidad de género, la inclusión social y el desarrollo sostenible. La transformación del mercado laboral, el aumento de la participación en el mercado de miles de personas que actualmente no buscan empleo por responsabilidades familiares o quehaceres del hogar, la liberación de tiempo para oportunidades educativas y la reducción de la pobreza, especialmente entre las mujeres, evidencian el potencial transformador de esta iniciativa.

Al mismo tiempo, la política de cuidados representa un compromiso sólido del gobierno dominicano con el diseño y la implementación de políticas públicas basadas en evidencias. Este enfoque integral, respaldado por un análisis detallado de costos y beneficios, garantiza que las decisiones se tomen de manera informada y estratégica. A medida que la República Dominicana se enfrenta a los retos demográficos y sociales del siglo XXI, la política de cuidados se erige como una respuesta innovadora y pertinente, marcando así un hito significativo en la búsqueda de un desarrollo equitativo y sostenible.

Introducción

En la encrucijada de la evolución sociodemográfica y las demandas cambiantes de la sociedad contemporánea, el cuidado se destaca como un tema central de la sociedad y también de la economía. Estas tareas en los hogares han sido tradicionalmente atribuidas a las mujeres, lo que ha generado cargas desequilibradas de trabajo, y ha dificultado superar barreras de pobreza y acentuado sus condiciones de desigualdad, impidiendo que los países alcancen sus metas de desarrollo de manera inclusiva. Sin este trabajo, tradicionalmente denominado como trabajo reproductivo, no es posible desarrollar el trabajo productivo, esto hace urgente su abordaje desde las políticas públicas, como un asunto de interés público y de necesidad prioritaria de toda la sociedad y de la economía, ya que, los y las trabajadores necesitan desarrollar tareas de cuidado tanto para sí mismos como para sus familias. Además, los cuidados juegan un papel importante en el desarrollo de las personas a través de todo el ciclo de vida.

Expandir la política de cuidados se ha convertido en uno de los objetivos de política económica y social prioritarios del gobierno dominicano, busca proveer a la ciudadanía dominicana de las condiciones que le permitan cuidar y ser cuidada dignamente y, por lo tanto, facilitar la participación laboral de un importante volumen de personas que quedan excluidas de los derechos laborales producto del trabajo asalariado. Esto permitirá no solo que las personas con demanda de cuidados ejerzan su derecho a ser cuidadas en condiciones dignas, sino que propiciará que cada persona en el hogar desarrolle sus capacidades en un entorno equitativo acelerando el alcance de las metas de desarrollo del país.

Las políticas de cuidado tienen un importante impacto en la generación de empleo, la participación laboral, la reducción de pobreza, la reducción de brechas de género, la armonización de la vida laboral y familiar, la dignificación del trabajo doméstico y la generación de cuidados y/o autonomía para personas dependientes, así como de todos los encadenamientos que esto genera en lo económico y lo social.

Una expansión de la política e inversión desde el Estado en la República Dominicana tendría importantes efectos socioeconómicos, así como efectos en la redistribución de esta importante tarea para la sociedad y la economía. Para lograr este objetivo, es necesario dimensionar las necesidades de cuidado existentes y lo necesario para satisfacerlas.

En esta línea, el Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPYD), en colaboración con otras entidades del sector público en marco del «Convenio marco de colaboración Interinstitucional para el desarrollo de la Mesa Intersectorial de Cuidados en República Dominicana», está actualmente inmerso en un proceso de articulación para la implementación de una Política Nacional de Cuidados que aborda comprehensivamente la temática.

El presente documento se estructura en una serie de capítulos que abordan de manera exhaustiva diversos aspectos relacionados con la Política Nacional de Cuidados en la República Dominicana.

- En los capítulos I y II, se presenta una revisión de la literatura y antecedentes relevantes, seguida de una descripción de la propuesta de Política Nacional de Cuidados del gobierno dominicano, así como de sus componentes y alcances específicos.
- Posteriormente, los capítulos III, IV y V describen los aspectos metodológicos generales del ejercicio de simulación, seguido de la estimación de la población objetivo para los servicios de cuidado. Luego, se describen los modelos de provisión de servicios públicos de cuidado y se proponen modelos de atención específicos para el contexto dominicano hasta el año 2023.
- Subsiguientemente, en los capítulos VI, VII se identifican las brechas de cobertura de los servicios de cuidado, se analizan las ventajas y desventajas de los servicios domiciliarios e institucionales, y se calculan los costos asociados con la implementación de estos servicios.
- Finalmente, en los capítulos VIII, IX, X y XI se estiman las necesidades de inversión para los servicios de cuidado según diferentes escenarios de cobertura y se examina el impacto socioeconómico de la política de cuidados, así como las posibilidades de financiación.

Este esfuerzo está en consonancia con los objetivos del gobierno dominicano de diseñar e implementar políticas públicas basadas en evidencias. La evaluación detallada de los costos y beneficios busca proporcionar una base robusta para la toma de decisiones informadas e impulsa que la política de cuidados resultante sea eficaz, sostenible y alineada con las necesidades y aspiraciones de la población.

Capítulo I. Revisión de la literatura y antecedentes

Bases conceptuales sobre el cuidado

El «trabajo reproductivo» es considerado esencial para reproducir la fuerza de trabajo presente y futura. En tiempos recientes, los progresos conceptuales en la interpretación del trabajo no remunerado han evolucionado hacia la consideración del cuidado (o de las labores domésticas y de cuidado) como elementos esenciales para asegurar la reproducción socioeconómica y el bienestar, siendo estas responsabilidades predominantemente asumidas por las mujeres¹.

Estas brechas se observan en todas las etapas de la vida, destacándose especialmente durante la edad reproductiva que coinciden con la presencia de infantes en el hogar. Sin embargo, estas disparidades no desaparecen ni siquiera en los extremos de edad, ya que tanto niñas como mujeres mayores continúan participando en el cuidado de dependientes, abarcando desde hermanos en la infancia hasta el cónyuge en una situación de enfermedad en su vejez, creando un ciclo de cuidado recíproco que incluye a amigos, parejas y familiares².

Las más recientes sugerencias internacionales acerca de cómo medir el trabajo de cuidado están presentes en la «Resolución referente a las estadísticas laborales, empleo y subutilización de la fuerza laboral», la cual fue adoptada durante la 19ª Conferencia Internacional de Estadísticas del Trabajo en 2013³. La resolución contribuye a visibilizar las diferentes etapas del trabajo de cuidados al reconocer no solo el trabajo no remunerado que se realiza en los hogares, sino también el trabajo remunerado que realizan las personas trabajadoras domésticas.

El trabajo de cuidados no remunerado se refiere a la prestación de cuidados por parte de cuidadores que no reciben una compensación económica por sus servicios. Este tipo de labor se considera una dimensión esencial del mundo del trabajo. En contraste, el trabajo de cuidados remunerado se lleva a cabo mediante trabajadoras y trabajadores del cuidado que reciben una retribución económica, englobando diversos roles en servicios personales, como personal de enfermería, profesionales médicos y trabajadores domésticos que brindan cuidados directos e indirectos en los hogares.

Con relación al uso del tiempo se distinguen dos categorías de actividades que se superponen: el cuidado directo, de índole personal y relacional, que implica acciones como alimentar a un bebé o atender a un cónyuge enfermo, y el cuidado indirecto, que abarca tareas como cocinar y limpiar. De hecho, en el manual de la Clasificación de Actividades de Uso del Tiempo para América Latina y el Caribe (CAUTAL) el trabajo no remunerado se clasificó en trabajo doméstico no remunerado para el propio hogar

¹ (García B. , 2018)

² (García B. , 2018)

³ (ILO, 2013)

(que incluye actividades como preparar y servir comida, limpieza de la vivienda, limpieza y cuidado de ropa y calzado, mantenimiento y reparaciones menores del hogar, administración del hogar, compras para el hogar, cuidado de mascotas y plantas, entre otros.), y el trabajo de cuidado no remunerado a miembros del hogar, que se divide entre cuidados a menores de 14 años, a población entre 15 y 60 años, cuidados a personas mayores de 60 años, y cuidados a miembros del hogar con discapacidad permanente⁴.

A pesar de estas divisiones conceptuales que se utilizan para entender y dimensionar al cuidado (trabajo de cuidados remunerado vs no remunerado y trabajo de cuidados directo e indirecto) ha de notarse que todas las expresiones del trabajo de cuidados están interrelacionadas, ya que normalmente el trabajo de cuidados va asociado a realizar tareas domésticas y se puede considerar el trabajo doméstico como una forma indirecta de cuidado. Esto es especialmente cierto en el contexto de países latinoamericanos en hogares con bajos recursos económicos, ya que la mercantilización del trabajo doméstico viene limitada por el acceso a tecnologías, además de por patrones culturales.

Impacto del cuidado en las sociedades modernas

El cuidado emerge como una función social esencial que permea todas las etapas del ciclo de vida. A pesar de su innegable relevancia, el cuidado ha sido relegado en comparación con otros sectores cruciales como la salud, la educación y la seguridad social. Mientras que la salud, la educación y la seguridad social han sido el foco de numerosas iniciativas gubernamentales, el cuidado ha experimentado una falta de atención similar a su importancia social⁵.

En adición existen amplísimas evidencias de la sinergia del cuidado con el resto de las políticas sociales⁶. En el ámbito educativo, la inversión temprana en el cuidado durante la primera infancia se traduce en un desarrollo integral, fortalece la autonomía y eleva las capacidades cognitivas, incidiendo positivamente en el rendimiento escolar. Esta apuesta también se vincula con la eficiencia a largo plazo de la inversión en educación, que mejora la productividad y los ingresos personales a lo largo de la vida. En el contexto de la salud, el cuidado de personas mayores y con discapacidad en situación de dependencia, emerge como una estrategia preventiva que reduce hospitalizaciones y, por ende, optimiza la eficacia de los sistemas de salud. En relación con el empleo y la seguridad social, la implementación de servicios de cuidados disminuye la carga de trabajo no remunerado, generando las condiciones para la autonomía económica de las mujeres y eliminando barreras estructurales para su participación remunerada en el mercado laboral. La inversión en políticas de cuidados y la creación de una economía de servicios en este ámbito no solo generan retornos a

⁴ (ECLAC, 2022)

⁵ (Bango, Campanella, & Cossani, 2022)

⁶ (Bango, Campanella, & Cossani, 2022)

la sociedad, sino que también impulsan ingresos adicionales para los hogares, dinamizan las economías locales y contribuyen al bienestar general.

Las relaciones entre el impacto laboral y la carga de cuidados han sido profundamente exploradas desde el punto de vista de la Economía Feminista. Un caso ilustrativo es el trabajo de Claudia Goldin, distinguida con el Premio Nobel de Economía en 2023, cuyas investigaciones abordan la conexión entre el matrimonio y la participación laboral de las mujeres, los posibles efectos de la maternidad en el empleo femenino, así como las repercusiones de la planificación de la maternidad mediante el uso de métodos anticonceptivos. Así, sus estudios concluyen que la maternidad desempeña un papel crucial a lo largo de la historia en las disparidades salariales⁷. Esto se traduce en limitaciones importantes al desarrollo de las mujeres que, en el caso de República Dominicana, su efecto en la pobreza está relativamente bien documentado⁸.

Antecedentes

En años recientes, en América Latina y el mundo está proliferando la producción de información sobre identificación de la demanda de servicios de cuidado, sus impactos, y la simulación de costos. La crisis desencadenada por la pandemia del COVID-19 destacó la relevancia de los cuidados y, al mismo tiempo, evidenció la insostenibilidad de su actual estructura organizativa, lo que ha motivado no solo la producción científica sobre el tema, sino también el accionar de las entidades públicas⁹.

La producción de información es especialmente rica en México. Un estudio del BID sobre simulaciones del costo de un sistema de apoyo para los adultos mayores en situación de dependencia en México que utiliza los datos del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento (ENASEM) para identificar los factores determinantes de la dependencia futura en adultos mayores, proyectar la prevalencia futura de la dependencia, que distingue entre leve y severa, y determinar el porcentaje de adultos mayores dependientes que accederán a servicios de apoyo. El estudio también estima los costos actuales y futuros de un sistema nacional de servicios para la atención a la dependencia¹⁰.

En 2020, en México, ONU-Mujeres en colaboración con CEPAL y el Instituto Nacional de las Mujeres llevaron a cabo una investigación con el fin de calcular los costos totales anuales, evaluar los rendimientos de la inversión y analizar los posibles impactos en el empleo, la economía y los ingresos fiscales adicionales de la implementación de un sistema de cuidados infantiles universal, gratuito y de alta calidad destinado a niños y niñas menores de 6 años¹¹.

⁷ (Ripani, 2023)

⁸ (Polanco, 2023)

⁹ (Scuro, Alemany, & Coello, 2022) y (Gobierno de México IN-MUJERES - ONUMUJERES, 2021)

¹⁰ (González-González, Stampini, Cafagna, Hernández, & Ibararán, 2019)

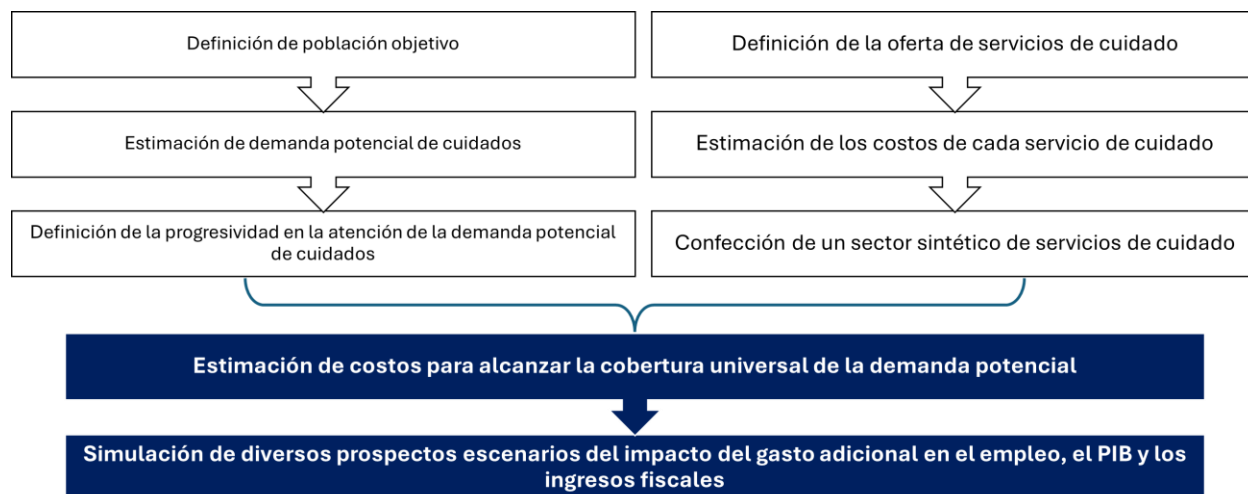
¹¹ (Scuro, Alemany, & Coello, 2022)

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México (INEGI) también es de los pioneros en realizar estimaciones del impacto del trabajo doméstico no remunerado de los hogares en las cuentas nacionales¹².

En cuanto a la estimación de impactos directos, recientemente, se puede mencionar las conclusiones del documento de trabajo del Consejo de Asesores de Economía de los Estados Unidos (CEA, por sus siglas en inglés) que concluyeron que fondos destinados al sector de cuidados para niños y niñas durante la pandemia, lograron frenar el crecimiento de los costos para las familias, estabilizar el empleo y el aumento de los salarios de las y los trabajadoras y trabajadores de cuidado infantil, así como incrementar la participación laboral de las madres. Según los resultados del estudio, estas inversiones tuvieron una relación costo-beneficio de aproximadamente 2:1, lo que significa que los beneficios de estos fondos para la economía en general superaron los costos de la inversión¹³.

En República Dominicana destaca el trabajo de García y Mones (2018)¹⁴, quienes analizaron el efecto de la implementación de la política en la oferta laboral femenina de manera extensiva (participación laboral femenina) y de manera intensiva (cantidad de horas trabajadas por mujeres). Se utilizó un análisis de panel con efectos fijos en los distritos municipales del país. Los resultados sugieren que una transición de los niveles educativos inicial y primario hacia la modalidad de Jornada Escolar Extendida tiene un efecto positivo y estadísticamente significativo sobre la oferta laboral femenina tanto al margen intensivo como extensivo. El presente documento, sigue la metodología descrita por la CEPAL en su documento “*El financiamiento de los sistemas y políticas de cuidados en América Latina y el Caribe*” que se define en la Figura 1.

Figura 1. Proceso de estimación de costos y beneficios de la inversión en cuidados



¹² (INEGI, 2023)

¹³ (CEA (Council of Economic Advisers), 2023)

¹⁴ (García & Mones, 2018)

Fuente: CEPAL 2022

Además, este documento, es una versión mejorada de un ejercicio inicial de simulación realizado en colaboración con el BID y Prosperia. La versión mejorada posee un modelo de imputación de ingreso mejorado, y se aplica un nuevo modelo para la imputación de los efectos laborales de la política en la creación de empleos y en la población beneficiada por la política, se aplica una matriz de costeo actualizada, y se incluyen nuevos modelos de provisión de servicios para que los resultados obtenidos describan de la mejor manera los lineamientos acordados en la Política Nacional de Cuidados.

Capítulo II. La propuesta de política nacional de cuidados del gobierno dominicano.

II.1) ¿Por qué una política de cuidados?

El trabajo de cuidados abarca diversas actividades destinadas a garantizar el bienestar diario de las personas en aspectos que engloban desde la provisión de necesidades básicas para la vida (como alimentación, abrigo, limpieza y atención médica), hasta brindar apoyo emocional, acompañamiento y transmitir conocimientos, valores sociales y prácticas.¹⁵ Los estudios de economía de cuidados generalmente describen las relaciones entre aquellas personas que brindan cuidado y aquellas personas que lo reciben en situaciones de dependencia, ya sean niños o niñas, personas con discapacidad o enfermedades crónicas y adultos mayores con necesidades de apoyo. Sin embargo, a lo largo del ciclo de vida, todas las personas tienen la capacidad de ser receptoras o proveedoras de cuidado.

Estas interacciones entre las personas que brindan cuidados y aquellas que los reciben no ocurren en un contexto aislado, sino que se han desarrollado dentro de dinámicas sociales y culturales que involucran lazos familiares, comunitarios y laborales, así como intersecciones de género y etapas del ciclo de vida, todo ello influenciado por las desigualdades generadas por la división sexual del trabajo. Como resultado, una proporción significativa de la población, particularmente las mujeres, asume de manera desproporcionada la responsabilidad de proporcionar cuidados, lo que a su vez limita su capacidad para participar plenamente en actividades productivas¹⁶.

Precisamente, la economía feminista ha realizado un significativo aporte al considerar el cuidado desde una perspectiva integral. Así, no solo reconoce el cuidado como un derecho y un aspecto indispensable para el funcionamiento de cualquier sociedad moderna, sino que también lo vincula al sistema económico y a la organización social, que define la economía del cuidado como un espacio que abarca bienes, servicios, actividades, relaciones y valores necesarios para la existencia y desenvolvimiento de las personas¹⁷.

El cuidado entendido de esta manera es el sustento de una sociedad funcional, justa y feliz. Los cambios culturales, sociales y demográficos, sin embargo, requieren una respuesta más decidida para poder cerrar las brechas de demanda existentes y la carga que genera en una parte de la sociedad.

¹⁵ (CEPAL, 2023) y (Bango & Cossani, 2021)

¹⁶ (CEPAL, 2020)

¹⁷ (Esquivel V. , 2011)

II.2) La Política Nacional de Cuidados en la República Dominicana

Desde 2021, la República Dominicana bajo la conducción y coordinación estratégica del Ministerio de Economía Planificación y Desarrollo (MEPyD) y el Ministerio de la Mujer, viene desarrollando la estrategia «Comunidades de Cuidado», una experiencia piloto en los territorios priorizados de Azua y Santo Domingo Este, a fin de probar las maneras más efectivas de articular los esfuerzos del Estado y adecuar paulatinamente las decisiones requeridas en el campo institucional, programático, presupuestario y normativo, para generar una oferta de valor público que propicie una reorganización más integral del cuidado en el territorio¹⁸.

Este importante esfuerzo de articulación intersectorial, materializada en la conformación de la Mesa Intersectorial de Cuidados en el país, constituye el principal “espacio de discusión, concertación y decisión política y técnica, para generar una visión común y favorecer la sinergia institucional en torno a la agenda para la formulación de la política nacional de cuidados que posibilite la materialización de un Sistema Nacional de Cuidados en la República Dominicana”¹⁹.

En esta se articulan para expandir y mejorar la cobertura de servicios públicos nacionales, el Ministerio de la Mujer (MMUJER), el Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPYD), el Ministerio de Trabajo (MT), el Programa Supérate, el Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN), el Instituto Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia (INAIPI), el Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia (CONANI), el Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE), el Consejo Nacional de Discapacidad (CONADIS) y el Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional (INFOTEP). Esta experiencia contribuye a definir la construcción de una Política y Sistema Nacional de Cuidados en el país.

El elemento central de la propuesta de Política Nacional de Cuidados que se aspira a construir desde el gobierno dominicano tiene una doble pretensión transformadora:

1. Detonar la economía del cuidado, aprovechando el potencial del cuidado como vector clave para la inversión social, la creación de nuevos empleos, la inserción laboral de las mujeres y la reactivación económica;
2. Promover una sociedad del cuidado, que garantice derechos a las personas que demandan cuidado y a las que cuidan y de esta forma, fomentar la corresponsabilidad de los distintos actores involucrados (el Estado, la comunidad, el sector privado, la familia y los hombres y las mujeres)²⁰.

¹⁸ (Cañete, Suero, Brito, & Cuello, 2021)

¹⁹ Convenio marco de colaboración interinstitucional para el desarrollo de la Mesa Intersectorial de Cuidados de República Dominicana.

²⁰ (Cañete, Suero, Brito, & Cuello, 2021)

Estos objetivos se lograrán al brindar servicios de cuidados a la población que demande cuidados, especialmente a los hogares en situación de vulnerabilidad socioeconómica y con personas en edad de trabajar que no se pueden integrar al mercado de trabajo por dedicarse a tareas de cuidado. Por servicios públicos de cuidados, la política entiende a aquellos programas y servicios provistos por entidades del sector público que permiten a los hogares descargar tiempo de cuidados a través de instituciones y programas que cuidan a las personas en dependencia.

Capítulo III. Aspectos metodológicos generales del Ejercicio de Simulación

La propuesta para simular los efectos de la Política Nacional de Cuidados se fundamenta en una micro simulación de agentes. En este enfoque, se busca replicar de manera individual el comportamiento de las personas cuando su núcleo familiar se ve beneficiado por la política. Para lograr una representación precisa y detallada, se emplean varios modelos auxiliares que aportan información adicional y permiten capturar la complejidad de las interacciones individuales dentro del contexto de la política de cuidados. Este enfoque, al considerar a cada individuo como un agente único en el sistema, permite una evaluación más precisa y granular de los posibles impactos socioeconómicos generados por la implementación de la política, por ejemplo, en los cambios en pobreza. Para más información consultar el “Informe metodológico y de resultados del Ejercicio de Simulación de la Política Nacional de Cuidados para República Dominicana”.

Las simulaciones de agentes corresponden a evaluaciones paramétricas, y correspondientemente se introdujeron criterios de aleatoriedad, por lo cual se pueden construir rangos de confianza sobre los resultados de la simulación. La simulación está definida en dos tiempos, un antes y un después, por lo cual la simulación no intenta replicar situaciones de equilibrio (ni siquiera parciales), ni tampoco hace proyecciones temporales específicas.

