

A stylized map of the Dominican Republic is formed by a dense arrangement of dark brown handprints of various sizes. The handprints are set against a textured, light brown background that resembles torn paper. A central yellow sun-like symbol with concentric circles is positioned in the upper right quadrant of the map.

Sistemas de protección social

en **América Latina
y el Caribe**

**República
Dominicana**

**Milena Lavigne
Luis Hernán Vargas**



NACIONES UNIDAS

CEPAL

Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: República Dominicana

Milena Lavigne
Luis Hernán Vargas



Este documento fue elaborado por Milena Lavigne y Luis Hernán Vargas, consultores de la División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y forma parte de la serie de estudios “Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe”, editados por Simone Cecchini, Oficial de Asuntos Sociales, y Claudia Robles, consultora de la misma División. Se agradecen los comentarios de Humberto Soto y Astrid Rojas.

El documento se enmarca en las actividades de los proyectos “Strengthening social protection” (ROA/149-7) y “Strengthening regional knowledge networks to promote the effective implementation of the United Nations development agenda and to assess progress” (ROA 161-7), financiados por la Cuenta de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial formal, son de exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de la organización.

Índice

Prólogo	5
I. Introducción	7
II. República Dominicana: principales indicadores económicos y sociales	9
A. Evolución del gasto público social	12
III. El pilar contributivo (la seguridad social)	13
A. Cobertura del sistema de pensiones.....	15
B. El sistema de seguridad social en salud.....	16
C. Cobertura del sistema de seguridad social en salud	17
IV. El pilar no contributivo.....	19
A. El pilar no contributivo: la Red de Protección Social	19
B. El programa Solidaridad.....	20
C. Gasto, financiamiento y cobertura de los programas no contributivos	21
V. El sector de la salud.....	25
A. Financiamiento del sistema de la salud	26
VI. Políticas de empleo y regulación del mercado de trabajo	27
A. Programas de promoción del empleo	28
1. El programa Juventud y Empleo	28
2. El programa Santiago Trabaja	28
VII. El sector de la educación.....	29
A. El sistema educativo y sus componentes	30
B. Programas para la promoción de la educación	31
C. Gasto público en educación.....	31
D. Cobertura del sistema educativo.....	32
VIII. Conclusiones	35
Bibliografía.....	37

Índice de cuadros

Cuadro 1	REGÍMENES, COBERTURA Y FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL DOMINICANO	14
Cuadro 2	REPÚBLICA DOMINICANA: PANORAMA DEL SISTEMA EDUCATIVO	30
Cuadro 3	TASA NETA DE MATRÍCULA POR NIVEL EDUCATIVO Y GÉNERO, 1999-2010	32
Cuadro 4	TASA BRUTA DE GRADUACIÓN PRIMARIA, POR GÉNERO, 2003-2010	33
Cuadro 5	TASA DE REPETICIÓN POR NIVEL EDUCATIVO Y GÉNERO, 1999-2010	33

Índice de gráficos

Gráfico 1	REPÚBLICA DOMINICANA Y AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: EVOLUCIÓN DE LA TASA DE CRECIMIENTO DEL PIB, 1990-2011	10
Gráfico 2	TASAS DE SUBEMPLEO E INFORMALIDAD URBANA, 2002-2011	11
Gráfico 3	PORCENTAJE DE PERSONAS QUE VIVEN EN LA POBREZA Y EXTREMA POBREZA Y COEFICIENTE DE GINI, 2002-2011	11
Gráfico 4	GASTO PÚBLICO SOCIAL, 2000-2010.....	12
Gráfico 5	DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN AFILIADA AL SEGURO DE SALUD TOTAL O POBLACIÓN QUE SE BENEFICIA DE CUALQUIER TIPO DE ARS POR QUINTIL DE INGRESO, 2007.....	17
Gráfico 6	COBERTURA DEL SEGURO DE SALUD POR RÉGIMEN (SUBSIDIADO Y CONTRIBUTIVO), 2007-2012.....	18
Gráfico 7	GASTO EN SEGURIDAD SOCIAL Y ASISTENCIA SOCIAL COMO PORCENTAJE DEL PIB PER CÁPITA, 1990/1991-2010.....	22
Gráfico 8	ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA DE LOS PROGRAMAS DE TRANSFERENCIAS CONDICIONADAS DEL GABINETE DE COORDINACIÓN DE POLÍTICAS SOCIALES DE LA PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA, 2009-2012	23
Gráfico 9	GASTO PÚBLICO EN SALUD, 2001-2010.....	26
Gráfico 10	GASTO PÚBLICO EN EDUCACIÓN, 1990-2010	32
Gráfico 11	TASA DE ASISTENCIA ESCOLAR DE AMBOS SEXOS EN ZONAS URBANAS SEGÚN QUINTILES DE INGRESO PER CÁPITA DEL JEFE DE HOGAR, POR GRUPO DE EDAD, 2002 Y 2010.....	34