En la

Figura 2, se muestra un resumen de los pasos para realizar la simulación con el método de cálculo propuesto. Los pasos son:

- (1) Estimación de la demanda (¿cuántas personas necesitan cuidados?);
- (2) Asignación del tratamiento a partir de probabilidades (¿a qué servicios públicos de cuidados accederían las personas con demanda);
- (3) Cálculo de los recursos humanos y materiales para la expansión de la política (¿cuántas personas cuidadoras se necesitan contratar para la provisión de cuidados?);
- (4) El efecto de la política en la participación laboral (¿cuántas mujeres se pudieran dedicar al trabajo por las horas liberadas de cuidado?; y
- (5) Determinar los cambios en la población trabajando por un ingreso y cuál sería el cambio en la pobreza (¿qué ingresos generarían esos nuevos empleos y cuál sería el impacto en la pobreza?).

Figura 2. Esquema de la simulación



Fuente: Elaboración propia.

Figura 2, para responder las preguntas planteadas en cada paso del ejercicio de simulación se aplicaron diferentes técnicas estadísticas tales como la imputación de valores en la base de datos de la simulación desde registros administrativos y microdatos de encuestas, o la estimación del ingreso a través de modelos predictivos, entre otras técnicas estadísticas y de programación. En capítulos posteriores se expande más sobre los métodos aplicados.

Datos utilizados

Los datos utilizados para la simulación provienen de dos fuentes principales. La primera fuente es la Encuesta Continua de Fuerza de Trabajo (ENCFT) del Banco Central de 2022²¹. Esta encuesta contiene datos de ingreso y participación laboral que permite estimar el impacto social y laboral de la política. Los datos de la ENCFT 2022 son complementados con los microdatos de la ENHOGAR 2021, que provee información sobre discapacidad, dependencia y uso de tiempo a través de sus módulos complementarios, que son luego imputados a través de ratios de probabilidad o cálculos de probabilidades sencillas en la ENCFT.

Para determinar la oferta actual de servicios de cuidado se realizaron imputaciones de probabilidades simples basadas en la oferta atendida actualmente según los registros administrativos de las instituciones públicas prestadoras de servicios de cuidado.

Limitaciones de la simulación

Debido a la falta de información y datos con respecto al tema, el ejercicio de micro simulación es una estimación estática, de equilibrio parcial, a diferencia de otros ejercicios en la temática que tienden a ser macro simulaciones de equilibrio general. Este ejercicio es un ejemplo de generación de evidencias para el diseño de políticas públicas de cuidado en contexto de fuentes de información limitada. En ese sentido, los resultados de la micro simulación se limitan a mostrar solo el efecto directo esperado producto de la implementación de la política.

Por tanto, otros indicadores de equilibrio general como empleos no relacionados al cuidado, empleos indirectos, crecimiento del PIB, impacto fiscal, entre otros, no pueden ser medidos con la presente metodología. A pesar de las limitaciones metodológicas, el ejercicio representa una innovación que aporta al cuerpo de herramientas para la discusión de la política de cuidados no solo en República Dominicana, sino también en otros países en vías de desarrollo de sistemas de cuidado.

²¹ En lo adelante «ENCFT».

Capítulo IV. Estimación de la población objetivo

La propuesta de Política Nacional de Cuidados ha focalizado su atención en las personas que se dedican a cuidar de forma no remunerada y en la parte de población en dependencia que las entidades de la Mesa Intersectorial de Cuidados han establecido como prioritarias, es decir, la población en primera infancia (0-4 años y las personas adultas en dependencia moderada o severa (ya sea personas mayores de 65 años, o personas adultas entre 18 y 64 años). A continuación, se describe la metodología y las fuentes utilizadas para estimar el volumen de población y la caracterización de cada una de las poblaciones objetivo de la política²².

IV.1) Niños y niñas en primera infancia

La metodología aplicada para identificar niños y niñas en primera infancia corresponde a la utilización de los rangos etarios. Tras revisar diferentes fuentes las Proyecciones del Censo de la Oficina Nacional de Estadística (ONE), la ENHOGAR y la ENCFT se observan pocas diferencias entre ellas por lo que se utilizan directamente los datos de la ENCFT.

La ENCFT recoge expresamente a todas las personas miembro del hogar, incluyendo personas menores de 5 años. Según los datos de la ENCFT, para 2022 existían 864,388, cantidad de niños de 4 años o menos en República Dominicana. Esto equivale al 8.1 % de la población y cerca del 90 % de la población con demanda de cuidados, constituyendo este grupo el mayor tipo de demanda de cuidados por un margen considerablemente grande.

IV.2) Identificación de personas adultas en situación de dependencia

Las personas en situación en dependencia son el otro grupo de importancia para identificar la demanda de cuidados. Sin embargo, la identificación en este grupo es más compleja porque existen varias definiciones para la dependencia de largo plazo en personas adultas (mayores de 15 años).

Generalmente, se considera que una persona se encuentra en dependencia cuando debido a una pérdida de autonomía precisa de forma permanente de la atención de otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria. Esto, ya sea por razones derivadas del envejecimiento, la enfermedad o la discapacidad, o incluso por degeneración cognitiva o enfermedades psiquiátricas.

Las actividades de la vida diaria se pueden clasificar en actividades básicas (tales como bañarse, vestirse, alimentarse, caminar), y actividades instrumentales (tales como limpieza de la vivienda, preparar comidas, tomar medicamentos, realizar compras). Este conjunto de actividades, especialmente las categorizadas como básicas, son

²² Para mayor información consultar el “Informe metodológico y de resultados del Ejercicio de Simulación de la Política Nacional de Cuidados para República Dominicana”.

utilizadas como referente para la determinación de la prevalencia de dependencia²³. En la Tabla 1, se resumen algunas de las actividades definidas en el modelo Actividades de la Vida Diaria (AVD) en la literatura sobre la dependencia.

Tabla 1. Clasificación del Modelo de Actividades de la Vida Diaria (AVD)

Modelo de Actividades de la Vida Diaria	
Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)
Usar el inodoro o excusado	Administrar su propia medicación.
Bañarse	Cocinar y preparar alimentos
Vestirse	Realizar las compras necesarias para sobrevivir
Comer o beber	Desplazarse fuera del hogar
Cambiar de posición	Realizar labores domésticas
Levantarse/acostarse de la cama	Toma de decisiones
Desplazarse dentro de su hogar	Manejo de finanzas personales
	Usar el teléfono
	Lavar su propia ropa
	Utilizar por sí mismo el transporte público

Fuente: 2020, Grupo de Washington sobre Estadísticas de la Discapacidad

La República Dominicana no cuenta con un instrumento generalizado aplicado al total de la población que permita estimar la prevalencia de la dependencia nacional con niveles de desagregación adecuados. Para subsanar dicha brecha de información, el MEPyD en colaboración con el BID y el SIUBEN, ha desarrollado una metodología de aproximación de la dependencia utilizando algunas de las preguntas del Consenso de Washington (Anexo 1). La Metodología propuesta por MEPyD permite estimar los niveles de dependencia de las personas utilizando un set de preguntas que ya se aplican en diferentes encuestas, como lo es la ENHOGAR 2021.

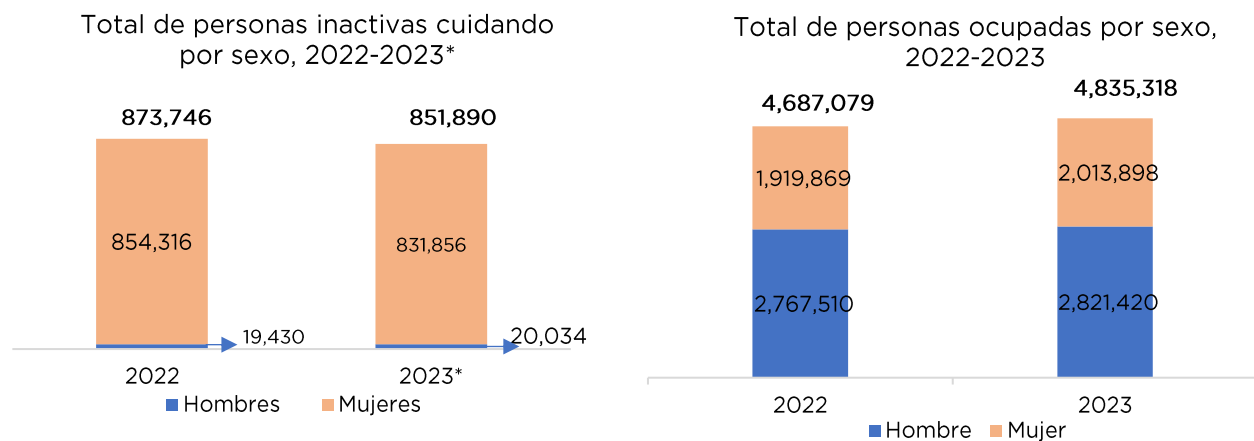
Aplicando la metodología a los datos de la ENHOGAR 2021 (que es la encuesta nacional más reciente que contiene un módulo con las preguntas del Grupo de Washington), se estima que la población en dependencia de 15 años o más de la República Dominicana es de 165,227 personas. Como lo indican las constataciones empíricas, la mayor parte de las personas en situación de dependencia son personas de edad avanzada. La incidencia de dependencia calculada en la ENHOGAR fue imputada respetando por rangos etarios en los microdatos de la ENCFT. Una vez identificadas las personas en situación de dependencia, se calculó la incidencia de personas en condición moderada y severa en el ENHOGAR para imputar dichas probabilidades de incidencia en la ENCFT. La simulación también imputa a la población en dependencia leve las cuales se pueden utilizar en la simulación, aunque no constituyan parte de la población priorizada de la política de cuidados.

²³ Salvador-Carulla L., et al., "Defining disability, functioning, autonomy and dependency in person-centered medicine and integrated care". *International Journal of Integrated Care*. 2010;10(5): None. DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.495>

IV.3) Personas que se dedican a cuidar de forma no remunerada

Uno de los objetivos de esta política son las personas que actualmente se dedican a cuidar a las personas en dependencia. Las personas que se dedican a las labores de cuidado fuera del mercado laboral quedan excluidas de la remuneración y de la cobertura del sistema de seguridad social contributiva, es decir de la cobertura de pensión, riesgos laborales o aseguramiento en salud contributiva. Por esta razón, los sistemas de cuidado impulsan la valoración, reconocimiento y redistribución de las tareas de cuidado.

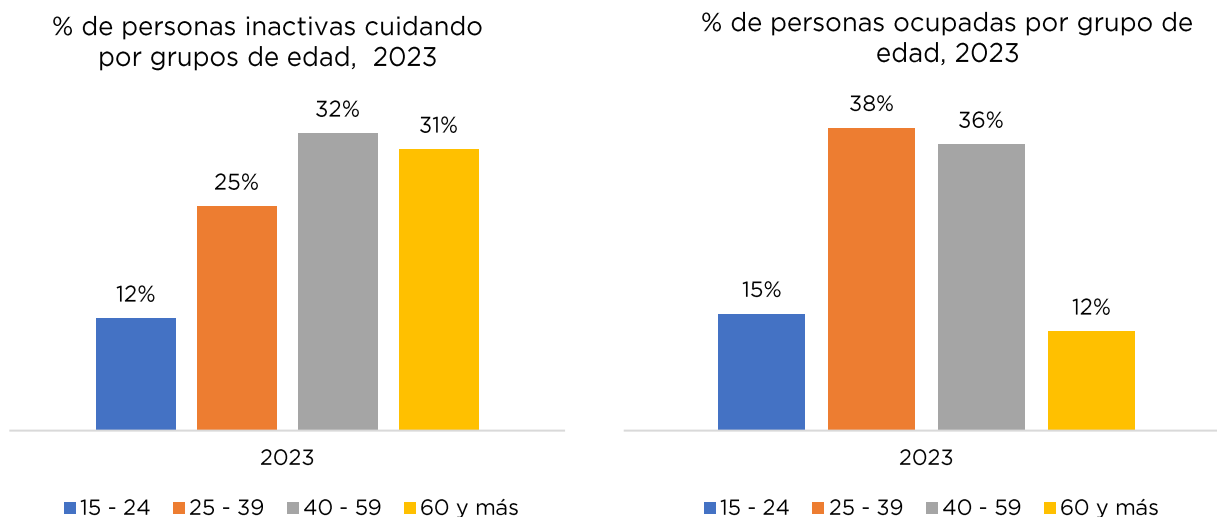
Figura 3. Total de personas ocupadas e inactivas por responsabilidades familiares o quehaceres del hogar por sexo, 2022-2023



Fuente: Elaboración propia, a partir de la ENCFT del Banco Central de la República Dominicana.

De las personas que se dedican al trabajo de cuidado no remunerado (Figura 4) el 31% tiene más de 60 años es decir que es un trabajo que no acaba en la vejez. Además, el 57% se concentra en la etapa más productiva en términos laborales, es decir, entre 25 y 59 años, afectando la inserción laboral remunerada de quienes cuidan y el acceso a sistemas contributivos de la seguridad social. La estructura etaria de las personas ocupadas es diferente: el 74% se ubican entre 25 y 59 años, solo un 12% trabaja después de los 60 años.

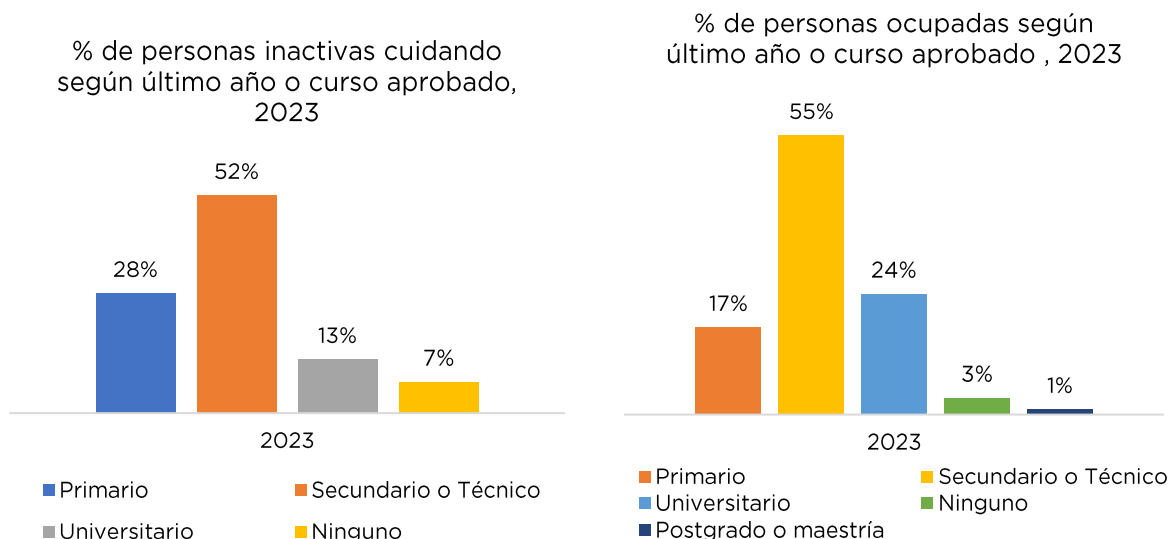
Figura 4. Porcentaje de personas inactivas por responsabilidades familiares o quehaceres del hogar y personas ocupadas por grupo de edad, 2023



Fuente: Elaboración propia, a partir de la ENCFT del Banco Central de la República Dominicana

Su nivel de estudios es inferior al de las personas ocupadas, especialmente en el porcentaje de personas con nivel universitario que, en el caso de las personas inactivas que cuidan, representan un 13 % y, en el de personas ocupadas en general llega a un 25 %. Sorprende, sin embargo, que el nivel de estudios de las personas que cuidan como principal ocupación es en su mayoría, personas que han alcanzado estudios de secundaria o de nivel técnico y que en promedio tienen 9.2 años de estudios por lo que en su mayoría tiene formación suficiente para integrarse al mercado laboral remunerado. Ver Figura 5.

Figura 5. Porcentaje de personas inactivas por responsabilidades familiares o quehaceres del hogar y personas ocupadas según último año o curso aprobado

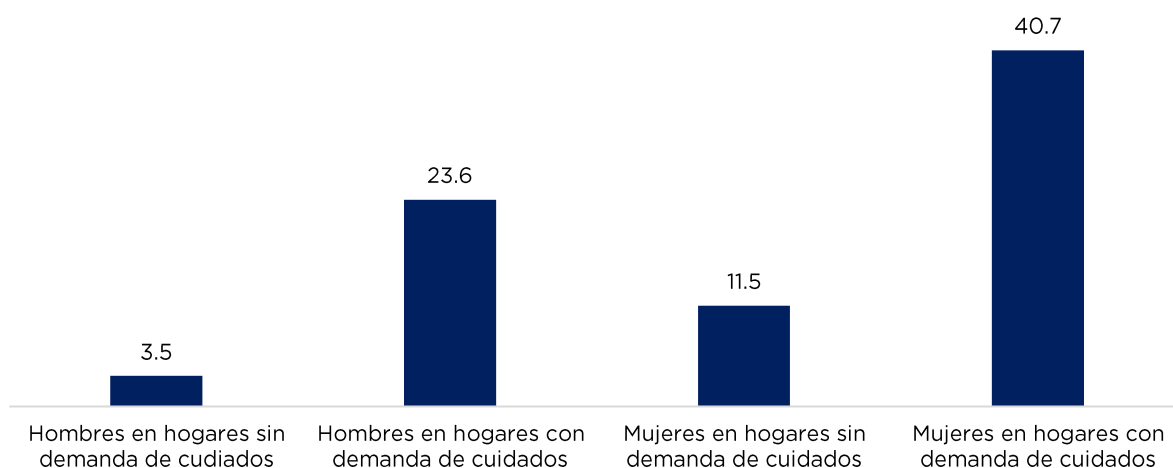


Fuente: Elaboración propia a partir de la ENCFT del Banco Central de la República Dominicana

El esquema de producción de información de América Latina y el Caribe para la producción de estadísticas sobre uso del tiempo considera que el trabajo no remunerado en el hogar se puede clasificar en tiempo dedicado a tareas domésticas (limpiar, lavar, planchar) y a tiempo dedicado a tareas de cuidado (cuidar de personas en situación de dependencia).

Al analizar los datos de la ENHOGAR 2021 que contiene información que permite identificar a las personas en situación de dependencia en un hogar y evaluar el tiempo dedicado a tareas de cuidado por persona, en la Figura 6 se observa cómo la existencia de personas en situación de dependencia en el hogar afecta la cantidad de tiempo dedicado al trabajo no remunerado tanto para hombres como para mujeres. Las mujeres que conviven con personas en dependencia dedican en promedio 40.7 horas a la semana al trabajo no remunerado en el hogar (labores domésticas y de cuidado) lo cual dificulta o hace casi imposible su inserción laboral o su dedicación a los estudios. En el caso de los hombres que conviven con personas en dependencia las horas dedicadas a la semana es de 20.3.

Figura 6. Tiempo promedio dedicado a la semana (en horas) para trabajo no remunerado en el hogar, por sexo, según la demanda de cuidados en el hogar, 2021



Fuente: Elaboración propia en base a cálculos propios con datos de la ENHOGAR 2021

Para estimar el posible efecto de una política de cuidados en esta población objetivo fue necesario desarrollar observaciones empíricas que evidenciaran si existe una relación entre la liberación de horas dedicadas actualmente a tareas de cuidado afectaría la probabilidad de que una persona cambie de estatus laboral. Las regresiones demostraron que por cada 8 horas diarias dedicadas a la semana las mujeres aumentan la posibilidad de estar en situación NINI en 5 %. Dedicar 40 horas




de cuidado, como es el promedio, aumenta la posibilidad de que una mujer se encuentre en situación NINI en alrededor de un 27 %.²⁴

IV.4) Demanda total por hogares

Una vez imputados los datos de dependencia desde la ENHOGAR a la ENCFT y realizando los cálculos de filtro para la población en primera infancia, es posible obtener estimaciones por hogar de la demanda de cuidados según las diferentes categorías consideradas.

Se estima que 813 mil hogares tienen al menos un miembro del grupo con demanda priorizada (esto es equivalente al 23% de los hogares en el país). En términos de personas, se proyecta 864,330 niños y niñas en primera infancia, 67,447 personas adultas mayores de 65 años en dependencia moderada o severa, y 30,139 adultos entre 18 y 64 años en dependencia moderada o severa (Tabla 2).

Tabla 2. Estimación de la población priorizada para la implementación de la política Comunidades de Cuidado en 2022

Población en primera infancia	Población adulta en situación de dependencia	
	Población adulta en dependencia moderada o severa mayor de 65 años	Población adulta en dependencia moderada o severa entre 18 y 64 años
		
864,388	67,448	30,139

Fuente: Elaboración propia, MEPYD, 2023

Los datos evidencian que la distribución de la demanda de servicios públicos de cuidados en la actualidad está marcada por la preponderancia de la población en primera infancia, seguida por la población en dependencia mayor de 65 años, y finalmente, la población en dependencia entre 18 y 64 años. Sin embargo, es crucial tener en cuenta que estos datos ofrecen una visión estática y que la demografía de República Dominicana está experimentando cambios rápidos. En las próximas

²⁴ Para más información consultar el “Informe metodológico y de resultados del Ejercicio de Simulación de la Política Nacional de Cuidados para República Dominicana”.

décadas, es probable que la demanda de servicios de cuidado experimente fluctuaciones significativas debido a las dinámicas demográficas.

Este fenómeno plantea desafíos importantes para el diseño y la implementación de políticas de cuidado, subrayando la necesidad de enfoques flexibles y adaptativos que puedan responder eficazmente a las cambiantes necesidades de la sociedad dominicana. En el siguiente capítulo, se explora y describe la oferta actual pública de servicios de cuidado para responder a estas poblaciones.

Capítulo V. Descripción de los modelos de provisión de servicios públicos de cuidado y propuestas de modelos de atención en la República Dominicana a 2023

Existen una gran diversidad de instituciones y servicios vinculados al tema de cuidado, aunque no todos los servicios ofrecidos por estas instituciones constituyen una disminución de la carga de cuidados para los hogares y algunos no cubren la población priorizada para la expansión de la Política de Cuidados en esta primera fase. Teniendo en cuenta la definición y estándares definidos en los acuerdos de la Mesa Intersectorial de Cuidados, existen tres programas que brindan servicios públicos de cuidado que constituyan una reducción de trabajo de cuidado para los hogares y que estén pensados para la población priorizada el MINERD a través del segundo ciclo de inicial (3 a 5 años), el INAIPI enfocado en la población de 0 a 4 años, y CONAPE, dirigido a brindar servicios a personas mayores de 65 años.

Para complementar los servicios que ya se ofrecen, el Estado dominicano prevé que en un futuro cercano subcontratar Cooperativas de Cuidado para proveer cuidados domiciliarios a través de personas certificadas en cuidados. Las Cooperativas de Cuidado son la única opción de servicio que prevé atender a múltiples tipos de demanda de cuidados para todas las poblaciones priorizadas incluyendo personas de 18 a 65 años con dependencias moderadas y severas.

En las siguientes secciones se resume con mayor detalle las labores y servicios de las instituciones que están proveyendo o proveerán servicios de cuidados, o que de alguna manera se vinculan al tema.

Así mismo, hay otras organizaciones estatales que proveen servicios complementarios a subpoblaciones de la demanda prioritaria, tales como CONANI, el Servicio Nacional de Salud o CONADIS. En la Tabla 3, se resumen algunas de las instituciones que son rectoras de políticas para parte de las poblaciones priorizadas o que forman parte del entramado institucional que brinda (o brindará) servicios a poblaciones vulnerables que coinciden con la población priorizada por la Política Nacional de Cuidados.

Tabla 3. Tabla resumen de servicios públicos de atención para personas en dependencia

Institución	Servicio	Tipo	Población meta
Ministerio de Educación	Aulas de Nivel Inicial del segundo ciclo	Servicios educativos (40 horas a la semana).	Niños y niñas entre 3 y 5 años de edad.
INAIPI	Centros de Atención Integral a Primera Infancia (CAIPI)	Servicios de atención integral (40 horas a la semana).	Niños y niñas entre 0 y 4 años de edad.
	Centros de Atención Integral a la Infancia y la Familia (CAFI)	Acompañamiento y formación de las familias.	Familias y redes comunitarias de niños y niñas entre 0 y 5 años.

Institución	Servicio	Tipo	Población meta
CONAPE	Centros Permanentes (asilos) rectorizados por CONAPE	Servicios de acogida (24 horas durante los 365 días del año).	Personas mayores de 65 años que no tienen familiares, que están en situación de indigencia y encamados o dependientes (dependencia moderada o severa).
	Hogares de Día	Servicios para mantener los adultos mayores activos, productivos y participativos (40 horas a la semana).	Personas mayores de 65 años sin dependencia o con dependencias leves.
	Familias de Cariño	Identifica familias sobre todo las conformadas por mujeres solas que cuidan a sus familiares adultos mayores en vulnerabilidad o acogen otros sin familias para darles cuidados integrales a cambio de un pago mensual (24 horas durante los 365 días del año).	Adultos mayores jubilados o sin empleo, en situación de dependencia o independencia con riesgo a la dependencia.
	Visitas domiciliarias Subsidios alimenticios Otros	Otros servicios no de Cuidado.	Personas mayores de 65 años en general.
Ministerio de Educación	Centro de Atención Integral para la Discapacidad (CAID)	Intervención multidisciplinaria para potenciar y desarrollar al máximo las habilidades cognitivas, socioemocionales, adaptativas, psicomotoras y comunicativas de su población usuaria.	Niños y niñas de cero a doce años con trastorno del espectro autista (TEA), parálisis cerebral (PC) y Síndrome de Down.
CONADIS	Servicios de apoyo a la población con discapacidad	Certificación de la discapacidad Iniciativa del Sello RD Entrega de dispositivos de apoyo Programas de formación que abordan aspectos como el trato digno, la educación inclusiva y el deporte adaptado, orientados hacia diversos sectores e instituciones.	Personas con discapacidad.
CONANI	Hogares de Paso de (Centros de acogida)	Acogida y cuidado integral (24 horas, 365 días al año).	Niños, niñas y adolescentes que carecen de hogar o están en alto nivel de vulnerabilidad.
Cooperativas de Cuidado	Servicios Domiciliarios de Cuidado (en proceso de pilotaje)	Servicios de cuidado otorgados en función de lo demandado por el hogar y la disponibilidad de recursos estatales.	Hogares con personas en dependencia.

Fuente: Elaboración propia, MEPyD 2023

V.1) Servicios públicos de cuidados en funcionamiento desde MINERD, INAIPI y CONAPE

V.1.1) Aulas del nivel inicial del MINERD

El gobierno dominicano ha tenido como una prioridad expandir la cobertura de la oferta de servicios de cuidados para primera infancia. El Gabinete de Niñez y Adolescencia (GANA), desde su creación en 2020, impulsó la articulación necesaria para que el Ministerio de Educación de la República Dominicana desarrollara la iniciativa de “Expansión de aulas del nivel inicial” expandiendo la oferta de servicios educativos públicos a niños y niñas de tres y cuatro años.

Esta respuesta viene dada, en parte, por la crisis sanitaria por COVID-19 que se convirtió también en una crisis de los cuidados. En República Dominicana, particularmente, se produjo una disminución de la demanda y oferta de educación inicial, especialmente en el sector privado.

Esta propuesta está basada en varios avances normativos en la República Dominicana. En primer lugar, la Ley General de Educación No. 66-97, en su artículo 4, establece en su literal “ñ” que el sistema educativo nacional promoverá en los alumnos, desde las etapas más tempranas, la capacidad de aprender de forma autónoma. Por otro lado, la Ley 136-03, que rige el Sistema Nacional de Protección de niños, niñas y adolescentes, en su artículo 46 establece las garantías del derecho a la educación, que en el literal “a” hace énfasis en la obligación del Estado en garantizar el acceso a educación inicial a partir de los tres años. En 2015, la Ordenanza 1-2015 del Ministerio de Educación introduce un currículo revisado, actualizado y validado para la educación inicial tanto en el ámbito público como privado, comenzando en el año escolar 2015-2016. Además, el artículo 14 de esta ordenanza establece que el nivel inicial es obligatorio, gratuito y está dirigido a niños y niñas desde los 45 días de nacidos hasta los 6 años, mientras que la interpretación normativa hasta el momento era que la educación obligatoria y gratuita estaría limitada a partir de los 5 años²⁵. Estos cambios normativos reflejan un compromiso de largo plazo con el desarrollo educativo desde las primeras etapas de la vida en la República Dominicana, el cual se impulsa ahora de manera más concreta también desde el MINERD.

Según datos administrativos del MINERD, la expansión de aulas del nivel inicial en un principio se ha centrado principalmente en aulas de Pre-Kínder (niños y niñas de 3 años), y Kínder (niños y niñas de 4 años) (Tabla 4).

Las metas establecidas para el programa de expansión de aulas del nivel inicial son ambiciosas. Se prevé que en los próximos años se añadan al sistema unas 3,000 aulas en tres etapas, para la inclusión de alrededor de 75,000 niños y niñas que están fuera de la escuela²⁶. La expansión de oferta de las aulas del nivel inicial es una oportunidad

²⁵ (IDEC, 2023)

²⁶ (IDEC, 2023)

de educar y cuidar a los niños y niñas en primera infancia de República Dominicana en espacios seguros y a un costo inferior al que implica la construcción de nuevos CAIPI's. Además, este modelo permitiría una rápida expansión de la oferta, al mismo tiempo que facilita la integración de los infantes dominicanos al sistema de educación formal de manera temprana.

Según los reglamentos del MINERD, los niños y niñas de 5 años de preescolar es también parte del segundo ciclo del nivel inicial, pero el análisis de este documento obvia el último grado del nivel (es decir, pre-primario) ya que a 2022 se estimaba que la cobertura post pandemia para este grado es más del 80 %, con incluso mayores niveles de cobertura en años posteriores ²⁷.

Según datos del MINERD, en el curso escolar 2022-2023 había 55,867 niños y niñas de 3 y 4 años matriculados en las aulas del MINERD en los niveles de prekínder y kínder (Tabla 4). Desde el año 2019-2020 el aumento de matrícula ha sido de 20,371 niños y niñas, es decir un 57 % más. Para hacer esto posible ha aumentado el número de secciones o aulas en 1,204 la mayoría de ellas en escuelas de primaria ya existentes.

Tabla 4. Matrícula por sexo, secciones y centros que tienen secciones MINERD, según grado. 2019-2020 y 2022-2023

Grado	Niños/as matriculados/as		Secciones		Centros que tienen secciones	
	2019-2020	2022-2023	2019-2020	2022-2023	2019-2020	2022-2023
3 años, Prekínder	12,704	17,388	541	742	341	475
4 años, Kínder	22,932	38,479	1,040	2,043	723	1,586
Total general	35,636	55,867	1,581	2,785	730	1,601
% de aumento (2019-2020 a 2022-2023)	57%		76%		119%	

Fuente: Departamento de Estadística, MINERD 2024

Sin embargo, además de construir y equipar edificios, el país se enfrenta a un reto para que las aulas de inicial (y del resto del sistema educativo) cumplan un rol de cuidados pleno. En primer lugar, se debe de asegurar la transición hacia la tанда extendida. En el año escolar 2021-2022, el 31.9 % de los centros educativos del sector público trabajaban en horario parcial, de mañana o de tarde exclusivamente²⁸. En segundo lugar, es necesario consolidar la escuela como un centro de atención integral para los y las estudiantes, donde la transmisión de conocimiento es uno más de los ejes de atención, pero no el único. Para esto se ha planificado desarrollar la expansión de cobertura a través de Centros de Inicial que incluyan más servicios.

²⁷ (IDEC, 2023)

²⁸ Registros administrativos del MINERD, 2023

V.1.2) Servicios del INAIPI: los CAFI y los CAIPI

El Instituto Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia (INAIPI) es responsable de gestionar la prestación de servicios de atención integral de calidad a niños y niñas durante la primera infancia de 0 a 4 años, y a sus familias²⁹. El INAIPI ejemplifica una estrategia territorializada de prestación de servicios a través de los Centros de Atención Integral a la Familia y la Infancia (CAFI) y de los de Centros de Atención Integral a Primera Infancia (CAIPI).

Los Centros de Atención a la Familia y la Infancia (CAFI) centran su acción en dos áreas fundamentales: en primer lugar, se enfocan en las familias con niños en primera infancia, y, en segundo lugar, se dirigen a las redes de apoyo naturales presentes en las comunidades de niños menores de 5 años. El objetivo primordial es garantizar las mejores condiciones para el desarrollo temprano de la población infantil en el país. Este propósito se materializa mediante el acompañamiento y la formación de las familias a través de visitas domiciliarias y talleres grupales, abordando aspectos cruciales como la protección, salud, nutrición y educación inicial de los niños y niñas³⁰. Según los registros de INAIPI, en 2023 atendían a 162,351 niños y niñas en esta modalidad a través de 487 centros CAFI.

Un CAIPI, por su parte, es una instalación de servicios de cuidado directo de tiempo completo, donde se cuidan a los niños y niñas por 8 horas diarias, durante el equivalente a un año escolar (agosto-junio). Un CAIPI cuenta con personal especializado para responder a la necesidad y demanda de servicios de atención integral en primera infancia, y se provee atención en aspectos de salud, nutrición, estimulación temprana y desarrollo cognitivo.

En la Tabla 5, se puede observar la oferta de servicios de INAIPI en centros CAIPI para el año escolar 2022-2023 con 206 centros, alcanzando a una población de 41,882 niños y niñas de 0 a 4 años. La expansión de la cobertura a través de INAIPI ha sido de 87 nuevos centros CAIPI de 2019 a 2023 lo que significa un aumento de un 73 % que ha llevado a un aumento de niños y niñas inscritos de 67 %.

Tabla 5. Centros de atención y niños y niñas inscritos en servicios del INAIPI por tipo, según gestión, año escolar 2022-2023

Tipo de Gestión	2019		2023	
	# Centros	Cobertura a NNs	Centros	Cobertura a NNs
CAIPIs	119	25,051	206	41,882
Aumento de centros y matrícula en % 2019-2023			73%	67%

Fuente: Elaboración propia en base a registros administrativos del INAIPI, 2023

²⁹ (INAIPI, 2023a)

³⁰ (INAIPI, 2023b)

V.1.3) Centros Permanentes (asilos) adscritos al CONAPE y otros servicios

El Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE), fue creado por la Ley 352-98 del año 1998, y es la entidad responsable de diseñar las políticas nacionales a favor del adulto mayor. Esta ley y su reglamento tienen como objetivo sentar las bases institucionales y establecer procedimientos de protección integral a los adultos mayores, sus derechos a una vida activa, productiva y participativa, donde se respete su dignidad, libertad, convivencia familiar y comunitaria, a la recreación, a la cultura y a la igualdad. Además, el CONAPE orienta a las entidades del sector público y privado en la aplicación de las políticas dedicadas a las personas mayores, como por ejemplo los esfuerzos institucionales al cumplimiento del Plan de Acción Internacional de Madrid Sobre Envejecimiento³¹.

El CONAPE ofrece una amplia diversidad de servicios a la población mayor de 65 años para asegurar su autonomía, derechos y acceso a servicios sociales. Por ejemplo, cuenta con el Programa Familias de Cariño, instalaciones especiales para envejecientes privados de libertad, el programa “AMA” de Acogida al Adulto Mayor en Situaciones de Emergencia, además de servicios educativos y culturales para personas envejecientes, incluido un programa de pasantías. Asimismo, se encuentran en proceso de expansión de varios programas de transferencias tales como la Transferencia Económica al Adulto Mayor - “TE-AMA” -, Protección a la Vejez en Pobreza Extrema - PROVEE -, además de apoyar a la gestión del programa de Pensiones Solidarias. La mayoría de estos servicios complementarios están diseñados como tratamientos preventivos y paliativos de la dependencia y vulnerabilidad socioeconómica de las personas mayores de 65 años³².

El CONAPE desarrolla también la provisión de servicios de cuidado permanente a través de varios programas que buscan garantizar la calidad de vida de los adultos mayores especialmente vulnerables, tales como:

- Los Hogares o Centros Permanente (Asilos), propios y de Asociaciones Sin Fines de Lucro (ASFL): ofrecen servicios de acogida 24 horas durante los 365 días de año, en este tipo de centros se priorizan personas adultas mayores que no tienen familiares, que están en situación de indigencia y encamados, o con dependencias moderadas o severas.
- Familias de Cariño: identifica familias sobre todo las conformadas por mujeres solas que cuidan a sus familiares adultos mayores en vulnerabilidad o acogen otros sin familias para darles cuidados integrales a cambio de un subsidio mensual (24 horas durante los 365 días del año).

³¹ (CONAPE, 2023a)

³² (CONAPE, 2023b)

- Los Hogares de Día y las ASFL de Día: ofrecen servicios en horario de 8:00 am hasta las 4:00 p.m. En este tipo de centros, los servicios están enfocados en mantener a las personas adultas mayores activas, productivas y participativas durante horas diurnas, y por lo tanto su población objetivo son personas sin dependencia o con dependencias leves.

Aunque los Hogares de Día de CONAPE ofrecen visitas domiciliarias y provisión alimenticia a personas en dependencia moderada o severa, solo los Centros Permanentes (asilos) ofrecen servicios de cuidados de larga duración a personas en dependencia moderada o severa. En la Tabla 6, se puede observar la distribución según el tipo de gestión de acogida. Cabe destacar que, al igual que con INAPI, la cantidad de oferta destinada a cuidados de la población priorizada es comparativamente pequeña en comparación al total de oferta de servicios de la institución.

Tabla 6. Personas atendidas en centros de acogida de CONAPE, según tipo, 2023

Gestión de Acogida	Cantidad de Adultos Mayores Impactados
Centros Permanentes (asilos) rectorizados por CONAPE	355
Acogidos en ASFL Permanentes	1,316
Familias de Cariño	290
Atención permanente a personas con dependencias moderadas o severas	1,961
Acogidos en Hogares de día CONAPE	1,499
Acogidos en ASFL Diurnas	2,216
Acogida en Hogares de día (Presupuesto por Resultados)	527
Atención directa a personas con dependencias leves o sin dependencia	4,242
Total	6,203

Fuente: Elaboración propia en base a registros administrativos de CONAPE, 2023

V.2) Programas previstos para complementar la oferta pública de cuidados

V.2.1) Servicios de cuidado domiciliario: Cooperativas de Cuidado

Uno de los principales objetivos de la política de cuidados es la instauración de una «Red de Cuidadoras» que pueda ofertar servicios de cuidados a domicilio en el país, el Estado financiaría estos servicios especialmente para las personas con mayor vulnerabilidad. Teniendo en cuenta la necesidad de instalar capacidades de cuidados adaptativos (debido a los cambios sociodemográficos que experimentaría el país en los próximos años), dentro del marco de Comunidades de Cuidado, siguiendo el ejemplo de las experiencias internacionales, se apuesta por un modelo de atención domiciliaria a través del impulso a la creación y posterior contratación de Cooperativas de Cuidado.

Para esto, se ha hecho necesario desarrollar currículos adecuados para la formación y profesionalización del cuidado de las diferentes poblaciones en dependencia a través del INFOTEP. En el año 2023, se han actualizado los programas “Cuidados en la primera infancia” y “Cuidado de Personas Adultas Mayores” del INFOTEP, con el apoyo de la Organización Internacional para el Trabajo (OIT). simultáneamente, se ha desarrollado un innovador programa formativo de “Asistencia personal a personas con discapacidad con demanda de apoyo”, y se han formado facilitadores para iniciar los cursos.

Hasta el momento en que se publica este estudio se habían formado aproximadamente mil (1,000) personas en los programas del INFOTEP de «Cuidado y atención a personas adultas mayores», y «Cuidado en la primera infancia», contribuyendo a profesionalizar las labores de cuidado principalmente de personas provenientes del programa Supérate. Las personas interesadas y certificadas pueden afiliarse a la cooperativa para prestar servicios de cuidado remunerado. Los hogares elegibles del Programa Supérate y priorizados recibirán soluciones a las necesidades de cuidado que tengan a través del financiamiento público contratado a las cooperativas a través de las instituciones rectoras para cada población como CONAPE, CONADIS u otros.

El apoyo para la creación de la primera Cooperativa de Cuidado se enmarca en el nuevo módulo de cuidados del Programa Supérate adscrito a la Presidencia de la República, que se propone impulsar acciones que ayuden a enfrentar la pobreza femenina y promuevan la inserción laboral digna de las mujeres que forman parte de este, así como garantizar el acceso a servicios de cuidado institucional o domiciliario a los hogares elegibles del Programa Supérate.

Las Cooperativas de Cuidados que brindarán servicios domiciliarios de cuidados, siguen el ejemplo de otros países de América Latina e iniciarán prioritariamente para las personas adultas con dependencias, dado que la atención domiciliaria es la recomendable para esta población como alternativa a la institucionalización. La atención domiciliaria representa una opción de menor costo para los sistemas en comparación con las ofertas basadas en residencias o asilos; y ofrecen la oportunidad de prevenir deterioro de las capacidades funcionales y de desarrollar la autonomía de las personas que, con ciertos apoyos, pueden recuperar de manera efectiva niveles importantes de funcionalidad³³. Las Cooperativas de Cuidado no solo permitirán la atención en el entorno familiar, sino que también contribuye a la autonomía y calidad de vida de aquellos que requieren asistencia. Este cambio en la perspectiva de los servicios de cuidados resalta la importancia de considerar diversas modalidades para satisfacer las necesidades de la población objetivo, fomentando así una atención más inclusiva y flexible. Así, la flexibilidad de la atención personalizada permitiría abordar casos que requieran mayor o menor atención en función de la demanda de los hogares.

³³ (Aranco & Ibarrán, 2020) y (Jara-Maleš & Chaverri-Carvajal, 2020) en (Chaverri-Carvajal, 2023)

En ese sentido, las Cooperativas de Cuidado representan una innovación en la manera en que se brindan servicios públicos de cuidados, que normalmente son infraestructuras de servicios ancladas a una población en específico y provistos de forma directa por el Estado. El servicio domiciliario de cuidados puede ser común para hogares particulares con ingresos suficientes para contratar servicios de enfermería, cuidado infantil o de personas adultas con dependencias en el sector privado, hasta ahora no se consideraba como una opción entre los prestadores de servicios públicos dominicanos, evidenciando así una brecha significativa en la oferta de atención para personas en vulnerabilidad socioeconómica. Específicamente, en la atención a adultos, el servicio domiciliario de cuidados se ha consolidado internacionalmente como una opción en constante crecimiento por su capacidad de adaptación a las necesidades individuales, y que promueve un enfoque más personalizado y centrado en el bienestar de la persona atendida.

El análisis revela que existen barreras que solventar. En el caso de los servicios domiciliarios, que solo es posible proveerlos en viviendas que tengan las condiciones y servicios básicos necesarios para cuidar con calidad. Será necesario, por tanto, derivar a servicios institucionales aquellos casos priorizados en los que no hay condiciones de cuidado domiciliario en la vivienda o, en su defecto, articular con otras entidades del Estado para mejorar las condiciones de las viviendas y de los servicios públicos, los que permitiría que las personas dependientes puedan recibir servicios de cuidados en sus hogares y comunidades. Además, es una estrategia innovadora que necesita pilotarse e integrar paulatinamente las mejoras necesarias para su expansión.

V.3) Otros modelos de servicios complementarios para personas en dependencia

En la República Dominicana existen otras instituciones que brindan servicios de apoyo a personas con ciertos niveles de dependencia y a personas con discapacidad. Es preciso señalar que la discapacidad y la dependencia no son conceptos intercambiables, dado que una persona puede tener una discapacidad sin estar en dependencia, y viceversa. En los servicios que se describen, a continuación, se observa que la atención a la discapacidad en República Dominicana se centra en proporcionar recursos y apoyos que permitan a las personas vivir en autonomía y, abordar desafíos específicos sin que esto implique necesariamente una cobertura de atención a la dependencia, sin embargo, se considera oportuna su discusión en este documento para entender todo el alcance de intervención de otras entidades vinculadas a la política de cuidados, algunas de las cuales, signatarias del «Convenio marco de colaboración Interinstitucional para el desarrollo de la Mesa Intersectorial de Cuidados en República Dominicana».

V.3.1) Servicios de CONADIS

El Consejo Nacional de Discapacidad (CONADIS) es una “institución autónoma y descentralizada con personalidad jurídica, autonomía administrativa, financiera y

técnica, encargada de establecer y coordinar las políticas relacionadas con la discapacidad”. El CONADIS opera bajo la adscripción a la Presidencia de la República, estando su gestión sujeta a la supervisión directa del Ministerio de la Presidencia³⁴.

Según su memoria institucional de 2022³⁵, el CONADIS se encuentra actualmente comprometido en el reconocimiento de prácticas inclusivas beneficiosas para las personas con discapacidad mediante la iniciativa del Sello RD Incluye y otros esfuerzos que abarcan, por ejemplo, la entrega de dispositivos de apoyo (tales como sillas de rueda, aparatos auditivos auxiliares, bastones, entre otros). Adicionalmente, la institución ha implementado programas de formación que abordan aspectos como el trato digno, la educación inclusiva y el deporte adaptado, orientados hacia diversos sectores e instituciones.

Es importante destacar que el CONADIS despliega funciones esenciales, entre ellas, la certificación de discapacidad que, durante 2023, logró valorar y certificar a nivel nacional alrededor de 7 mil personas con discapacidad. No obstante, es crucial señalar que el CONADIS no presta servicios de cuidado para personas en el rango etario priorizado por la política de cuidados, aunque si coordina junto al MINERD algunas de las aulas para educación especial en primaria, que son un eslabón intermedio de la integración al sector educativo de la población con alguna discapacidad.

V.3.2) Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia (CONANI) y el Gabinete de Niñez y Adolescencia (GANA)

El Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia (CONANI) es el órgano rector del Sistema Nacional de Protección de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia. La misión primordial de CONANI es asegurar los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes en la República Dominicana, mediante la efectiva rectoría de las políticas en materia de niñez y adolescencia³⁶. El Gabinete Niñez y Adolescencia (GANA) ejerce la función de coordinación entre los organismos dedicados a programas de atención a la niñez y menores de edad³⁷.

Las acciones emprendidas por CONANI tienen como enfoque central la aspiración de que cada niño, niña y adolescente en el país pueda disfrutar de entornos familiares y comunitarios que salvaguarden, protejan y aseguren plenamente sus derechos fundamentales. CONANI tiene centros de acogida destinados a niños que, por orden de un juez, que deban ser colocados en programas de protección u otro tipo de medida.