Prólogo

Simone Cecchini
Claudia Robles

Este informe es parte de una serie de estudios de caso nacionales cuyo propósito es difundir el conocimiento sobre la situación actual de los sistemas de protección social en los países de América Latina y el Caribe, así como discutir los principales desafíos en este ámbito en términos del ejercicio de los derechos económicos y sociales de la población y el logro de los objetivos de desarrollo claves, tales como la superación de la pobreza y el hambre.

Considerando que, en el año 2011, 174 millones de latinoamericanos vivían en la pobreza —73 millones de los cuales en la pobreza extrema— y que la región sigue caracterizándose por una distribución del ingreso muy desigual (CEPAL, 2012), los estudios se centran especialmente en la inclusión de la población pobre y vulnerable a los sistemas de protección social, así como en el impacto distributivo de las políticas de protección social.

La protección social ha surgido en años recientes como un eje conceptual que pretende integrar una variedad de medidas orientadas a construir sociedades más justas e inclusivas, y a garantizar niveles mínimos de vida para todos. Si bien la protección social puede estar orientada a atender necesidades particulares de determinados grupos de población —como personas que viven en la pobreza o en la extrema pobreza y grupos en mayor vulnerabilidad como los pueblos indígenas—, debe estar disponible para el conjunto de la ciudadanía. En particular, la protección social se considera un mecanismo fundamental para contribuir al pleno ejercicio de los derechos económicos y sociales de la población, reconocidos en una serie de instrumentos legales nacionales e internacionales, tales como la Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 1948 y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Estos instrumentos normativos reconocen los derechos a la seguridad social, el trabajo y la protección de niveles de vida adecuados para los individuos y las familias, así como el disfrute del mayor bienestar físico y mental y la educación.

La responsabilidad de garantizar estos derechos recae principalmente sobre el Estado, que debe jugar un papel primordial en la protección social —para que ésta sea interpretada como un derecho y no un privilegio—, en colaboración con tres otros grandes actores: las familias, el mercado y las organizaciones sociales y comunitarias. Con diferencias que responden a su historia y estadio de desarrollo, varios países de América Latina y el Caribe han adoptado algunas de las medidas más

innovadoras, entre los países en vías de desarrollo, para establecer estas garantías, mediante la implementación de diferentes tipos de transferencias —que incluyen los programas de transferencias condicionadas y las pensiones sociales— y la extensión de la protección en salud. Sin embargo, uno de los desafíos más serios que enfrentan los países de la región es integrar las distintas iniciativas en sistemas de protección social que aseguren la coordinación de varios programas, así como de las instituciones del Estado que están a cargo de su diseño, financiación, implementación, regulación, monitoreo y evaluación, a fin de lograr efectos positivos en las condiciones de vida de la población (Cecchini y Martínez, 2011).

La protección social es parte central de la política social, pero presenta características distintivas en cuanto a los problemas sociales que atiende. Por lo tanto, no cubre todas las áreas de la política social, sino que es uno de sus componentes, junto con las políticas sectoriales —tales como la salud, la educación o la vivienda— y las políticas de promoción social —tales como la capacitación, la intermediación laboral, la promoción de nuevos emprendimientos, el financiamiento y la asistencia técnica para micro y pequeñas empresas. Mientras que las políticas sectoriales se hacen cargo de la provisión de servicios sociales que buscan fortalecer el desarrollo humano, y las políticas de promoción se orientan al reforzamiento de capacidades que mejoran la generación autónoma de ingresos por parte de la población, la protección social busca asegurar un nivel básico de bienestar económico y social a todos los miembros de la sociedad. En particular, la protección social debiera garantizar un nivel de bienestar suficiente que posibilite sostener niveles de calidad de vida considerados básicos para el desarrollo de las personas; facilitar el acceso a los servicios sociales y fomentar el trabajo decente (Cecchini y Martínez, 2011).