³⁴ (CONADIS, 2023a)

³⁵ (CONADIS, 2023b)

³⁶ (CONANI, 2023)

³⁷ (Iniciativa GANA, 2023)

V.3.3) El Centro de Atención Integral para la Discapacidad (CAID)

El Centro de Atención Integral para la Discapacidad (CAID)³⁸, ofrece un paquete de apoyo que incluye la evaluación, diagnóstico y tratamiento de niños en el rango de 0 a 12 años afectados por trastorno del espectro autista, Síndrome de Down y parálisis cerebral. La meta principal del CAID es facilitar el máximo desarrollo posible de las potencialidades de estos niños, con el propósito último de lograr su efectiva inclusión en la sociedad. Entre los servicios que se ofrecen están las terapias físicas, del habla y del lenguaje y complementarias, entrenamiento para la familia, terapias familiares, entre otras³⁹. Nuevamente, este servicio no necesariamente implica una disminución de la carga de cuidados, ya que no son centros donde las personas tratadas pueden ser atendidas a tiempo completo, sino centros de terapia especializada.

³⁸ Mediante el decreto número 456-23, el CAID es transferido a MINERD.

³⁹ (CAID, 2023)

Capítulo VI. Identificación de brechas de cobertura de los servicios públicos de cuidado

Tomando en cuenta la demanda estimada y las personas atendidas, en la Tabla 7, se identifican las brechas de prestación de servicio. La tabla proporciona una estimación total de personas en las poblaciones priorizadas por la política de cuidados, junto con el número de personas atendidas por los servicios públicos de cuidados permanentes en funcionamiento, según los registros administrativos de las instituciones. Asimismo, se presenta el nivel de cobertura de los servicios públicos de cuidados en relación con la población total, y se muestra el nivel de cobertura asumiendo que todas las personas atendidas por dichos servicios están en situación de pobreza monetaria. Este último cálculo se divide por el número total de personas en la población priorizada que se encuentran en pobreza monetaria general.

Tabla 7. Estimación de la demanda, cobertura que libere al hogar de horas de cuidado y brechas de servicios de cuidados en la República Dominicana según las distintas subpoblaciones priorizadas

Categoría	Estimación total de personas	Personas atendidas actualmente por servicios institucionales públicos de cuidado	Cobertura en servicios públicos de cuidado	Cobertura con relación a la población en dependencia en pobreza monetaria general ^f
Niños y niñas en primera infancia (0-4 años)	864, 388 ^a	97,749 ^c	11%	24%
Personas adultas de 65 años o más en dependencia moderada y severa (Centros Permanentes, CONAPE, ASFL y Familias de Cariño)	67,448 ^b	1,961 ^d	3 %	23 %
Personas entre 18 y 65 años en dependencia moderada y severa	30,139 ^b	0 ^e	0 %	0 %

Fuente: Elaboración propia en base a registros administrativos.

Notas:

(a) Estimaciones propias en base a la ENCFT 2022

(b) Modelo de simulación de impacto de la política de cuidados estimados en la ENCFT 2022

(c) Niños y niñas en primera infancia atendidos en CAIPIS en 2023 según los registros administrativos del INAIPI, 2023 más cobertura en aulas de prekinder y kínder de MINERD según registros administrativos de MINERD 2023

(d) Personas atendidas en Centros Permanentes de presupuesto por resultados, de ASFL asociadas y Familias de Cariño, según consultas de registros administrativos de CONAPE, 2023

(e) CONADIS reporta que no brinda servicios de cuidado

(f) Asumiendo que todas las personas atendidas pertenezcan a hogares en pobreza monetaria general estos serían los porcentajes de cobertura

En cuanto a los servicios públicos destinados a niños y niñas de 0 a 4 años, se observa que la oferta del sector público alcanza a cubrir aproximadamente el 11 % de la población en ese grupo etario. La cobertura para personas mayores de 65 años en situación de dependencia moderada o severa se limita al 3 % del total. No se cuenta

con una alternativa de servicio público de cuidados para las personas en dependencia moderada o severa entre 18 y 65 años, por lo que la tasa de cobertura de los servicios públicos de cuidados permanentes en este segmento poblacional es del 0 %.

Con relación a las poblaciones priorizadas que se encuentran en hogares con pobreza monetaria, se revela que, bajo la suposición de que todas las personas atendidas por los servicios públicos de cuidado estuvieran en situación de pobreza monetaria, la cobertura sería del 24 % para niños y niñas de 0 a 4 años, y del 23 % para personas mayores de 65 años en situación de dependencia.

Estos datos subrayan los desafíos que enfrenta el Estado en la tarea de abordar de manera completa la demanda de servicios de cuidados, incluso si solo se tomaran en consideración las necesidades de atención de los hogares en situación de vulnerabilidad económica.

Capítulo VII. Ventajas y desventajas de los servicios domiciliarios e institucionales para diferentes poblaciones en situación de dependencia

VII.1) Primera infancia: servicios institucionales y domiciliarios⁴⁰

La literatura sobre servicios para la primera infancia ya sean institucionales o domiciliarios, aborda una variedad de aspectos relacionados con el desarrollo y el bienestar de los niños en sus primeros años de vida. La elección entre servicios institucionales (como guarderías, jardines infantiles o centros de atención) y servicios domiciliarios (como cuidado en el hogar a cargo de familiares o cuidadores profesionales) a menudo depende de diversos factores, incluyendo las preferencias de los padres, la disponibilidad de recursos y las necesidades específicas de cada niño.

Ventajas de los servicios institucionales para la primera infancia

- Socialización y aprendizaje: las instituciones para la primera infancia suelen proporcionar oportunidades valiosas para la socialización temprana de los niños. La interacción con compañeros y educadores puede contribuir al desarrollo emocional y cognitivo.
- Equidad: algunos estudios sugieren que los servicios institucionales pueden contribuir a la equidad, ya que proporcionan acceso a iguales experiencias educativas y de desarrollo a niños de diversos contextos socioeconómicos y familiares.

Ventajas de los servicios domiciliarios para la primera infancia:

- Vínculo familiar: el cuidado en el hogar puede favorecer el fortalecimiento del vínculo familiar, ya que los niños reciben atención cercana de parte de familiares o cuidadores en un entorno familiar. La literatura resalta la importancia de la participación de los padres y las madres en el cuidado y educación de sus hijos cuando se opta por servicios domiciliarios.
- Flexibilidad: la flexibilidad de los servicios domiciliarios puede adaptarse mejor a las necesidades individuales de las familias, permitiendo una atención más personalizada y centrada en las características específicas de cada niño.

En resumen, la literatura destaca la importancia de considerar las necesidades específicas de cada niño y familia, así como la calidad de los servicios ofrecidos, para lograr un desarrollo infantil saludable y positivo. Tanto en servicios institucionales como domiciliarios, la calidad del cuidado es esencial. Los programas de alta calidad,

⁴⁰ Ruby Takanishi y Timothy Bartik (2006), James Heckman y Dimitriy V. Masterov (2007), Bruce Fuller (2007), Deborah Phillips y Kathy McCartney (2006)

ya sea en el hogar o en instituciones, tienden a tener un impacto positivo en el desarrollo infantil.

VII.2) Personas adultas con dependencias moderadas o severas: servicios institucionales y domiciliarios⁴¹

La literatura sobre los cuidados de larga duración para personas adultas con dependencias es bastante concluyente sobre las ventajas de los servicios domiciliarios frente a los institucionalizados por diversas razones.

- Respeto a las decisiones del adulto mayor: en general los estudios reportan que las personas adultas con dependencias suelen preferir permanecer en su domicilio, en contraposición a la alternativa de la institucionalización. El mantener a los individuos en un entorno familiar contribuye significativamente a su bienestar emocional y psicológico, lo que se traduce en una mayor calidad de vida.
- Eficiencia económica: los servicios de apoyo domiciliario representan la opción más eficiente en términos económicos en comparación con las ofertas residenciales. La implementación de estas soluciones contribuye a optimizar los recursos financieros de los sistemas de cuidados de salud, lo que permite una asignación más efectiva de los fondos disponibles.
- Prevención del deterioro funcional: ofrecen una oportunidad única para prevenir el deterioro de las capacidades funcionales de las personas. La intervención temprana y continua, combinada con el apoyo adecuado, posibilita la recuperación efectiva de niveles importantes de funcionalidad. Este enfoque proactivo no solo mejora la calidad de vida de los usuarios, sino que también reduce la carga económica asociada con el tratamiento de condiciones más avanzadas.

Aun así, los servicios institucionalizados son en ocasiones la mejor alternativa para personas que no tienen redes de apoyo familiar o comunitario o cuando en su hogar no existen las condiciones necesarias para dar un servicio de calidad y seguro.

⁴¹ Aranco & Ibararán (2020) y Jara-Maleš & Chaverri-Carvajal, (2020), en Chaverri-Carvajal (2022).

Capítulo VIII. Costos de los servicios públicos de cuidado

En esta sección se describen los costos unitarios estimados de atención entre las alternativas de servicios públicos de cuidado considerados para esta simulación de la Política Nacional de Cuidados: las aulas del segundo ciclo de Inicial del MINERD, los CAIPI del INAPI, los Centros Permanentes (asilos) adscritos al CONAPE y los servicios domiciliarios de cuidado. Estos servicios presentados no son totalmente comparables, debido a que varían sustancialmente en enfoque y alcance. En este contexto, el análisis se centra en determinar el costo *per cápita* de cada una y facilitar el cálculo de las inversiones necesarias para cubrir las brechas de servicios identificadas en diferentes posibles escenarios. Es importante señalar que esta estimación no toma en cuenta el valor de los terrenos donde se construirán las edificaciones ni costos de instalación relacionados al mapeo y reconocimiento de la comunidad a la que se prestará el servicio.

VIII.1) Costos de un Centro de Atención Integral a la Primera Infancia (CAIPI-N)

En la Tabla 8, se presentan en detalle los costos de capital de un centro CAIPI nuevo para 250 niños y niñas. La inversión de capital está compuesta por la construcción del edificio y el equipamiento de este que, según los datos de INAPI, implican un costo por niño/a de RD\$ 266,328.

Tabla 8. Estructura de costos de capital de un CAIPI N (250 niños/as) a 2023

<i>Categoría</i>	<i>Monto total de un centro (RD\$)</i>	<i>Monto por usuario (RD\$)</i>
1. Inversión de capital	66,581,985	266,328
1.1. Construcción	60,000,000	240,000
1.1. Instalación de equipos informáticos y educacionales	1,839,000	7,356
1.1. Equipamientos de salas y oficinas	4,742,985	18,972

Fuente: Elaboración propia en base a registros administrativos del INAPI, 2023

Los datos del costo corriente, o costo de operación, se muestran en la

Tabla 9. Se espera que operar un CAIPI nuevo cueste mensualmente RD\$ 2.1 millones. Esto equivale a RD\$ 8,501.31 mensual por niño o niña atendido, (equivalentes a RD\$ 102,015.81 anuales). El costo de personal representa el 50 % del costo de operación. En el caso de los CAIPI, el costo de personal incluye a las personas responsables en las salas (10 agentes educativos y 10 auxiliares educativas) y también dos agentes de desarrollo social, dos agentes de salud emocional, y un agente de salud y nutrición, y el resto del personal auxiliar y administrativo.

Tabla 9. Estructura de costos operativos de un CAIPI N, 2023

Categoría	Monto total mensual de un centro (250 personas)	Monto mensual por usuario (RD\$)	Monto anual por usuario (RD\$)
1. Gastos Operativos del Servicio)	RD\$ 2,125,329	8,501.31	102,016
1.1 Servicios básicos (Energía eléctrica, agua potable, gas GLP, recolección de desechos sólidos)	65,000	260	3,120.00
1.2 Pago de personal de las Unidades de Ejecución del Servicio	1,057,850	4,231.40	50,776.80
1.3 Aprovisionar suministros gastables y de consumo.	992,045	3,968.18	47,618.16
1.4 Mantenimiento de local/equipos	8,434	33.7	404.83
1.5 Aprovisionar suministros técnicos (reproducción de fichas y formularios).	2,000	8	96.00

Fuente: Elaboración propia en base a registros administrativos del INAPI, 2023

VIII.2) Costos de aulas de segundo ciclo de inicial en MINERD

Los costos de construcción de un aula de inicial promedio para 25 alumnos/as ascienden a RD\$ 4,145,331 y su equipamiento RD\$ 215,335 lo que conlleva un costo promedio de construcción y equipamiento por alumno/a de RD\$ 174,427.

Tabla 10. Costos de construcción y equipamiento de aulas de inicial en MINERD (RD\$)

Módulo de 1 aula	6,708,897
Módulo de 2 aulas	9,446,077
Módulo de 4 aulas	15,683,495
Módulo de 5 aulas	17,905,502
Costo promedio de construcción de aula de 25 alumnos	4,145,331
Costo de equipamiento de aula de 25 alumnos	215,335
Costo total de construcción equipamiento por aula de 25 alumnos	4,360,666
Costo promedio total por alumno	174,427

Fuente: Elaboración propia con base en registros administrativos del MINERD, 2023

Además, el Ministerio de Educación (MINERD) no cuenta con estimaciones individualizadas que consideren servicios y materiales por estudiante. Normalmente, algunas escuelas reciben transferencias en efectivo desde las regionales y distritales, destinadas a gastos corrientes y pequeñas adquisiciones. Sin embargo, estos montos son variables y no se puede considerar como un flujo constante y fiable. Para los costos operativos estimados para las aulas para niños y niñas de 3 y 4 años se utiliza el costo operativo por niño/a que tienen los CAIPIS.

Los costos operativos estimados para las aulas para niños y niñas de 3 y 4 años se utiliza el costo operativo por niño/a que tienen los CAIPIS ya que el sistema logístico

descentralizado del Ministerio de Educación (MINERD) dificulta contar con estimaciones individualizadas que consideren servicios y materiales por estudiante.

VIII.3) Costos de un Centro Permanente de Atención a Adultos Mayores de 65 años (Asilo)

Según los registros administrativos de CONAPE, existen 2 modelos de Centros Permanentes para atender a personas mayores de 65 años en dependencia moderada o severa, como se muestra en la Tabla 11. Haciendo un promedio ponderado entre estos dos tipos de centros se obtiene que un centro permanente hipotético promediado con ponderaciones tendría 27 plazas a un costo aproximado de RD\$46.3 millones. El costo de construcción representaría el 87 % total de la inversión, mientras que el costo de mobiliario y equipo representaría el 12.6 %.

Tabla 11. Estructura de costos estimada de construcción y equipamiento de asilos permanentes

	Costo Total	Costo Construcción 450 m ²	Costo o mobiliarios y equipos	Costo Estudios de suelo (Sondeos)	Costo Análisis estructural	Costo Estudio topográficos
Centro permanente capacidad 20 camas	31,860,000	26,370,000	5,300,000	75,000	65,000	50,000
Centro permanente capacidad 30 a 35 camas	62,425,000	55,670,000	6,550,000	75,000	80,000	50,000
Promedio ponderado (27 camas)	46,285,364	40,274,182	5,817,273	73,636	71,182	49,091
Costo promedio por persona (RD\$)	1,714,273					

Fuente: Elaboración propia con base en registros administrativos CONAPE, 2023.

Por su parte, los servicios de cuidado para personas en dependencia moderada o severa conllevan un costo anual de RD\$ 472,450 por persona. Esto incluye además de alimentación, cuidado personal, costos relacionados a la salud, las personas cuidadoras, recreación, capacitación, entre otras cosas (ver Tabla 12).

Tabla 12. Estructura de costos de atención para una persona en dependencia en un Centro Permanente (asilo) adscrito al CONAPE, 2023

Servicio	Costo Unitario (RD\$)	Costo mensual (RD\$)	Costo anual (RD\$)
Alojamiento	389	11,682	140,184
Cuidado Personal	198	5,943	71,316
Salud	1,522	4,567	54,803
Cuidador	88	2,640	31,680
Recreación	1,314	1,314	15,763
Capacitación	923	923	11,072

Alimentación	410	12,303	147,632
Total		39,371	472,450

Fuente: Elaboración propia con base en datos de registros administrativos de CONAPE.

VIII.4) Costo de los servicios domiciliarios

En la Tabla 13, se resumen las estimaciones del valor de la atención que podrían recibir las personas en situación de dependencia a través del modelo de atención domiciliaria a través de cooperativas según estimaciones del costo por hora provista por la Dirección de Cuidado del Programa Supérate en distintos horizontes temporales. En este informe se utilizan dos posibles escenarios que se adaptarían según la demanda, uno en que a cada persona se le podrían proveer 20 horas semanales promedio y otro en el que se cubrirían 40 horas promedio semanal de cuidado por persona. Las personas priorizadas en cada posible escenario y sus cuidadores/as podrían recibir apoyo del Estado en función de sus necesidades.

Tabla 13. Costo de atención a través de las cooperativas según varios horizontes temporales

Horizonte temporal	Costo estimado (RD\$)
Costo por hora	303
Costo por atención a tiempo completo para una persona en dependencia por un año (20 hrs a la semana)	315,120
Costo a tiempo completo por un año a una persona en dependencia (40 hrs a la semana durante un año)	630,012

Fuente: Elaboración propia con base en registros administrativos de la Dirección de Cuidados del Supérate, 2023.

En cualquier caso, un aumento de la oferta equilibrada de los servicios debe de tener en cuenta no solo aspectos financieros sino también la velocidad posible de la expansión de los servicios, y también cuales son más adecuadas a las diferentes poblaciones objetivo, así como la flexibilidad y adaptabilidad de la calidad de los servicios que se esperan brindar al público.

Capítulo IX. Estimación de necesidades de inversión para los servicios de cuidado según diferentes escenarios de cobertura

Para estimar la inversión necesaria y beneficios socioeconómicos de la Política Nacional de Cuidados se ha desarrollado un Ejercicio de Simulación de la Política de Cuidados⁴², el cual provee distintos escenarios de cobertura de la política, simulando los parámetros basados en acuerdos interinstitucionales en el marco de la Mesa Interinstitucional de Cuidados.

IX.1) Supuestos utilizados en la simulación

Los escenarios de cobertura presentados se basan en la premisa de que solo el 90 % de la demanda total elegible accederá a los servicios, ya sea debido a preferencias individuales o condiciones específicas de las personas, hogares o proveedores de servicio. De esta manera, se presentan tres escenarios de cobertura como se muestra en la Tabla 14;

1. Escenario de cobertura universal (que es el más ambicioso) en el que se atiende al 90 % de la población total en dependencia priorizada.
2. Escenario de focalización en personas de hogares vulnerables o en pobreza estructural comprendido por los hogares categorizados con Índice de Condiciones de Vida (ICV) nivel 1, 2 y 3, excluyendo solo los ICV4.
3. Escenarios de focalización en hogares en pobreza monetaria general.

Tabla 14. Escenarios de cobertura considerados en la simulación

Escenario	Población Objetivo	# Personas Atendidas
Cobertura universal	90% de los niños y niñas entre 0 y 4 años 90% de las personas mayores de 18 años con dependencias moderadas o severas.	867 mil
Hogares en pobreza estructural o vulnerables	90% de los niños y niñas entre 0 y 4 años en hogares ICV1, ICV2 e ICV3 90% de las personas mayores de 18 años con dependencias moderadas o severas en hogares ICV1, ICV2 e ICV3	629 mil
Hogares en pobreza monetaria general	90% de los niños y niñas entre 0 y 4 años en hogares en pobreza monetaria general 90% de las personas mayores de 18 años con dependencias moderadas o severas en hogares en pobreza monetaria general	373 mil

Fuente: Elaboración propia con base en Ejercicio de Simulación de la Política de Cuidados.

Todos estos escenarios se simularán con dos posibles modalidades de uso de los servicios domiciliarios:

⁴² La metodología detallada, supuestos y más escenarios pueden ser consultados en el documento "Informe metodológico y de resultados. Ejercicio de Micro Simulación de la Política Nacional de Cuidados".

- a. Servicios domiciliarios a tiempo completo: cubre en promedio 40 horas a la semana a las personas atendidas según su demanda y necesidad.
- b. Servicios domiciliarios a tiempo parcial: cubre en promedio 20 horas a la semana a las personas atendidas según su demanda y necesidad.

En total esto da como resultado 6 escenarios de análisis cada uno con estimaciones de inversión necesaria e impacto.

Siguiendo las conclusiones obtenidas en el análisis de la idoneidad de los servicios para cada tipo de población, así como los costos per cápita, se prioriza la atención institucional para primera infancia y la atención domiciliaria para personas adultas con dependencias. Así, el modelo de simulación considera que del total de hogares con niños y niñas en primera infancia que accedan a los servicios, un 90 % lo hará en servicios institucionales y el restante 10 % en servicios domiciliarios de las cooperativas. El modelo asume que todos los niños y niñas de 0-3 años atendidos accederían a un CAIPI y todos los niños entre 3 y 4 años accedería a las aulas de inicial del MINERD.

Por su parte, los hogares con personas en dependencia mayores de 65 años que accedan a los servicios lo harán en un 90 % a través de los servicios domiciliarios y el 10 % restante lo hará en servicios institucionales, reconociendo que el servicio domiciliario es el preferible para este tipo de población siempre que sea posible, así como más costo efectivo para este segmento de la población. Finalmente, el 100 % de los hogares con personas en dependencia entre 18 y 64 años lo hará a través de los servicios domiciliarios. En la Tabla 15, se resumen las probabilidades de asignación de servicio de la población tratada.

Tabla 15. Resumen de criterios de acceso imputados el Modelo de Simulación

Población	Servicio de acceso	Porcentaje de la población atendida por cada tipo de servicio
Niños y niñas 0 - 2 años	CAIPI	90 %
	Atención Domiciliaria (Cooperativas de Cuidado)	10 %
Niños y niñas 3 - 4 años	Aulas del MINERD	90 %
	Atención Domiciliaria (Cooperativas de Cuidado)	10 %
Población en dependencia moderada o severa 18 - 64 años	Atención Domiciliaria (Cooperativas de Cuidado)	100 %
Población en dependencia moderada o severa de 65 años o más	Centro Permanente (Asilo)	10 %
	Atención Domiciliaria (Cooperativas de Cuidado)	90 %

Fuente: Elaboración propia, MEPyD 2023

Otro supuesto importante es que, si el hogar es seleccionado para ser atendido dentro de la simulación, todas las personas en dependencia que pertenezcan a una misma categoría de demanda de cuidados se considerarán atendidas. Es decir, si en el hogar

hay más de un infante, entonces todos los infantes del hogar seleccionado serán atendidos en el mismo tipo de servicio. Como se señaló anteriormente, la micro simulación se ha realizado con base en la ENHOGAR 2021 y el ENCFT 2022, el PIB y, las tasas de pobreza monetaria son de 2022.

IX.2) Inversión necesaria anual para cubrir toda la población según escenario de cobertura

Los resultados se detallan en la Tabla 16, que abarca seis escenarios de cobertura de la demanda tanto con servicios institucionales como domiciliarios según el grupo etario. En cada escenario, se simulan dos posibilidades de servicios domiciliarios a tiempo completo (40 horas promedio por persona a la semana) o parcial (20 horas promedio por persona a la semana). Los resultados mostrados en esta sección estiman la inversión necesaria, de haberse cubierto a la totalidad de la población objetivo de cada escenario. En el caso de la infraestructura necesaria, es decir los gastos de construcción y equipamiento, se presentan en su totalidad, y amortizados a 10 años.

Los costos operativos son recurrentes, pero el valor de la inversión en capital es necesario ajustarla por su vida útil, un proceso conocido como amortización. En este contexto, cuanto mayor sea la vida útil de las instalaciones y equipos, menor será el costo amortizado a lo largo del tiempo. En las estimaciones realizadas en los siguientes capítulos se ha utilizado una amortización a 10 años y cuando se presenta la inversión total se utiliza el dato de inversión en capital amortizada en 10 años ya que éste será un monto recurrente de mantenimiento tras haber invertido durante 10 años para cerrar la brecha de infraestructuras. Este proceso de 10 años se presenta en el apartado siguiente.

Se obtiene que en el escenario más ambicioso se atenderían a unas 867 mil personas en situación de dependencia (incluidos niños y niñas en primera infancia, y personas adultas en dependencia). Si el 90 % de la demanda accede a los servicios públicos de cuidados, según los diferentes escenarios de focalización, el valor de los costos operativos anuales podría variar entre RD\$ 175,402 millones y RD\$ 49,061 millones (entre 2.8 % y 0.78 % del PIB) y requería una inversión total en instalaciones físicas y equipamiento de entre RD\$ 168,924 millones (para el escenario de cobertura universal y 40 horas semanales de cuidados domiciliarios de cobertura) y RD\$ 75,314 millones (si se focaliza la atención solo en hogares en pobreza monetaria), es decir entre 2.7 % y 1.2 % del PIB.

Amortizados a 10 años, los costos de infraestructuras serían equivalentes al 0.27 y 0.12 % del PIB de 2022, durante el período de amortización. Si se invirtiera progresivamente durante 10 años para atender a toda la población en dependencia priorizada en cada escenario una vez alcanzada la cobertura total, la inversión anual recurrente necesaria iría de 192,294 millones o 3.07 % del PIB en el caso de cobertura universal a 56,592 millones o 0.9 % del PIB para el escenario de anual.

Tabla 16. Inversión necesaria anual según escenarios de cobertura de la Política Nacional de Cuidados según los resultados del Modelo de Micro Simulación de la Política Nacional de Cuidados MEPyD

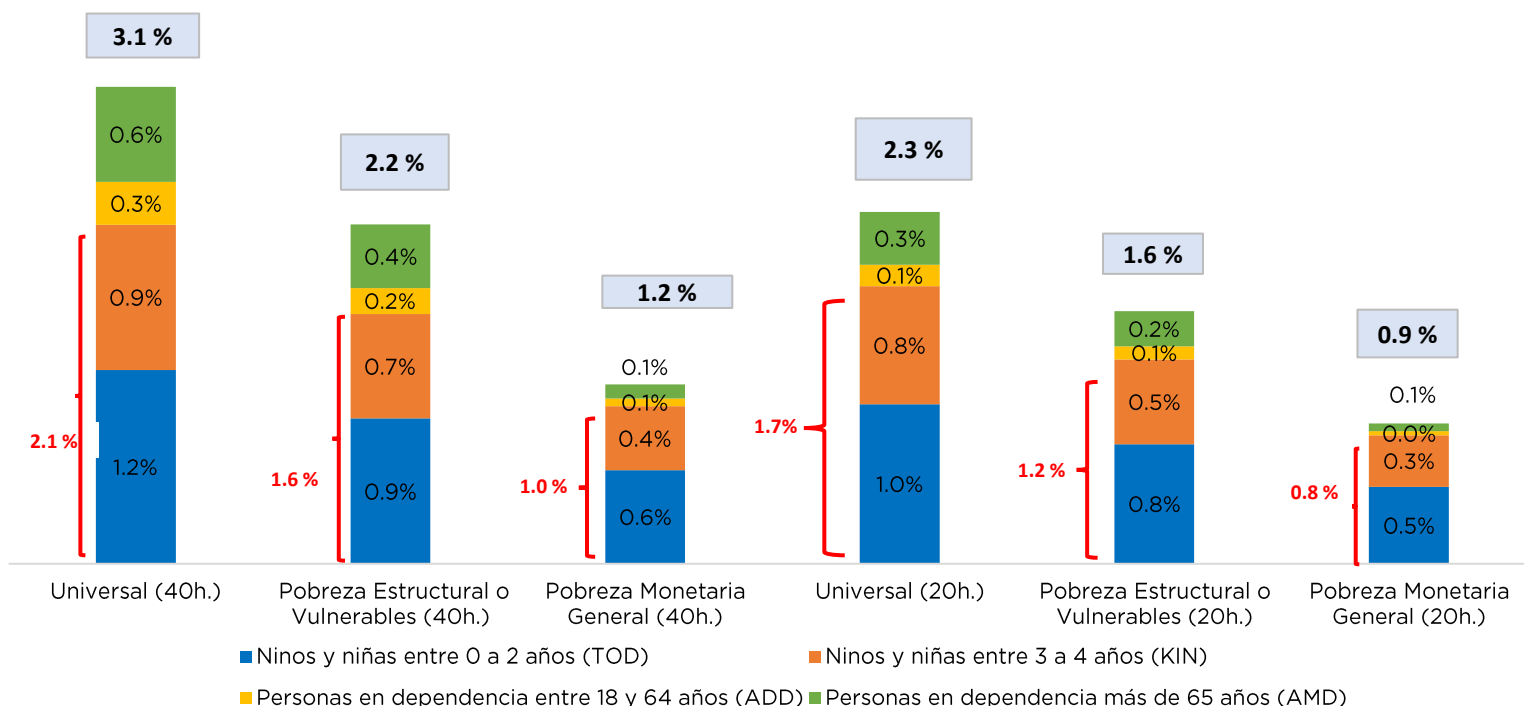
Inversión	Universal	Pobreza Estructural O Vulnerables	Pobreza Monetaria General	Universal	Pobreza Estructural O Vulnerables	Pobreza Monetaria General
	(40 h. semanales de atención domiciliaria)			(20 h. semanales de atención domiciliaria)		
Personas atendidas	866.6 K	629.3 K	373.0 K	866.6 K	629.3 K	373.0 K
% Cubierto de la demanda total	90%	65%	39%	90%	65%	39%
Costos operativos	175,402 M	124,369 M	64,777 M	124,875 M	89,392 M	49,061 M
>>> Oferta institucional	74,348 M	54,414 M	33,345 M	74,348 M	54,414 M	33,345 M
>>> Oferta atención domiciliaria	101,054 M	69,955 M	31,433 M	50,527 M	34,977 M	15,716 M
Costos de infraestructura	168,924 M	123,788 M	75,314 M	168,924 M	123,788 M	75,314 M
Costos de infraestructura (amortizados a 10 años)	16,892 M	12,379 M	7,531 M	16,892 M	12,379 M	7,531 M
Como % del PIB						
Costos operativos	2.80%	1.99%	1.03%	1.99%	1.43%	0.78%
>>> Oferta institucional	1.19%	0.87%	0.53%	1.19%	0.87%	0.53%
>>> Oferta atención domiciliaria	1.61%	1.12%	0.50%	0.81%	0.56%	0.25%
Costos de infraestructura	2.70%	1.98%	1.20%	2.70%	1.98%	1.20%
Costos de infraestructura (amortizados a 10 años)	0.27%	0.20%	0.12%	0.27%	0.20%	0.12%
Inversión total (amortizados a 10 años)	192,294 M	136,748 M	72,309 M	141,767 M	101,770 M	56,592 M
% Inversión Total respecto al PIB	3.07%	2.18%	1.15%	2.26%	1.63%	0.90%

Fuente: Elaboración propia

Mientras que, en el escenario de cobertura universal con atención domiciliaria de 20 horas semanales promedio, el cambio más significativo se da en el monto de los costos operativos de los servicios domiciliarios. En este sentido, bajo este escenario, se atendería a las mismas personas que en el escenario universal con una reducción de costos operativos entre un 24% y un 29%. Esto, sin embargo, reduciría el volumen de horas de cuidado cubiertas con fondos públicos que se asignaría en función de la demanda y la necesidad de los hogares y personas.

En cuanto a la distribución de los recursos por tipo de población objetivo, como era de esperar, la mayor parte de los fondos serían destinados a la población en primera infancia, con la subpoblación de 0 a 2 años acaparando la mayor parte de la inversión. Sin embargo, existen diferencias entre las distribuciones dependiendo de los escenarios de focalización. En la Figura 7 se puede observar la distribución según los escenarios presentados.

Figura 7. Distribución de la inversión necesaria por tipo de población atendida por los servicios de cuidado, según distintos escenarios de cobertura



Fuente: Elaboración propia

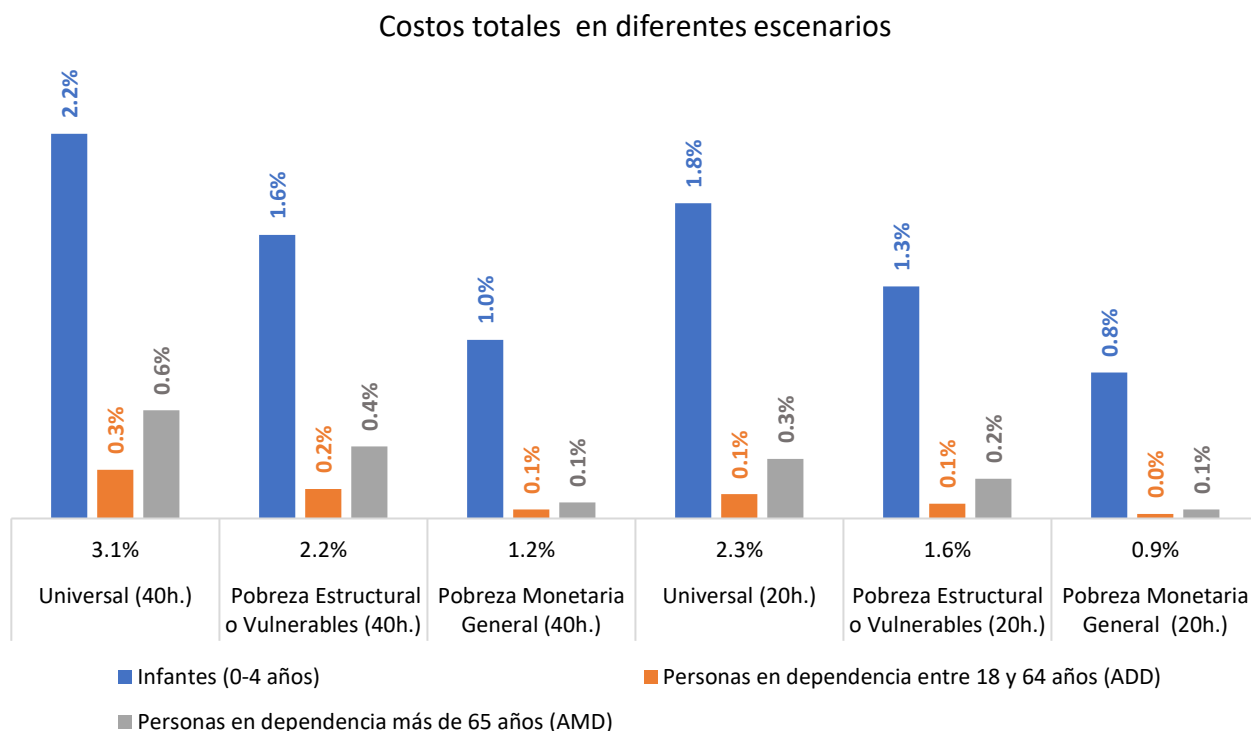
Como se puede apreciar, los escenarios de focalización aumentan la proporción de la inversión que va dirigida a los servicios de cuidados para niños y niñas en primera infancia en todos los casos. Esto es, en parte, porque los escenarios de focalización toman en cuenta a los hogares vulnerables o pobreza monetaria y/o estructural, y dichos hogares tienen mayor probabilidad de tener niños y niñas en edad preescolar. Los resultados de la simulación no ofrecen claridad entre la vinculación entre pobreza y dependencia en adultos ya que la mayor correlación de esta variable es con la edad.

Por su parte, en la inversión en construcción y equipamiento también se destaca que la mayor parte está dirigida a la primera infancia, aún más marcadamente hacia la población de 0 a 2 años. Esto se relaciona a que la población de 0 a 2 años es la subpoblación en dependencia más grande⁴³. A esto se le suma que la inversión en capital de los CAIPIS es mayor que en las aulas de inicial de MINERD según los

⁴³ Tomar en cuenta que la población de 0 a 2 años comprende 3 años calendario (0-12 meses, 1 año y 2 años), mientras que la población de 3 a 4 años solo incluye dos años calendario.

documentos consultados. En la Figura 8, se pueden observar los datos con mayor detalle.

Figura 8. Distribución de la inversión en construcción y equipamiento por tipo de demanda atendida por los servicios de cuidado, según distintos escenarios de cobertura



Fuente: Elaboración propia

Tomando en cuenta la recomendación de que la población adulta en situación de dependencia acceda a servicios domiciliarios y la población en primera infancia a servicios institucionales, el gasto en capital se concentrará en la primera infancia, independientemente del escenario. También es apreciable que los escenarios de focalización aumentan la proporcionalidad del gasto en la primera infancia.

IX.3) Inversión necesaria por año para cerrar las brechas de cobertura en 10 años.

Las brechas de cobertura para todas las poblaciones son aún importantes y para cerrarlas se necesitará voluntad, recursos y tiempo. Poner en marcha un Sistema Nacional de Cuidados implica un proceso a mediano y largo plazo en el que se generen las capacidades necesarias, tanto de infraestructura como de personas certificadas

profesionalmente en el área, para la generación de empleos y la creación de proveedores de este servicio. Es posible cerrar las brechas de cobertura, para este ejercicio, se ha proyectado en 10 años.

En las Figura 9, se puede apreciar la evolución en el tiempo de las inversiones necesarias para cerrar las brechas en dos posibles escenarios, el universal con 40 horas semanales de atención domiciliaria y el de hogares en pobreza monetaria con 20 horas de atención domiciliaria.

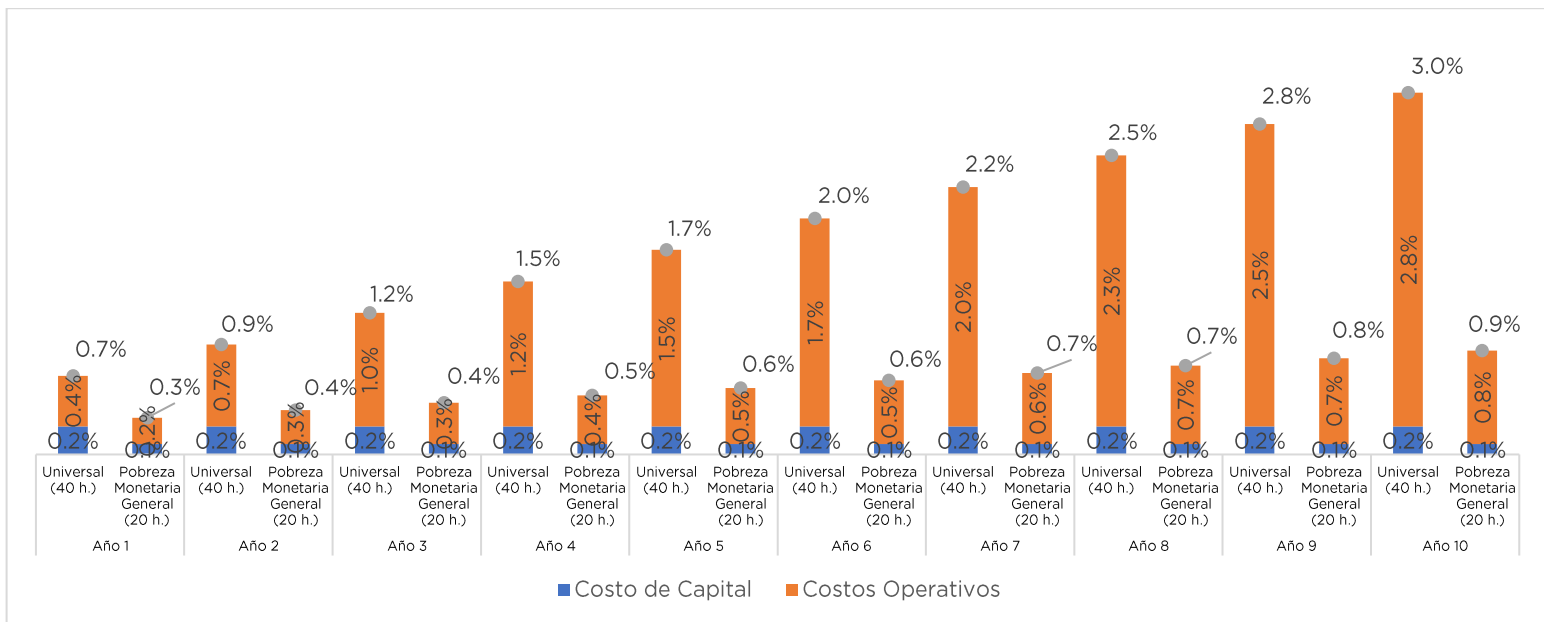
En el año 2023 el Estado dominicano ya había desarrollado infraestructuras equivalentes a RD\$ 20,899 millones en construcción y equipamiento para el cuidado casi totalmente en primera infancia, un 12 % de la inversión necesaria para la cobertura universal y un 28% de la inversión necesaria para la cobertura de las necesidades de cuidado directo de los hogares en pobreza monetaria general.

Tomando esto en cuenta, la inversión de capital necesaria restante se mantiene invariable en el tiempo al dividir el total necesario restante en construcción y equipamiento en 10 años. Una vez cerrada la brecha necesaria en infraestructura para cada escenario, a partir del año 11 será necesario mantener equivalente a un décimo del valor total de las instalaciones y equipos para el mantenimiento. La inversión anual necesaria será de 0.24 % del PIB en el escenario más ambicioso y de 0.12 % del PIB en el escenario más conservador.

Con respecto a la inversión operativa, en 2023 el Estado dominicano destinaba ya anualmente unos RD\$ 9,972 millones anuales a la atención operativa permanente en primera infancia a través de CAIPÍ's y aulas de segundo ciclo de inicial en MINERD que significa un 6 % de la inversión en gastos operativos necesaria para el escenario de cobertura universal y un 20 % de la inversión necesaria en el escenario de hogares en pobreza monetaria general. La cobertura directa permanente a la población adulta mayor con dependencia moderadas y severas desde CONAPE es limitada ya que la atención en centros permanentes (asilos) se hace por ahora a través de ASFL y 290 Familias de Cariño, y la domiciliaria a través de cooperativas iniciará con una prueba piloto en 2024. La inversión en gastos operativos de personal y servicios al contrario de la inversión en capital es recurrente y creciente en el tiempo ya que según se van ampliando la cobertura el monto de atención es mayor.

- En el año 1 la inversión necesaria para gastos operativos sería para el escenario de cobertura universal de 0.42 % del PIB y para el de hogares en pobreza monetaria general con 20 horas promedio de cobertura para la atención domiciliaria de 0.22 % del PIB anual.
- En el año 10, habiendo cerrado ya las brechas de cobertura, la inversión operativa anual necesaria para el escenario de cobertura universal sería de 2.8 % del PIB, mientras que en el escenario de menor cobertura sería de 0.78% del PIB anual.

Figura 9. Inversión necesaria por año para cerrar las brechas de cobertura en 10 años como porcentaje del PIB en 2 escenarios de cobertura.



Fuente: Elaboración propia, MEPYD, 2023

Finalmente, al unificar la inversión necesaria total (capital y corriente u operativa) para cerrar las brechas de cobertura, en 10 años el Estado tendría que invertir en el año 1 entre 0.66 % y 0.31 % del PIB según el escenario de cobertura y en el año 10 y subsiguientes entre el 3 % y 0.9 % del PIB anual, según el escenario de cobertura. En el Anexo 2, se puede ver la inversión necesaria cada año en todos los escenarios trabajados.

IX.4) Posibilidades de financiación

Las necesidades de inversión dependen de la cobertura que se quiera tener en el país, los modelos de servicios priorizados y el tiempo en que se proyecte cerrar las brechas. La simulación muestra que la necesidad de inversión pública es significativa pero fiscalmente viable. Será necesario explorar diferentes vías de financiamiento tanto públicas como en alianza con el sector privado:

- Reorientación de recursos públicos de otras partidas.
- Aumento de la recaudación y destino de los nuevos fondos a la política de cuidados, preferiblemente a través de tributos progresivos a renta y riqueza.
- Cofinanciación con el sector privado: tanto INAPI como CONAPE han probado ya el modelo de cofinanciación con resultados positivos. El sector privado ha financiado principalmente la construcción de infraestructuras para atender a los familiares con dependencias de sus empleados y de esta forma aportar a la armonización de la vida y el trabajo. En general, el Estado asume luego los costos operativos de los servicios que se proveen.
- Alianzas con Asociaciones sin Fines de Lucro (ASFL): esta práctica es muy común y se desarrolla tanto desde INAPI, como desde CONAPE y CONADIS y puede ser más extendida garantizando los mecanismos adecuados de regulación, supervisión, procesos de habilitación y control de calidad.
- Sistema Dominicano de la Seguridad Social: el cuidado infantil es uno de los aspectos que cubre el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), mediante la creación de estancias infantiles (artículos del 134 al 138, Ley 87-01). Esta Ley instruye a la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) a hacer los aportes pertinentes a las estancias infantiles por sus afiliados del Régimen Contributivo. En el año 2023, el Consejo Nacional de Seguridad Social a través de la Resolución No. 568-02 ordenó el traspaso de las estancias infantiles de la Seguridad Social a INAPI, así como también los remanentes de los fondos de las Estancias Infantiles acumulados en la Tesorería de la Seguridad Social (TSS). Una posibilidad es explorar nuevas fórmulas para expandir el cuidado de los dependientes de las personas afiliadas al sistema y los aportes de los trabajadores y la patronal a esta línea.

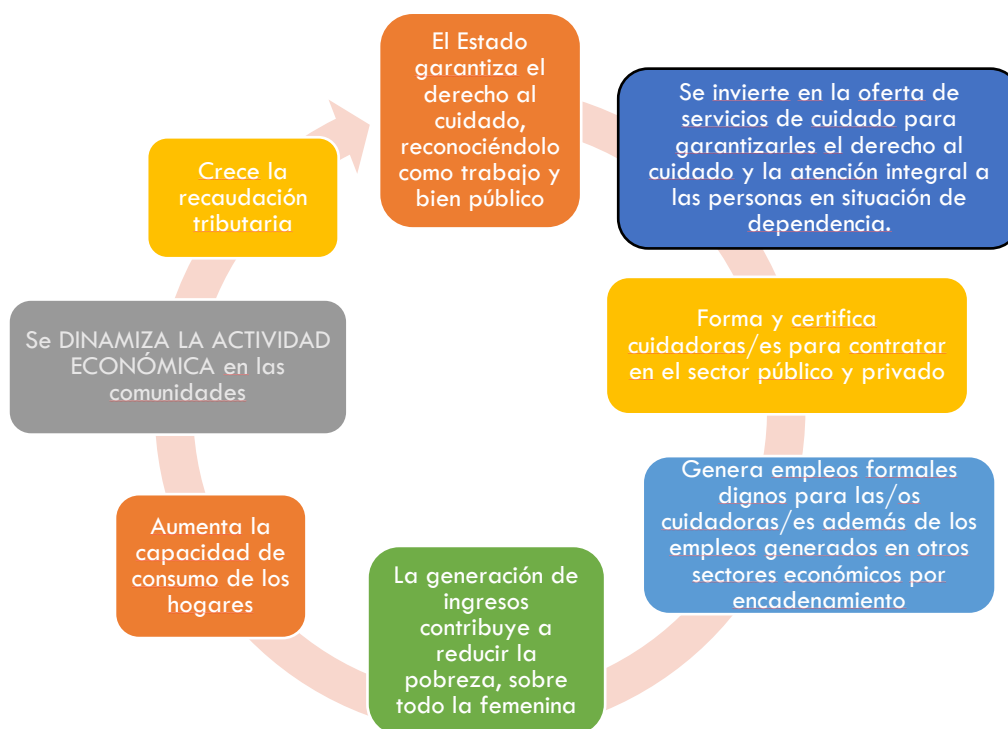
Capítulo X. Impacto socioeconómico

El impacto socioeconómico de la puesta en marcha de una política de cuidados es amplio ya que impacta todo el sistema económico y social. En la Figura 10, se presenta un resumen del círculo virtuoso de la inversión en políticas de cuidado y sus beneficios, no solo en las personas que reciben un cuidado de calidad que potencie sus capacidades, sino también en la generación de empleos, aumento de los ingresos de los hogares, reducción de pobreza o la recaudación impositiva.

La simulación no toma en cuenta los empleos que se podrían generar a través de las cooperativas de cuidado por contratación directa por las familias que en escenario de focalización no queden cubiertas por la política pública. Los empleos generados por la política se supone que no son necesariamente empleos nuevos y, por lo tanto, una parte importante ocuparán personas que ya tenían un empleo. Por esta razón, es esos casos el cálculo del ingreso extra solo toman en cuenta en cada persona la diferencia entre su ingreso anterior y el nuevo.

El ejercicio de micro simulación mostrado es una estimación estática, de equilibrio parcial, a diferencia de otros ejercicios en la temática que tienden a ser macro simulaciones de equilibrio general y que permiten estimar otros efectos de empleos en otros sectores encadenados, fiscales o PIB. Los resultados de impacto socio económico están, por tanto, subestimados.

Figura 10. Círculo virtuoso de la inversión en políticas públicas



Fuente: Elaboración propia

X.1) Creación de empleos

A continuación, se presentan los resultados de la estimación de empleos generados por la puesta en marcha de la política y también por la potencial incorporación laboral de parte de las personas cuidadoras que reciban el servicio de cuidado y puedan, por tanto, liberar horas que les permitan insertarse al mercado laboral si así lo desean. Las comparaciones con el mercado laboral se realizan con respecto a los datos de la ENCFT 2022.

La simulación considera que la política de cuidados tendrá un impacto de empleo por liberación de horas, es decir, que en los hogares tratados por la política las personas que antes se dedicaban a realizar trabajos de cuidados podrían integrarse a labores de trabajo formal una vez reciban servicios de cuidados. Por otro lado, la instauración de una política general de cuidados demandará empleos tanto para nuevas personas cuidadoras como para personal administrativo y auxiliar, lo cual también tendrá un impacto en el mercado de trabajo. Para el primer efecto, el generado por liberación de horas, se propone estimar la probabilidad de que una persona deje de ser “ni-ni” o “sin-sin” cuando se disminuyen las horas de cuidado. Por su parte, la demanda de empleos requerida para la instauración de una política de cuidados se hace con base a la relación de atención/empleos producidos, de acuerdo con los documentos administrativos de las entidades que proveen servicios de cuidados actualmente y por los datos técnicos de formación de la cooperativa. En el siguiente capítulo se resumen los resultados de la simulación⁴⁴.

X.1.1) Empleos directos generados por la puesta en marcha de la política

La implementación de una política de cuidados integral tiene el potencial de generar impactos socioeconómicos significativos. En primer lugar, genera beneficios de salud y educativos directos a las personas cuidadas por personal calificado y profesionalizado a través de la necesaria certificación de competencias en INFOTEP. Además, la Política Nacional de Cuidados en el país pretende contribuir a la igualdad de género al reconocer y redistribuir de manera más equitativa la carga de trabajo de cuidado no remunerado, históricamente colocada de manera desproporcionada sobre las mujeres. Producto de esta política, el trabajo de cuidados podría ser asumido en mayor medida por el Estado para aquellos hogares que lo soliciten y cumplan las condiciones de priorización. Esto permitiría la liberación de horas que pueden ser utilizadas en trabajar de forma remunerada, formarse, o tener espacio de descanso permitiendo una mayor participación femenina en la fuerza laboral y el desarrollo profesional.

⁴⁴ Para más información consultar el “Informe metodológico y de resultados del Ejercicio de Simulación de la Política Nacional de Cuidados para República Dominicana”.

La puesta en marcha de la Política Nacional de Cuidados que asegure servicios de cuidado para las personas con dependencias priorizadas demandará un importante volumen de puestos de trabajo tanto de personas cuidadoras como de puestos auxiliares. Estos puestos de trabajo son esenciales a futuro ya que son insustituibles por maquinas o inteligencia artificial.

La estimación del número de empleos se ha basado en la asignación a la población priorizada en cada escenario del modelo de servicios (institucional o domiciliario) pre-acordado (90 % /10 % o viceversa) y a las informaciones provistas por INAIPI y CONAPE del personal necesario para los servicios institucionalizados para primera infancia y personas adultas mayores en situación de dependencia moderadas y severas o del Programa Supérate que fortalece y acompaña la creación de la primera cooperativa para los servicios domiciliarios.

Los resultados de la Tabla 17, muestran que la política de cuidados generará una demanda de trabajo formal de personas cuidadoras, educadoras y puestos auxiliares. Dependiendo del escenario, la demanda de trabajo podría estar entre 285 mil y 78 mil plazas formales.

Tabla 17. Empleos necesarios para política de cuidados por tipo de población atendida, según diferentes escenarios de atención

EMPLEOS CUIDADORAS	Universal*	Pobreza Estructural o Vulnerables*	Pobreza Monetaria General*	Universal**	Pobreza Estructural o Vulnerables**
	(40 h. semanales de atención domiciliaria)			(20 h. semanales de atención domiciliaria)	
EMPLEOS CUIDADORAS TOTALES	231,726	163,336	82,318	151,526	107,817
>>> EMPLEOS DE CUIDADO EN SERVICIOS DOMICILIARIOS	160,401	111,037	49,892	80,200	55,518
Infantes (0-4 años)	78,463	58,000	36,910	39,232	29,000
Personas en dependencia entre 18 y 64 años (ADD)	27,377	16,623	5,033	13,689	8,311
Personas en dependencia más de 65 años (AMD)	54,560	36,415	7,949	27,280	18,207
>>> EMPLEOS DE CUIDADO EN SERVICIOS INSTITUCIONALES	71,325	52,299	32,426	71,325	52,299
Infantes (0-4 años)	69,999	51,410	32,205	69,999	51,410
Personas en dependencia entre 18 y 64 años (ADD)	0	0	0	0	0
Personas en dependencia más de 65 años (AMD)	1,327	889	221	1,327	889
EMPLEOS AUXILIARES	Universal*	Pobreza Estructural o Vulnerables*	Pobreza Monetaria General*	Universal**	Pobreza Estructural o Vulnerables**
	(40 h. semanales de atención domiciliaria)			(20 h. semanales de atención domiciliaria)	
EMPLEOS AUXILIARES TOTALES	53,221	38,531	22,276	49,475	35,938
>>> EMPLEOS AUXILIARES EN SERVICIOS DOMICILIARIOS	7,491	5,185	2,330	3,745	2,593
Infantes (0-4 años)	3,664	2,709	1,724	1,832	1,354
Personas en dependencia entre 18 y 64 años (ADD)	1,279	776	235	639	388
Personas en dependencia más de 65 años (AMD)	2,548	1,701	371	1,274	850

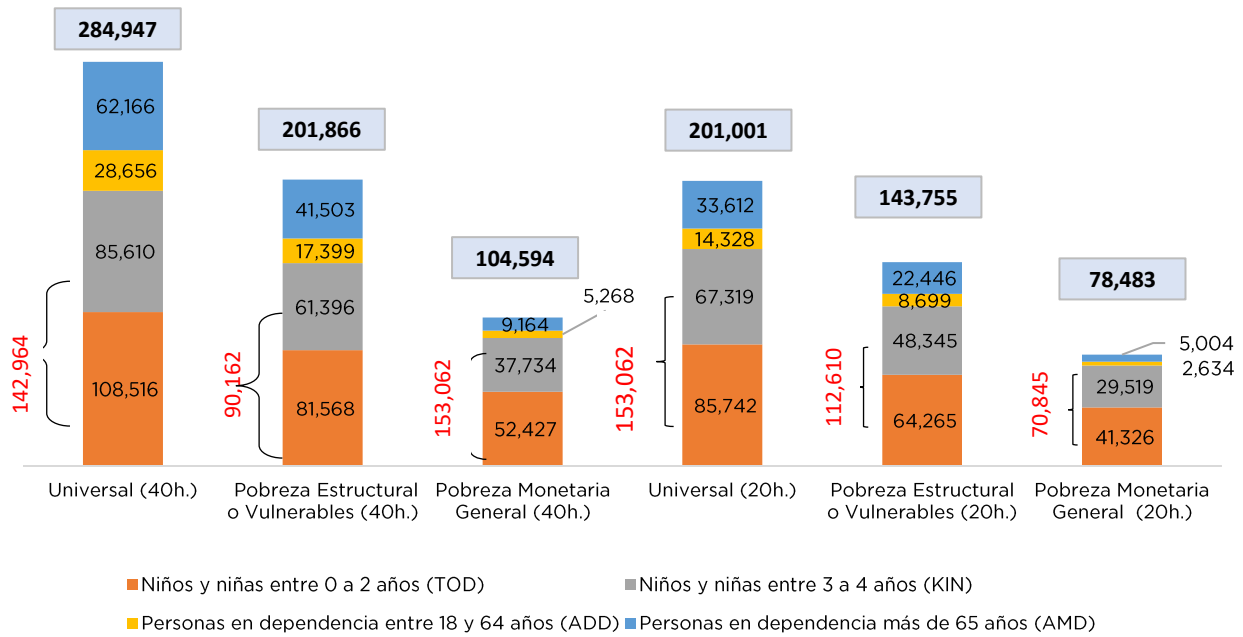
>>> EMPLEOS AUXILIARES EN SERVICIOS INSTITUCIONALES	45,730	33,345	19,946	45,730	33,345
Infantes (0-4 años)	41,999	30,846	19,323	41,999	30,846
Personas en dependencia entre 18 y 64 años (ADD)	0	0	0	0	0
Personas en dependencia más de 65 años (AMD)	3,731	2,500	623	3,731	2,500
TOTAL EMPLEOS SERVICIOS DOMICILIARIOS	167,892	116,222	52,222	83,946	58,111
TOTAL EMPLEOS SERVICIOS INSTITUCIONALES	117,055	85,644	52,372	117,055	85,644
EMPLEOS DIRECTOS POR POLÍTICA DE CUIDADOS	284,947	201,866	104,594	201,001	143,755

Fuente: Elaboración propia

Nota: A pesar de que la tabla refiere a personas cuidadoras existen diferentes profesiones encargadas de los cuidados según el tipo de servicios. Por ejemplo, mientras en las cooperativas de cuidado se requiere solo preparación post-secundaria, en las Aulas de Inicial del MINERD se puede requerir licenciatura en educación, y en los Centros Permanentes (Asilos) adscritos al CONAPE, algunas de las personas cuidadoras son licenciadas en enfermería. Por su parte, los CAIPI requieren personal de medicina, psicología, entre otros, además de personas cuidadoras, al igual que los centros de CONAPE.

Como se observa en la Figura 11, en todos los escenarios consultados, la mayor parte de los empleos se encontrarían en los servicios de cuidados para la primera infancia por ser el mayor número de personas en dependencia, los cuales descansan más en los servicios institucionales (90 %), según los parámetros dados para la simulación.

Figura 11. Total de empleos potenciales para Política de Cuidados, por tipo de población y escenario de cobertura



Fuente: Elaboración propia.

X.1.2) Empleos por liberación de horas

La segunda ruta de impacto de la política de cuidados en el mercado laboral es la liberación de horas de cuidados que las personas que actualmente desempeñan labores de cuidado en el hogar, las cuales pueden dedicar a otras actividades tales como el ocio, la formación académica o profesional, o directamente a horas remuneradas de trabajo.

A nivel metodológico, se propuso utilizar los datos de la ENHOGAR 2021, que cuenta con datos de la población en dependencia, así como del estatus laboral de las personas, y de las horas dedicadas al cuidado y permite establecer ratios de probabilidad de inserción laboral en relación con las horas dedicadas al trabajo no remunerado de cuidados. Los ratios de probabilidad se aplican a la población potencialmente trabajadora de familias con demanda de cuidados identificadas gracias a las imputaciones hechas en la ENCFT.

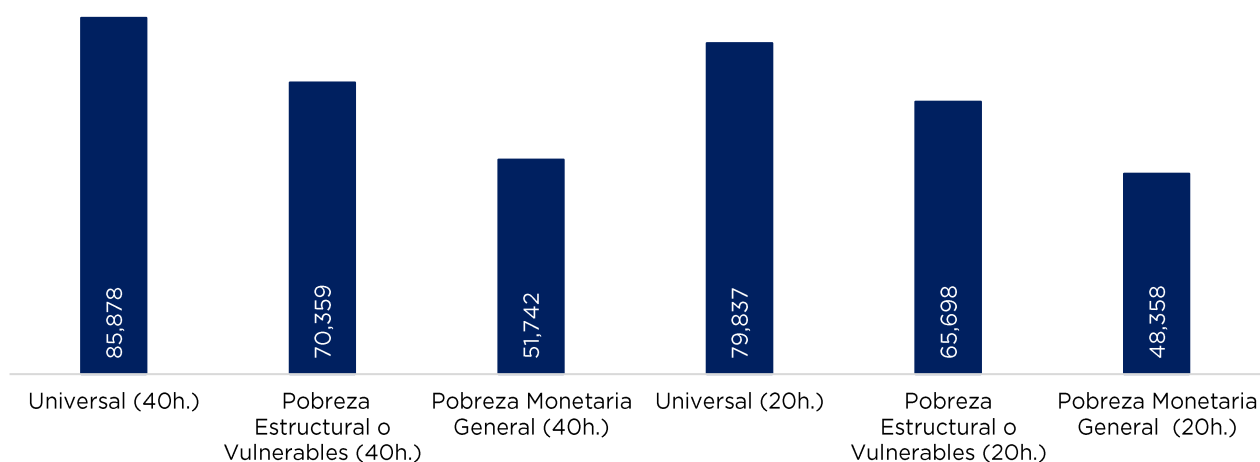
La estrategia para la simulación consistió en estimar con modelos *logit* el efecto de la demanda de cuidados en el hogar en el *output* laboral de sus miembros. Para esto se utilizaron dos enfoques: primero, se estimó el efecto de que haya presencia de personas con demandas de cuidado en la participación laboral; segundo, se midió el efecto del tiempo dedicado al trabajo de cuidados no remunerado en la participación laboral⁴⁵. (Para más información revisar el “Informe metodológico y de resultados del Ejercicio de Simulación de la Política Nacional de Cuidados para República Dominicana”).

Los cálculos de la simulación apuntan a que por cada 40 horas de servicios de cuidados que se brinde a un hogar, la probabilidad de que una mujer deje de estar en sin estudiar y sin trabajar (NINI o SINSIN) es del 27.6 %⁴⁶. Suponiendo que este porcentaje de mujeres se integre al mercado laboral estaríamos hablando de entre 86,000 o 48,000 mujeres podrían integrarse al mercado laboral y percibir un ingreso laboral (ver más en la (Figura 12), en los escenarios más o menos ambiciosos respectivamente. La simulación considera que el 75 % de las personas que se integren al mercado de trabajo general y el resto lo harán como cuidadoras/es en las cooperativas de cuidado. Este volumen de nuevos empleos reduciría las 854,316 mujeres que se declaraban inactivas por labores de cuidado del hogar y la familia en 2022 entre un 10% y un 6%, según el escenario.

⁴⁵ Como variable dependiente en la ENHOGAR 2021 se utiliza la situación ni-ni de las personas; es decir la población que no estudia ni trabaja en el periodo de tiempo estudiado. Esta decisión se da porque en iteraciones anteriores se confirma que la vinculación entre demanda de cuidados y otros indicadores del mercado de trabajo puede ser más débil.

⁴⁶ Para más detalles, consultar el documento de MEPYD “Informe metodológico y de resultados del Ejercicio de Simulación de la Política Nacional de Cuidados para República Dominicana”.

Figura 12. Estimaciones de empleos por liberación de horas que se generarían a través de la Política Nacional de Cuidados

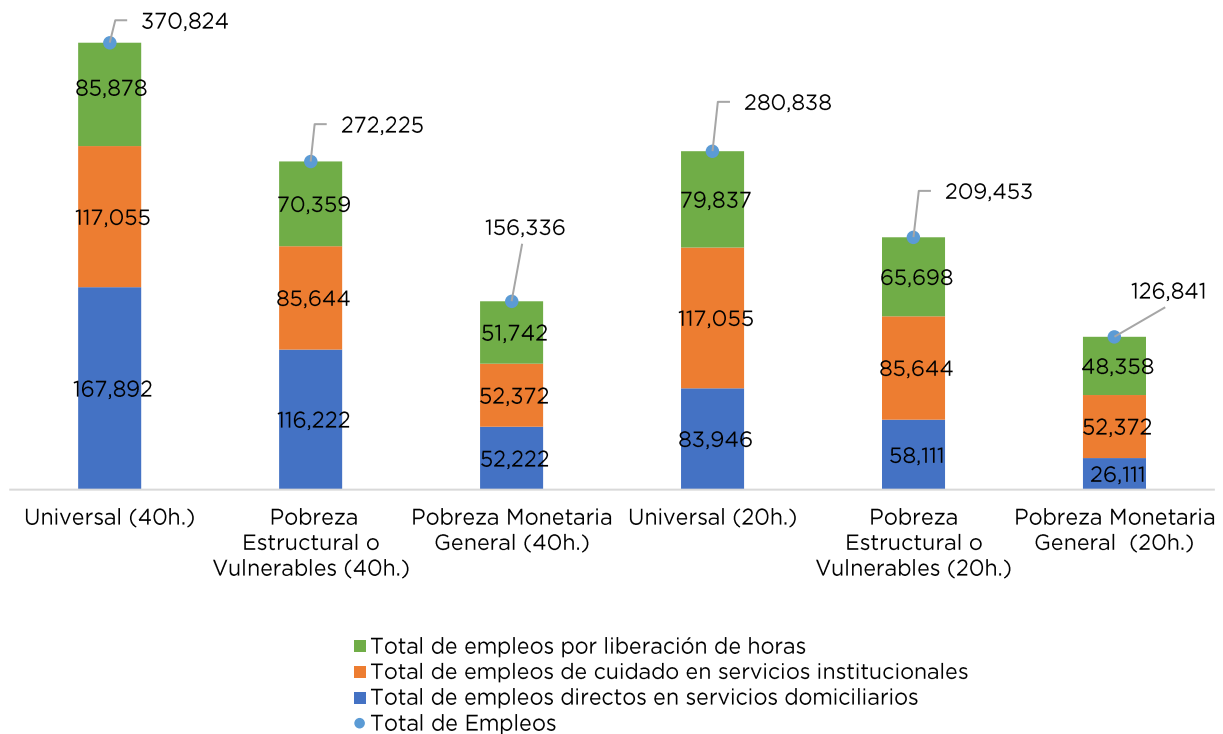


Fuente: Elaboración propia

X.1.3) Empleos totales resultado de la política de cuidados

En definitiva, si tomamos en cuenta los empleos generados de forma directa por la política de cuidados más los empleos que puedan conseguir parte de las mujeres cuidadoras en su hogar que gracias a la política puedan disponer de tiempo para incorporarse al mercado laboral, la política tiene un potencial de generación de empleos entre 371 mil y 127 mil empleos según el escenario de cobertura e inversión (Figura 13). En los 3 escenarios en los que la cobertura de servicios domiciliarios es a tiempo completo, el mayor volumen de empleos proviene de los servicios domiciliarios. Al revés cuando los servicios domiciliarios son a tiempo parcial, la mayoría de los empleos provienen de los servicios institucionales.

Figura 13. Total de empleos potenciales generados por la política de cuidados en servicios domiciliarios e institucionales, y por liberación de horas, por escenario de cobertura.

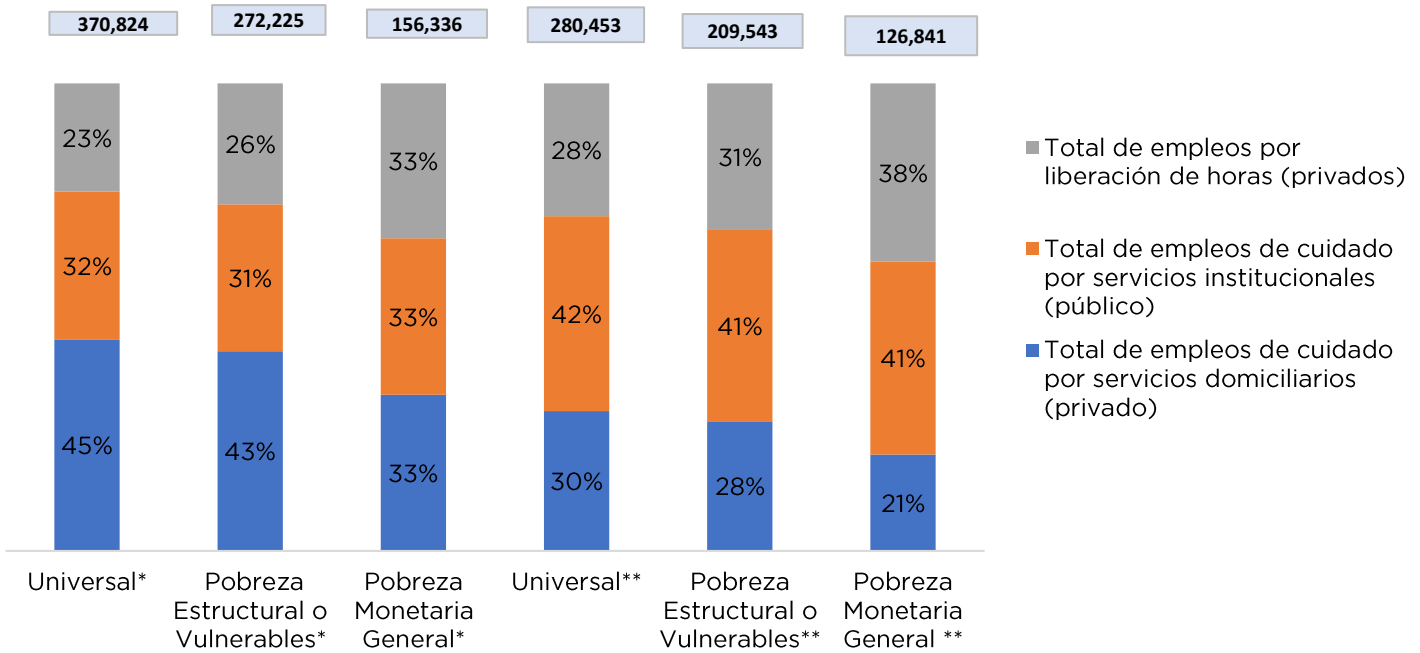


Fuente: Elaboración propia

Dado el diseño de la política, los empleos para atención domiciliaria serán financiados por el Estado, pero serán provistos por cooperativas o empresas por lo que serán empleos privados en su totalidad. Mientras tanto, los empleos para servicios institucionales (CAIPI's, aulas de inicial del MINERD o Centros Permanentes (asilos) serán empleos públicos. Los empleos por liberación de horas dependen de la inserción en el mercado laboral que tengan las mujeres cuidadoras que se integren. Como se observa en la Tabla 1Figura 14, dependiendo del escenario de cobertura, el volumen de empleos privados que generaría la política de forma directa iría del 45 % al 21 % de los empleos generados. Los empleos públicos generados por la política pueden ir de

representar el 42 % al 31% de los empleos totales y los generados por liberación de horas pueden ir del 38 % a un 23 %.

Figura 14. Porcentaje de empleos generados por la política que son públicos, privados o mixtos



Fuente: Elaboración propia

X.2) Reducción de la pobreza monetaria

X.2.1) Reestimación del ingreso

El aumento en la participación laboral tendría a su vez un efecto en la reducción de la pobreza monetaria consecuencia de la mejora de los ingresos de las personas que se integran al mercado laboral por efecto de la liberación de horas de trabajo de cuidado por efecto de la política, así como por los empleos creados de forma directa por la política de cuidados puesta en marcha.

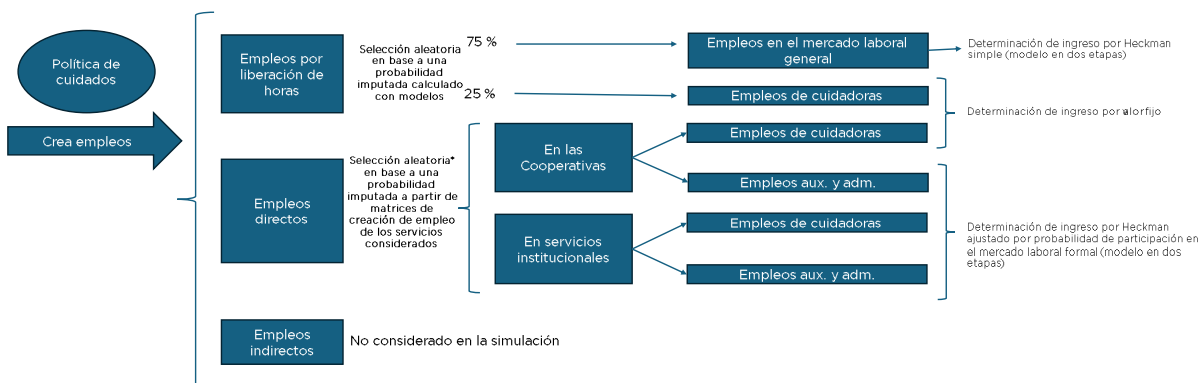
Para estimar los salarios a los que podrían acceder las personas que pasan a participar del mercado laboral por liberación de horas de cuidado, la simulación aplica un modelo en dos etapas, tipo *Heckman* para el 75 % de las personas que dejarían de ser Ni - Ni por efecto de la política y que se integrarían al mercado de trabajo general, que toma en cuenta variables que influyen en el tipo de empleo y salario que podría obtener cada persona como por ejemplo su nivel de escolaridad. El restante 25 % del total de estas personas podrían insertarse como cuidadoras en alguno de los servicios públicos de cuidado, en especial en los domiciliarios a través de las cooperativas y recibir el salario asignado.

El resto de las personas que se emplearán para los servicios, lo hará con el ingreso estimado para las personas cuidadoras, al igual que el 25 % de personas que ingresarían en los servicios domiciliarios gracias a la liberación de horas de cuidado.

Sin embargo, la política de cuidado demandará una diversidad de profesiones que requieren distintos niveles de cualificaciones y de ingreso. Para estimar los ingresos de las personas que se emplearían de manera directa en servicios institucionales se aplica un nuevo *Heckman* ajustado al sector formal para producir rangos de ingresos similares a los del mercado laboral formal y del sector público. Es decir, que la primera ecuación (la ecuación de selección del modelo en dos etapas) se ajusta no por la participación en el mercado laboral general, sino en la participación en el mercado laboral formal. Esto generará estimaciones de ingresos más cercanas a la demanda de profesiones esperadas. Aquí, el supuesto es que la calidad de empleos creados por la política nacional de cuidados será similar a los empleos y salarios ya existentes en el mercado de trabajo formal.

En la Figura 14 se resumen las metodologías aplicadas para la estimación del ingreso en cada caso pertinente de la simulación.

Figura 15. Diagrama de flujo de la simulación del impacto laboral y de ingresos de la política de cuidados



Fuente: Elaboración propia

Debido a que la política de cuidado generará empleos formales en el sector público, con ingresos más atractivos que los actuales, es posible que personas ya ocupadas sean las que se empleen en estas nuevas plazas laborales. Estimar la pérdida y ganancia de empleos requiere un análisis de equilibrio más completo que el usado por la simulación. Para simular este efecto, la probabilidad de emplearse en algunos de los nuevos empleos se imputó de igual manera a toda la PEA, y el ingreso aplicado fue una diferencia entre el nuevo ingreso estimado a través del *Heckman* ajustado, y el ingreso anterior (que es cero, en el caso de que la persona que se emplee estuviese desempleada).

X.2.2) Efecto directo en la pobreza monetaria

El siguiente paso del ejercicio es la simulación del cambio en los niveles de pobreza monetaria, producto del aumento del ingreso de los hogares de las personas que se integrarían al mercado de trabajo por efecto de la política. La metodología aplicada para el cálculo de la pobreza es la propuesta por MEPyD a partir del año 2022. Los datos de los hogares que se consideran pobres ya están cargados en la base de datos de la simulación. En el algoritmo del ejercicio simplemente se comparan las líneas de pobreza con el nuevo ingreso imputado gracias a los modelos.

En la Tabla 18, se observan las predicciones en el cambio de pobreza monetaria según los distintos escenarios de la simulación. Los resultados apuntan a que la política de cuidados es una medida costo efectiva para la reducción de la pobreza monetaria. En el escenario de mayor cobertura, la pobreza general monetaria se reduciría 6.34 p.p. mientras que en el de menor cobertura se reduciría 1.9 p.p.

La pobreza monetaria general femenina tendría reducciones mayores y por lo tanto se reduciría las brechas de género entre hombres y mujeres. Este efecto es de esperar dado el impacto que tendría la política en la participación laboral de las mujeres. En el escenario de mayor cobertura, la pobreza femenina se podría reducir 7.01 p.p. y en el de menor cobertura 2.03.

En pobreza extrema monetaria los resultados son menores debido a que la tasa ya es baja en el país. En caso de reducción de pobreza monetaria extrema femenina, la reducción potencial va de 1.87 p.p. en el escenario de mayor cobertura a 0.9 p.p. en el de menor cobertura.

Tabla 18. Cambios en pobreza monetaria general y extrema nacional y en la población femenina según varios escenarios de cobertura

Tasa de pobreza		Universal	Pobreza Estructural o Vulnerables	Pobreza Monetaria General	Universal	Pobreza Estructural o Vulnerables	Pobreza Monetaria General
		(40 h. semanales de atención domiciliaria)			(20 h. semanales de atención domiciliaria)		
General	Antes	27.67	27.67	27.67	27.67	27.67	27.67
	Después	21.33	23.02	24.94	23.87	24.82	25.77
	Diferencia	6.34	4.66	2.73	3.80	2.85	1.90
Extrema	Antes	3.77	3.77	3.77	3.77	3.77	3.77
	Después	2.80	3.01	3.18	3.12	3.24	3.30
	Diferencia	0.97	0.76	0.58	0.65	0.53	0.46
General FEMENINA	Antes	29.38	29.38	29.38	29.38	29.38	29.38
	Después	22.36	24.24	26.38	25.23	26.26	27.35
	Diferencia	7.01	5.14	2.99	4.15	3.11	2.03
Extrema FEMENINA	Antes	7.27	7.27	7.27	7.27	7.27	7.27
	Después	5.40	5.81	6.15	6.02	6.26	6.38
	Diferencia	1.87	1.47	1.13	1.26	1.02	0.90

Fuente: Elaboración propia, MEPyD, 2023

Capítulo XI. Resumen comparativo de la inversión necesaria y los beneficios socio económicos de los diferentes escenarios de cobertura.

En la

Tabla 19. Relación entre los recursos de la implementación de la política y resultados socioeconómicos por escenarios.

, se presentan indicadores clave que exploran la relación entre los recursos dedicados a la implementación de la política y sus resultados socioeconómicos en diversos escenarios.

La inversión en cuidados es necesaria para garantizar el derecho al cuidado de todas las personas que lo necesitan, así como potenciar las capacidades de la primera infancia y de las personas adultas con dependencias, pero, además, tienen un alto impacto en los indicadores laborales y de pobreza de la sociedad dominicana.

Como se observa en la

Tabla 19. Relación entre los recursos de la implementación de la política y resultados socioeconómicos por escenarios.

, la inversión necesaria para poner en marcha la política depende de la población cubierta y del tipo de servicios que se proveen. La política universal con asistencia domiciliaria de 40 horas promedio a la semana (para la población que lo amerite) implica una inversión de 3% del PIB, pero dado que el avance en el cierre de las brechas de cobertura ha de ser progresivo en el tiempo, se presentan escenarios como el que prioriza hogares en pobreza monetaria general con servicios domiciliarios de 20 horas promedio por semana, que plantea una demanda fiscal mucho más asequible de 0.9% del PIB anual.

Si se explora el potencial de mejora en el mercado laboral dominicano se puede observar que:

- El potencial número de empleos que podría generar esta política con respecto a la población ocupada en el país es importante, la economía del cuidado podría generar un volumen de empleos equivalente a entre un 6 % y 2 % de la población ocupada en 2022, según el escenario de cobertura e inversión.
- Dado los roles de género asignados, es muy probable que una parte importante de los empleos sean ocupados por mujeres. Si suponemos que el 75 % de los empleos producidos por la política de cuidados es ocupado por mujeres, los

nuevos empleos implicarían un aumento entre 15 % y 4 % del número de mujeres ocupadas.

- Todos los empleos producidos de forma directa por la política financiada estatalmente serían formales por lo que el impacto en la ocupación formal es aún más importante. Si comparamos con número de empleos formales totales en 2022 el aumento sería entre un 14 % y un 4 %. Si suponemos de nuevo que un 75 % de los empleos producidos serían para mujeres esto significaría un aumento de entre un 23 % y 6 % en el número de empleos formales femeninos.

Con respecto al potencial de reducción de la pobreza monetaria, los datos revelan que el enfoque de focalización en los hogares en pobreza monetaria general con atención domiciliaria promedio de 40 horas semanal (a las personas priorizadas para atención domiciliaria) se destaca como la opción más eficiente en términos de inversión necesaria para mitigar la pobreza con una inversión necesaria de 0.42% del PIB anual para reducir 1 p.p. de pobreza monetaria general.

Tabla 19. Relación entre los recursos de la implementación de la política y resultados socioeconómicos por escenarios.

	VARIABLE	UNIVERSAL	POBREZA ESTRUCTURAL O VULNERABLES	POBREZA MONETARIA GENERAL	UNIVERSAL	POBREZA ESTRUCTURAL O VULNERABLES	POBREZA MONETARIA GENERAL
		(40 h. semanales de atención domiciliaria)			(20 h. semanales de atención domiciliaria)		
COBERTURA	Personas Atendidas	866,606	629,302	372,981	866,606	629,302	372,981
	% de la demanda potencial cubierta	90%	65%	39%	90%	65%	39%
INVERSIÓN	>>>Inversión operativa como % PIB	2.8%	2.0%	1.0%	2.0%	1.4%	0.8%
	>>>Inversión en infraestructura como % del PIB (amortización a 10 años)	0.3%	0.2%	0.1%	0.3%	0.2%	0.1%
	INVERSIÓN TOTAL ANUAL (% del PIB)	3.1%	2.2%	1.2%	2.3%	1.7%	0.9%
EMPLEO	>>>Empleos directos por Política de Cuidados	284,947	201,866	104,594	201,001	143,755	78,483
	>>>Empleos por liberación de horas	85,878	70,359	51,742	79,837	65,698	48,358
	EMPLEOS TOTALES	370,824	272,225	156,336	280,838	209,453	126,841
	Empleos totales como % de las personas ocupadas	8%	6%	3%	6%	4%	3%
	Empleos directos por política de cuidados como % de ocupados en empleos formales	14%	10%	5%	10%	7%	4%
	Empleos formales como % empleo femenino formal (75% femenino)	23%	17%	9%	16%	12%	6%
	Empleo por horas de liberadas como % de las mujeres inactivas por labores de cuidado	10%	8%	6%	10%	8%	6%
POBREZA	Reducción % Pobreza Monetaria General Femenina	7.01	5.14	2.99	4.15	3.11	2.03
	Reducción % Pobreza Monetaria General	6.34	4.66	2.73	3.80	2.85	1.90
	Inversión necesaria para reducir en 1 p.p. la pobreza monetaria general (% PIB)	0.48%	0.47%	0.42%	0.60%	0.57%	0.48%

Fuente: Elaboración propia, MEPyD, 2023

Es importante apuntar que el acceso a un empleo formal no solo eleva al hogar por encima de la línea de pobreza monetaria, sino que le da acceso a la persona empleadas y sus dependientes a la seguridad social contributiva y por lo tanto a servicios de salud, riesgos laborales y pensión, así como a la posibilidad de inclusión financiera y acceso a crédito formal. Por esta razón, la mejora no es solo pobreza monetaria sino multidimensional ya que también pone en marcha otros derechos como el acceso a la salud, un empleo digno, una pensión en la vejez, una formación de calidad en primera infancia, el desarrollo de las capacidades de las personas con discapacidad, el derecho al descanso, entre otros.

Conclusiones

Los resultados de este estudio muestran que la inversión y el desarrollo progresivo de una política de cuidados en República Dominicana es fiscalmente posible y tiene un importante potencial como política económica y generadora de empleo, además de garantizar el desarrollo de las capacidades, la autonomía y el cuidado de las personas en situación de dependencia, así como de quienes las cuidan.

Este estudio, realizado en República Dominicana, simula los diversos efectos socioeconómicos que la teoría económica y muchos estudios han comprobado en otros países incluyendo: la generación de empleo, la reducción de la pobreza, la disminución de las brechas de género, y la promoción de la conciliación entre la vida laboral y familiar.

La inversión estatal en esta área no solo tendría efectos positivos a nivel socioeconómico, sino que también redistribuiría de manera más equitativa la responsabilidad del trabajo de cuidado dentro de la sociedad y la economía dominicana. Esta redistribución a través de una mayor participación estatal y del sector privado permitiría una mayor participación laboral para aquellas personas que cuidan, en su mayoría mujeres, las cuales que se encuentran excluidas del trabajo asalariado por asumir labores reproductivas no remuneradas pero necesarias para la economía y la sociedad.

Para lograr con éxito este objetivo, es fundamental comprender y dimensionar las necesidades de cuidado existentes, así como determinar los recursos necesarios para satisfacerlas de manera efectiva. Desde la puesta en marcha de la estrategia Comunidades de Cuidado, bajo el liderazgo de la Mesa Intersectorial de Cuidados, el país ha trabajado decisivamente para desarrollar una Política Nacional de Cuidados basada en evidencias.

Por primera vez, este estudio dimensiona en República Dominicana el volumen de personas mayores de 18 años con dependencias. En República Dominicana se estima que la población prioritaria que demanda cuidados es de 963 mil personas, entre 864,388 niños y niñas menores de 5 años y 97,587 personas adultas en dependencia moderada o severa que constituyen las poblaciones prioritarias de la política. 23% de los hogares en el país tiene al menos una persona que demanda cuidados priorizada (alrededor de 813 mil hogares con al menos una persona en dependencia moderada o severa o infante).

Este estudio también cuantifica y analiza el segundo público objetivo de la política: las 851,890 personas que se dedican de forma integral a las tareas de cuidado no remunerado, de las cuales el 98% son mujeres que declaran no buscar empleo por responsabilidades familiares o quehaceres del hogar. La exclusión del mercado laboral limita la autonomía económica y el acceso a otros derechos asociados como las vacaciones, la cotización a la seguridad social contributiva y sus derivados como

pensión, aseguramiento contributivo en salud y otros. La sociedad y la economía también pierden los aportes de este grupo en el ámbito productivo.

A pesar de que en años recientes ha habido una expansión de la cobertura de los servicios de cuidados, existe todavía una gran brecha en la prestación de servicios de cuidado en el país que ayuden a la redistribución de las cargas. En 2023, se estima que solo un 11 % de los niños y niñas menores de 5 años acceden a servicios públicos de cuidado de 8 horas diarias, mientras que solo un 3 % de las personas en situación de dependencia mayores de 65 años accede a los servicios de cuidado de los Centros Permanentes (asilos) que CONAPE financia a través de ASFL y el programa Familias de Cariño. Por otro lado, no existen servicios públicos permanentes para la población en dependencia adulta entre 18 y 65 años, ni servicios domiciliarios para ninguna de las poblaciones.

El derecho a cuidar y ser cuidado es la puerta de entrada a muchos otros derechos esenciales para la vida y la economía.

Para extender los servicios de cuidados, el gobierno dominicano está comprometido en expandir los servicios institucionales ya existentes en el país y poner en marcha servicios domiciliarios a través de contratación de Cooperativas de Cuidado.

El modelo de simulación calcula la inversión necesaria, el aumento de participación laboral, el empleo generado, el aumento del ingreso del hogar y la reducción en pobreza monetaria para 6 escenarios de prestación de servicios. El más ambicioso de cobertura universal y el menos ambicioso el de proveer servicios públicos inicialmente a hogares en pobreza monetaria.

El estudio utilizó un marco temporal de 10 años para cerrar la brecha de cobertura de cada escenario y por lo tanto ir haciendo las inversiones necesarias en infraestructura y equipamiento cada año para ir aumentando la cobertura de forma progresiva. Para cerrar las brechas de cobertura, en 10 años el Estado tendría que invertir en el año 1 entre 0.66 % y 0.31 % del PIB según el escenario de cobertura y en el año 10 y subsiguientes entre el 3 % y 0.9 % del PIB anual, según el escenario de cobertura. De esta forma, es posible ver la evolución de la cobertura y los recursos necesarios de una forma más cercana a la realidad y más factible ya que los recursos requeridos en los primeros años son menores y permiten el tiempo necesario para fortalecer la inversión fiscal haciendo la propuesta más factible en términos fiscales

En el escenario de cobertura universal con 40 horas promedio semanal de atención domiciliaria, la inversión necesaria anual sería, tras 10 años de inversión recurrente en infraestructura y equipamiento, un 3.07 % del PIB. Con 20 horas de atención domiciliaria promedio a las personas que llenen los requisitos para este tipo de atención el volumen de recursos anual se reduce a 2.26 % del PIB.

El escenario de cobertura de atención de personas estructuralmente pobres o vulnerables pone las necesidades de inversión anual en 2.18 % del PIB con atención

domiciliaria a tiempo completo y 1.63 % del PIB con atención domiciliaria a tiempo parcial.

El escenario menos ambicioso consideró solo la demanda de hogares en pobreza monetaria general, teniendo como resultado que la inversión necesaria a anual con 40 horas de atención domiciliaria baja a 1.15 % del PIB y con tiempo parcial de atención domiciliaria a 0.9 % del PIB.

Estas estimaciones y muestran diferentes escenarios que hacen viable en términos fiscales la puesta en marcha de la política de cuidados y permiten tomar decisiones en función de los recursos con los que se cuente para cada población a cubrir. Será necesario ampliar el espacio fiscal tomando en cuenta la inversión en las políticas de cuidado como cuarto pilar de la protección social y para esto, siguiendo las recomendaciones de CEPAL, es esencial la protección del gasto social y la inversión pública y fortalecer la recaudación, mejorando la progresividad de la arquitectura tributaria y ampliando la participación del sector privado en la garantía de este derecho a sus trabajadores y trabajadoras.

La puesta en marcha de la política de cuidados tiene importantes efectos en el mercado laboral y en el cierre de brechas de participación laboral y ocupación de hombres y mujeres. La política de cuidados tiene el potencial de crear de manera directa entre 285 mil y 80 mil puestos de trabajo formales. Al mismo tiempo, se estima que entre 86 mil y 48 mil mujeres puedan comenzar a trabajar con remuneración gracias al tiempo liberado por la política. Esto coloca el potencial de creación de empleos de la política en más de 370 mil empleos, en el escenario de mayor cobertura, como resultado directo de la inversión, sin contar efectos en mercados secundarios como la construcción o el transporte.

El potencial impacto en el mercado laboral es relevante. Los nuevos empleos implicarían un aumento entre 15% y 4% de la población ocupada femenina según el escenario de inversión. Todos los empleos producidos de forma directa por la política financiada estatalmente serían formales por lo que el impacto en la ocupación formal es aún más importante. Si comparamos con número de empleos formales totales en 2022, el aumento sería entre un 14% y un 4% y en el número de empleos formales femeninos podría generar un aumento de entre un 23% y 6%.

Gracias a la inclusión laboral generada por la política, en todos los escenarios presentados se esperarían reducciones de entre 6.34 y 1.9 puntos porcentuales de los niveles de pobreza monetaria general. Estos efectos son más pronunciados en las tasas de pobreza femenina que se reduciría según el escenario entre 7 y 2 puntos porcentuales, lo cual impulsaría la reducción de las brechas de género en los indicadores de pobreza nacional.

La política de cuidados implica una inversión progresiva en el tiempo de diferente magnitud según el escenario, pero posible fiscalmente y costo eficiente por sus efectos

positivos en el desarrollo social y económico. La focalización y el tipo de servicio son factores clave para la eficiencia y la eficacia de la política de cuidados. El documento muestra que los escenarios de focalización en hogares en pobreza monetaria general o en pobreza estructural o vulnerabilidad reducen considerablemente la inversión necesaria en la política, sin sacrificar demasiado su impacto social.

El análisis justifica la priorización de esta política tanto por sus efectos en la economía como en la garantía de derechos. Será importante hacer esfuerzos para aumentar la oferta de los programas tanto institucionales como domiciliarios que ofrezcan servicios de cuidados permanentes que impactan en la carga de cuidados de los hogares. Los resultados apuntan a que esto requiere recursos, pero tendrá un impacto importante en la calidad de vida de las personas cuidadas y quienes las cuidan en el hogar. El desarrollo de servicios domiciliarios de cuidado a través de la contratación de las Cooperativas de Cuidado es una oportunidad para la extensión rápida de la cobertura a costos competitivos si se toma en consideración que no necesitan infraestructura física para brindar cuidados y que tiene un alto potencial de generación de empleo.

Además de evidenciar las necesidades, el documento ofrece herramientas cuantitativas para estimar los requerimientos de insumos, además de proveer evidencias y argumentos que demuestran la efectividad de la política, y la necesidad de movilizar los recursos financieros necesarios. Para esto hace un llamado a desarrollar diferentes estrategias de financiamiento a través del aumento del espacio fiscal a través de impuestos progresivos, por medio de la Seguridad Social y de las experiencias de cofinanciación con el sector privado y las ASFL.

Este estudio demuestra que la inversión en cuidados es una política de desarrollo de las capacidades de las personas en situación de dependencia, generación de empleo, aumento de la formalidad y acceso a la seguridad social, reducción de pobreza monetaria y reducción de brechas de género. Es una política que mejora la calidad de vida e impulsa la economía de forma más justa y eficiente.

Especialmente en la encrucijada demográfica en la que se encuentra República Dominicana debido al fin de su bono demográfico, una política de cuidados integral, flexible y de amplia cobertura es una necesidad para alcanzar los metas de desarrollo social del país en el marco de la Agenda Nacional de Desarrollo y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. El impacto socioeconómico de la política se convertirá en un motor acelerador de dichas metas.

Este documento es un aporte a los esfuerzos del país no solo hacia la construcción de una política integral de cuidados, sino de la colaboración interinstitucional y al diseño de políticas basadas en evidencia.

Anexos

Anexo 1. Batería de preguntas del Grupo de Washington

Pregunta	Respuestas	¿Se utiliza en la metodología de dependencia?
1. ¿Tiene dificultad para ver, incluso cuando usa lentes?	1. Nunca. 2. Algunas veces. 3. Muchas veces. 4. Siempre	No
2. ¿Tiene dificultad para oír, incluso cuando usa un audífono?	1. Nunca. 2. Algunas veces. 3. Muchas veces. 4. Siempre	No
3. ¿Tiene dificultad para caminar o subir escalones?	1. Nunca. 2. Algunas veces. 3. Muchas veces. 4. Siempre	Sí
4. ¿Tiene dificultad para recordar o concentrarse?	1. Nunca. 2. Algunas veces. 3. Muchas veces. 4. Siempre	No
5. ¿Tiene dificultad para lavarse o vestirse (gestionar su autosuficiencia para el cuidado personal)?	1. Nunca. 2. Algunas veces. 3. Muchas veces. 4. Siempre	Sí
6. ¿Tiene dificultad para comunicarse, por ejemplo, entender a los demás o que lo entiendan a usted, cuando se usa un lenguaje normal (habitual)?	1. Nunca. 2. Algunas veces. 3. Muchas veces. 4. Siempre	No

Fuente: elaboración propia, 2023 con base en 2020, Grupo de Washington sobre Estadísticas de la Discapacidad

Anexo 2. Inversión necesaria por año durante 10 años por tipo de población en % del PIB

Costos Totales por año en 10 años	Año 1					
	Univ ers al	Pobreza Estructura l o Vulnerabl es	Pobreza Monetari a General	Univ ers al	Pobreza Estructura l o Vulnerabl es	Pobreza Monetari a General
	(40 h. semanales de atención domiciliaria)			(20 h. semanales de atención domiciliaria)		
TOTAL	0.66%	0.51%	0.33%	0.58%	0.45%	0.31%
Niños y niñas de 0 a 2 (TOD)	0.32%	0.25%	0.18%	0.30%	0.23%	0.17%
Niños y niñas entre 3 a 4 (KIN)	0.24%	0.19%	0.14%	0.22%	0.18%	0.13%
Infantes (0-4 años)	0.56%	0.44%	0.32%	0.52%	0.41%	0.30%
Personas en dependencia entre 18 y 64 años (ADD)	0.03%	0.02%	0.01%	0.01%	0.01%	0.00%
Personas en dependencia más de 65 años (AMD)	0.08%	0.05%	0.01%	0.05%	0.03%	0.01%

Costos Totales por año en 10 años	Año 2					
	Univ ers al	Pobreza Estructura l o Vulnerabl es	Pobreza Monetari a General	Univ ers al	Pobreza Estructura l o Vulnerabl es	Pobreza Monetari a General
	(40 h. semanales de atención domiciliaria)			(20 h. semanales de atención domiciliaria)		
TOTAL	0.92%	0.69%	0.42%	0.76%	0.58%	0.37%
Niños y niñas de 0 a 2 (TOD)	0.42%	0.32%	0.22%	0.38%	0.29%	0.20%
Niños y niñas entre 3 a 4 (KIN)	0.31%	0.24%	0.17%	0.28%	0.22%	0.15%
Infantes (0-4 años)	0.73%	0.56%	0.39%	0.65%	0.51%	0.35%
Personas en dependencia entre 18 y 64 años (ADD)	0.06%	0.03%	0.01%	0.03%	0.02%	0.01%
Personas en dependencia más de 65 años (AMD)	0.14%	0.09%	0.02%	0.08%	0.05%	0.01%

Costos Totales por año en 10 años	Año 3					
	Universal	Pobreza Estructural o Vulnerables	Pobreza Monetaria General	Universal	Pobreza Estructural o Vulnerables	Pobreza Monetaria General
	(40 h. semanales de atención domiciliaria)			(20 h. semanales de atención domiciliaria)		
TOTAL	1.19%	0.87%	0.51%	0.95%	0.70%	0.43%
Niños y niñas de 0 a 2 (TOD)	0.52%	0.40%	0.27%	0.46%	0.35%	0.23%
Niños y niñas entre 3 a 4 (KIN)	0.39%	0.29%	0.20%	0.34%	0.26%	0.17%
Infantes (0-4 años)	0.91%	0.69%	0.46%	0.79%	0.60%	0.41%
Personas en dependencia entre 18 y 64 años (ADD)	0.08%	0.05%	0.02%	0.04%	0.03%	0.01%
Personas en dependencia más de 65 años (AMD)	0.20%	0.13%	0.03%	0.11%	0.08%	0.02%

Costos Totales por año en 10 años	Año 4					
	Universal	Pobreza Estructural o Vulnerables	Pobreza Monetaria General	Universal	Pobreza Estructural o Vulnerables	Pobreza Monetaria General
	(40 h. semanales de atención domiciliaria)			(20 h. semanales de atención domiciliaria)		
TOTAL	1.45%	1.05%	0.60%	1.13%	0.83%	0.50%
Niños y niñas de 0 a 2 (TOD)	0.62%	0.47%	0.31%	0.53%	0.41%	0.27%
Niños y niñas entre 3 a 4 (KIN)	0.46%	0.34%	0.23%	0.39%	0.29%	0.19%
Infantes (0-4 años)	1.09%	0.82%	0.54%	0.93%	0.70%	0.46%
Personas en dependencia entre 18 y 64 años (ADD)	0.11%	0.07%	0.02%	0.06%	0.03%	0.01%
Personas en dependencia más de 65 años (AMD)	0.26%	0.17%	0.04%	0.15%	0.10%	0.02%

Año 5						
Costos Totales por año en 10 años	Universal	Pobreza Estructural o Vulnerables	Pobreza Monetaria General	Universal	Pobreza Estructural o Vulnerables	Pobreza Monetaria General
	(40 h. semanales de atención domiciliaria)			(20 h. semanales de atención domiciliaria)		
	TOTAL	1.72%	1.24%	0.68%	1.31%	0.96%
Niños y niñas de 0 a 2 (TOD)	0.72%	0.55%	0.36%	0.61%	0.46%	0.30%
Niños y niñas entre 3 a 4 (KIN)	0.54%	0.40%	0.25%	0.45%	0.33%	0.22%
Infantes (0-4 años)	1.26%	0.94%	0.61%	1.07%	0.80%	0.52%
Personas en dependencia entre 18 y 64 años (ADD)	0.14%	0.08%	0.03%	0.07%	0.04%	0.01%
Personas en dependencia más de 65 años (AMD)	0.32%	0.21%	0.05%	0.18%	0.12%	0.03%

Año 6						
Costos Totales por año en 10 años	Universal	Pobreza Estructural o Vulnerables	Pobreza Monetaria General	Universal	Pobreza Estructural o Vulnerables	Pobreza Monetaria General
	(40 h. semanales de atención domiciliaria)			(20 h. semanales de atención domiciliaria)		
	TOTAL	1.98%	1.42%	0.77%	1.50%	1.08%
Niños y niñas de 0 a 2 (TOD)	0.82%	0.62%	0.40%	0.69%	0.52%	0.34%
Niños y niñas entre 3 a 4 (KIN)	0.62%	0.45%	0.28%	0.51%	0.37%	0.24%
Infantes (0-4 años)	1.44%	1.07%	0.69%	1.20%	0.89%	0.57%
Personas en dependencia entre 18 y 64 años (ADD)	0.17%	0.10%	0.03%	0.08%	0.05%	0.02%
Personas en dependencia más de 65 años (AMD)	0.37%	0.25%	0.06%	0.21%	0.14%	0.03%

Año 7						
Costos Totales por año en 10 años	Universal	Pobreza Estructural o Vulnerables	Pobreza Monetaria General	Universal	Pobreza Estructural o Vulnerables	Pobreza Monetaria General
	(40 h. semanales de atención domiciliaria)			(20 h. semanales de atención domiciliaria)		
TOTAL	2.25%	1.60%	0.86%	1.68%	1.21%	0.68%
Niños y niñas de 0 a 2 (TOD)	0.93%	0.70%	0.45%	0.77%	0.58%	0.37%
Niños y niñas entre 3 a 4 (KIN)	0.69%	0.50%	0.31%	0.57%	0.41%	0.26%
Infantes (0-4 años)	1.62%	1.20%	0.76%	1.34%	0.99%	0.63%
Personas en dependencia entre 18 y 64 años (ADD)	0.19%	0.12%	0.04%	0.10%	0.06%	0.02%
Personas en dependencia más de 65 años (AMD)	0.43%	0.29%	0.06%	0.24%	0.16%	0.04%

Año 8						
Costos Totales por año en 10 años	Universal	Pobreza Estructural o Vulnerables	Pobreza Monetaria General	Universal	Pobreza Estructural o Vulnerables	Pobreza Monetaria General
	(40 h. semanales de atención domiciliaria)			(20 h. semanales de atención domiciliaria)		
TOTAL	2.51%	1.79%	0.95%	1.86%	1.34%	0.75%
Niños y niñas de 0 a 2 (TOD)	1.03%	0.77%	0.49%	0.85%	0.64%	0.41%
Niños y niñas entre 3 a 4 (KIN)	0.77%	0.55%	0.34%	0.63%	0.45%	0.28%
Infantes (0-4 años)	1.80%	1.32%	0.83%	1.48%	1.09%	0.68%
Personas en dependencia entre 18 y 64 años (ADD)	0.22%	0.13%	0.04%	0.11%	0.07%	0.02%
Personas en dependencia más de 65 años (AMD)	0.49%	0.33%	0.07%	0.27%	0.18%	0.04%

Costos Totales por año en 10 años	Año 9					
	Universal	Pobreza Estructural o Vulnerables	Pobreza Monetaria General	Universal	Pobreza Estructural O Vulnerables	Pobreza Monetaria General
	(40 h. semanales de atención domiciliaria)			(20 h. semanales de atención domiciliaria)		
TOTAL	2.77%	1.97%	1.03%	2.05%	1.47%	0.81%
Niños y niñas de 0 a 2 (TOD)	1.13%	0.84%	0.54%	0.93%	0.69%	0.44%
Niños y niñas entre 3 a 4 (KIN)	0.84%	0.60%	0.37%	0.69%	0.49%	0.30%
Infantes (0-4 años)	1.97%	1.45%	0.91%	1.62%	1.19%	0.74%
Personas en dependencia entre 18 y 64 años (ADD)	0.25%	0.15%	0.05%	0.12%	0.08%	0.02%
Personas en dependencia más de 65 años (AMD)	0.55%	0.37%	0.08%	0.31%	0.20%	0.05%

Costos Totales por año en 10 años	Año 10					
	Universal	Pobreza Estructural o Vulnerables	Pobreza Monetaria General	Universal	Pobreza Estructural O Vulnerables	Pobreza Monetaria General
	(40 h. semanales de atención domiciliaria)			(20 h. semanales de atención domiciliaria)		
TOTAL	3.04%	2.15%	1.12%	2.23%	1.59%	0.87%
Niños y niñas de 0 a 2 (TOD)	1.23%	0.92%	0.58%	1.01%	0.75%	0.48%
Niños y niñas entre 3 a 4 (KIN)	0.92%	0.66%	0.40%	0.74%	0.53%	0.32%
Infantes (0-4 años)	2.15%	1.57%	0.98%	1.75%	1.28%	0.79%
Personas en dependencia entre 18 y 64 años (ADD)	0.28%	0.17%	0.05%	0.14%	0.08%	0.03%
Personas en dependencia más de 65 años (AMD)	0.61%	0.41%	0.09%	0.34%	0.23%	0.05%

Bibliografía

- Aranco, N., & Ibarrán, P. (2020). *Servicios de apoyo personal para personas con dependencia funcional: antecedentes, características y resultados*. Nota técnica IDB-TN-1884. Washington, DC: Inter-American Development Bank.
- Bango, J., & Cossani, P. (2021). *Hacia la construcción de sistemas integrales de cuidados en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: ECLAC.
- Bango, J., Campanella, J., & Cossani, P. (2022). *Financiamiento de los sistemas integrales de cuidados: propuestas para América Latina*. UNWOMEN.
- Bruce Fuller (2007) "Standardized Childhood: The Political and Cultural Struggle over Early Education"
- CAID. (2023). Obtenido de Página web oficial de los CAID: <https://caid.gob.do/caid/>
- Cañete, R., Suero, P., Brito, N., & Cuello, A. (2021). *Comunidades de Cuidado: Construyendo una Política Nacional de Cuidados con los actores del territorio*. Santo Domingo: MEPYD - FRIEDRICH EBERT STIFTUNG.
- CEA (Council of Economic Advisers). (2023). *Did Stabilization Funds Help Mothers Get Back to Work After the COVID-19 recession?* CEA.
- CEPAL. (2020). La economía del cuidado como acelerador del cambio estructural con igualdad. *Notas para la igualdad NO.30*.
- CEPAL. (2023). *Sobre el cuidado y las políticas de cuidado*. Obtenido de Página web de la CEPAL: <https://www.cepal.org/es/sobre-el-cuidado-y-las-politicas-de-cuidado>
- Chaverril-Carvajal, A. (2023). *Consultoría de Apoyo al diseño de una Red de Cuidadoras y Cuidadores en República Dominicana*. Santo Domingo: Inter-American Development Bank.
- CONADIS. (2023a). *¿Quiénes somos?* Obtenido de Página web oficial del CONADIS: <https://conadis.gob.do/quienes-somos/>
- CONADIS. (2023b). *Memorias institucionales del CONADIS año 2022*. Santo Domingo: CONADIS.
- CONANI (2023) *¿Quiénes somos?* Obtenido de Página web oficial del CONANI <https://conani.gob.do/quienes-somos/>
- CONAPE. (2023a). *Quiénes somos*. Obtenido de Página web oficial de CONAPE: https://www.conape.gob.do/sobre_nosotros.cfm
- CONAPE. (2023b). *Memorias institucionales de CONAPE 2022*. Santo Domingo: CONAPE.
- Deborah Phillips y Kathy McCartney (2006) "Child Care and Early Education: Good for Children, Good for Society"

- ECLAC. (2022). *Clasificación de Actividades de Uso de Tiempo par América Latina y el Caribe (CAUTAL)*. ECLAC.
- Esquivel, V. (2011). *La Economía del Cuidado en América Latina: poniendo a los cuidados en el centro de la agenda*. ECLAC.
- Esquivel, V. (2011). *La Economía del Cuidado en América Latina: Poniendo a los cuidados en el centro de la agenda*. UNDP.
- GANÁ. (2023). *Gabinete de Niñez y Adolescencia (GANÁ)*. Obtenido de Página web oficial de Raquel Arbaje, primera dama de la República: <https://raquelarbaje.com.do/gabinete-de-ninez-y-adolescencia/>
- García, B. (2018). El trabajo doméstico y de cuidado: su importancia y principales hallazgos en el caso mexicano. *Estudios demográficos y urbanos*, vol. 34, núm. 2.
- García, J., & Mones, J. (2018). Jornada escolar extendida: efectos sobre la oferta laboral femenina dominicana. *Nueva Literatura Económica del Banco Central*, 75-107.
- Gobierno de México IN-MUJERES - ONUMUJERES. (2021). *Costos, retornos y efectos de un Sistema de cuidado infantil universal, gratuito y de calidad en México*. Ciudad de México, D.F.: Gobierno de México IN-MUJERES - ONUMUJERES.
- González-González, C., Stampini, M., Cafagna, G., Hernández, M., & Ibararán, P. (2019). *Simulaciones del costo de un sistema de apoyo para los adultos mayores en situación de dependencia en México*. IADB.
- Grupo de Washington en Estadísticas sobre Discapacidad (2020), *The Washington Group Short Set on Functioning (WG-SS) Spanish Translation* <https://www.washingtongroup-disability.com/>
- IDEC. (2023). *Informe anual de seguimiento y monitoreo año 2022*. Santo Domingo: IDEC.
- ILO. (2013). *Estadísticas del trabajo, el empleo y la subutilización de la fuerza de trabajo: Informe II 19a Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo*. Ginebra: ILO.
- INAIFI. (2023a). *¿Quiénes somos?* Obtenido de Página web oficial del INAIFI: <https://inaifi.gob.do/index.php/sobre-nosotros/quienes-somos>
- INAIFI. (2023b). *Centro De Atención Integral A La Infancia Y La Familia (CAFI)*. Obtenido de Página web oficial del INAIFI: <https://inaifi.gob.do/index.php/servicios/centro-de-atencion-integral-a-la-infancia-y-la-familia-cafi>
- INEGI. (2023). *Cuenta Satélite Del Trabajo No Remunerado de los hogares de México (CSTNRHM) 2022. Comunicado de prensa número 704/23*.
- James Heckman y Dimitriy V. Masterov (2007) *"Invest in Early Childhood Development: Reduce Deficits, Strengthen the Economy"*

- Jara-Maleš, P., & Chaverri-Carvajal, A. (2020). *Servicios de apoyo al cuidado en domicilio Avances y desafíos para la atención de la dependencia en Costa Rica. Nota Técnica IDB-TN-2031*. Washington, D.C.: Inter-American Development Bank.
- Polanco, C. (2023). *Feminización de la pobreza en República Dominicana: Probabilidad de Transición y Trampas de La Pobreza*. Santo Domingo: MEPYD.
- Ramos, C., Mones, J., & Del Rosario, J. (2019). *Una aplicación de escuelas efectivas en la República Dominicana: un estudio exploratorio*. Santo Domingo: Observatorio de Políticas Sociales y Desarrollo - Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales de la Vicepresidencia - Fundación EDUCA.

Ripani, L. (30 de octubre de 2023). *¿Por qué es importante que Claudia Goldin haya ganado el premio Nobel de Economía?* Obtenido de Blog de IADB: <https://blogs.iadb.org/trabajo/es/por-que-es-importante-que-claudia-goldin-haya-ganado-el-premio-nobel-de-economia/>

Ruby Takanishi y Timothy Bartik (2006) *"Early Childhood Care and Education in the United States: A Critical Overview of the Current Policy Landscape"*

Scuro, L., Alemany, C., & Coello, R. (2022). *El financiamiento de los sistemas y políticas de cuidados en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: ECLAC.

Fuentes de datos estadísticos

- Registros administrativos de CONAPE, INAIPI, MINERD y de la estrategia piloto Comunidades de Cuidado en marco de la Mesa Intersectorial de Cuidados.
- Resultados del Ejercicio de Micro-Simulación de la Política Nacional de Cuidados, MEPYD (trabajo por publicar).

Índice de gráficos y tablas

Tablas

Tabla 1. Clasificación del Modelo de Actividades de la Vida Diaria (AVD).....	23
Tabla 2. Estimación de la población priorizada para la implementación de la política Comunidades de Cuidado en 2022.....	27
Tabla 3. Tabla resumen de servicios públicos de atención para personas en dependencia.....	29
Tabla 4. Matrícula por sexo, secciones y centros que tienen secciones MINERD, según grado. 2019-2020 y 2022-2023.....	32
Tabla 5. Centros de atención y niños y niñas inscritos en servicios del INAPI por tipo, según gestión, año escolar 2022-2023.....	33
Tabla 6. Personas atendidas en centros de acogida de CONAPE, según tipo, 2023....	35
Tabla 7. Estimación de la demanda, cobertura que libere al hogar de horas de cuidado y brechas de servicios de cuidados en la República Dominicana según las distintas subpoblaciones priorizadas	40
Tabla 8. Estructura de costos de capital de un CAIPI N (250 niños/as) a 2023.....	44
Tabla 9. Estructura de costos operativos de un CAIPI N, 2023	46
Tabla 10. Costos de construcción y equipamiento de aulas de inicial en MINERD (RD\$)	46
Tabla 11. Estructura de costos estimada de construcción y equipamiento de asilos permanentes.....	47
Tabla 12. Estructura de costos de atención para una persona en dependencia en un Centro Permanente (asilo) adscrito al CONAPE, 2023	47
Tabla 13. Costo de atención a través de las cooperativas según varios horizontes temporales	48
Tabla 14. Escenarios de cobertura considerados en la simulación	49
Tabla 15. Resumen de criterios de acceso imputados el Modelo de Simulación	50
Tabla 16. Inversión necesaria anual según escenarios de cobertura de la Política Nacional de Cuidados según los resultados del Modelo de Micro Simulación de la Política Nacional de Cuidados MEPyD.....	52
Tabla 17. Empleos necesarios para política de cuidados por tipo de población atendida, según diferentes escenarios de atención.....	60

Tabla 18. Cambios en pobreza monetaria general y extrema nacional y en la población femenina según varios escenarios de cobertura	69
Tabla 19. Relación entre los recursos de la implementación de la política y resultados socioeconómicos por escenarios.....	71

Figuras

Figura 1. Proceso de estimación de costos y beneficios de la inversión en cuidados	14
Figura 2. Esquema de la simulación.....	20
Figura 3. Total de personas ocupadas e inactivas por responsabilidades familiares o quehaceres del hogar por sexo, 2022-2023.....	24
Figura 4. Porcentaje de personas inactivas por responsabilidades familiares o quehaceres del hogar y personas ocupadas por grupo de edad, 2023.....	25
Figura 5. Porcentaje de personas inactivas por responsabilidades familiares o quehaceres del hogar y	25
Figura 6. Tiempo promedio dedicado a la semana (en horas) para trabajo no remunerado en el hogar, por sexo, según la demanda de cuidados en el hogar, 2021	26
Figura 7. Distribución de la inversión necesaria por tipo de población atendida por los servicios de cuidado, según distintos escenarios de cobertura.....	53
Figura 8. Distribución de la inversión en construcción y equipamiento por tipo de demanda atendida por los servicios de cuidado, según distintos escenarios de cobertura	54
Figura 9. Inversión necesaria por año para cerrar las brechas de cobertura en 10 años como porcentaje del PIB en 2 escenarios de cobertura.....	56
Figura 10. Círculo virtuoso de la inversión en políticas públicas.....	58
Figura 11. Total de empleos potenciales para Política de Cuidados, por tipo de población y escenario de cobertura	62
Figura 12. Estimaciones de empleos por liberación de horas que se generarían a través de la Política Nacional de Cuidados.....	64
Figura 13. Total de empleos potenciales generados por la política de cuidados en servicios domiciliarios e institucionales, y por liberación de horas, por escenario de cobertura.....	65

Figura 14. Porcentaje de empleos generados por la política que son públicos, privados o mixtos 66

Figura 15. Diagrama de flujo de la simulación del impacto laboral y de ingresos de la política de cuidados..... 67

Agradecimientos

Pamela Suero Samboy, anterior coordinadora sectorial dentro de la Dirección de Pobreza, Desigualdad y Cultura Democrática del MEPYD, por la conducción y asesoría técnica y metodológica en las primeras etapas de este estudio.

Aideli Almonte, directora de planificación de INAPI, y su equipo.

Diana Mejía, directora de Desarrollo Integral y Protección al Adulto Mayor de CONAPE, y su equipo.

Elvira de la Cruz, directora de la Dirección de Educación Inicial del MINERD, y su equipo.

Raymer Díaz, Cornelio Polanco, Luz Castro, Luis Mella, Rossel Mancebo; equipo de Medición de la DADPyCD, por sus acertados aportes a la construcción del modelo de simulación.