En consecuencia, los estudios de caso nacionales caracterizan dos de los pilares de los sistemas de protección social: el pilar no contributivo (tradicionalmente conocido como “asistencia social”, y que puede incluir tanto medidas universales como focalizadas) y el contributivo (o “seguridad social”). Los estudios de caso discuten también las políticas de empleo y las políticas sectoriales de educación, salud y vivienda, dado que su comprensión es necesaria para analizar los desafíos de acceso que enfrenta la población en cada país.

Asimismo, los estudios de casos incluyen un breve panorama de las tendencias socio-económicas y de desarrollo, con un particular énfasis en la pobreza y la desigualdad. En relación con ello, queremos destacar que las estadísticas presentadas en los estudios de casos —sean relacionadas con la pobreza, la desigualdad, el empleo o el gasto social— no corresponden necesariamente a los datos oficiales validados por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

I. Introducción

Durante el siglo XX, el contexto político y social en República Dominicana fue marcado por la dictadura de Rafael Trujillo (1930-1961) y los sucesivos gobiernos de Joaquín Balaguer (1960-1962, 1966-1978 y 1986-1996).

Las instituciones y políticas sociales dominicanas fueron originadas durante la dictadura de Trujillo, a mediados de la década de los 1930, con la implementación de la Ley de Educación. Luego Trujillo creó el sistema de seguridad social en 1947, así como el Ministerio del Trabajo (Ley 1321). Estas medidas se enmarcaban en el paradigma de una visión universal de las políticas sociales vinculadas al mercado del trabajo (Cañete y Dotel, 2007). Con la elección de Balaguer, las políticas sociales se caracterizaron por el clientelismo y el asistencialismo, con la entrega de comida y dinero durante días de celebración (como el “día del pobre” o durante la campaña presidencial) (Cañete y Dotel, 2007).

Durante los años noventa, después de una década de austeridad dictada por el Fondo Monetario Internacional (FMI) en respuesta a la crisis económica causada por el empeoramiento de la balanza comercial y una gran deuda externa, el gobierno volvió a desarrollar políticas sociales, con la implementación en 1993 del Fondo de Promoción a las Iniciativas Comunitarias (PROCOMUNIDAD) que constituyó primer verdadero programa social y de reducción de la pobreza implementado en el país. Consistía en la financiación y ejecución de proyectos al nivel comunitario que tuvieran el objetivo de mejorar la calidad de vida de los más pobres. Anteriormente, en 1992, se implementó el Fondo de Emergencia Social (FES), pero no tuvo casi ningún impacto y desapareció rápidamente.

En 1996 se elaboró el Plan Nacional de Desarrollo Social, para dar seguimiento a la Cumbre de Desarrollo Social de Copenhague de 1995. Este plan tenía tres objetivos principales: luchar contra la pobreza, fomentar el empleo productivo y promover la integración social (Godínez y Mattar, 2009). El plan implicó importantes acciones, como la creación de un mapa de pobreza que buscaba mejorar la identificación y selección de los grupos más vulnerables de la población y así incluirlos en las políticas y programas sociales.

Esta expansión de las políticas sociales condujo a un incremento del gasto social que continuó hasta la crisis económica de 2003. La década de los 2000 constituyó un periodo de reformas sociales: En 2000, el Gabinete Social de la Presidencia de la República¹ fue creado con el fin de gestionar de modo eficiente las políticas sociales y de articularlas con las políticas económicas para obtener mejores resultados estructurales. En 2001, el sistema contributivo de seguridad social fue reformado

¹ En 2004 fue renombrado Gabinete de Coordinación de las Políticas Sociales de la Presidencia.

completamente para mejorar su eficiencia y solvencia, pasando de un modelo de reparto a un modelo de capitalización individual, incluyendo un régimen subsidiado para los grupos más vulnerables (véase sección III).

La crisis económica que afectó al país en 2003 condujo a una situación económica y social desastrosa. Para enfrentar la crisis, el gobierno redujo el gasto público social y reorganizó las políticas sociales eliminando varios programas y focalizando la protección social en la parte más pobre de la población, a través de la implementación en 2004 del programa de lucha contra la malnutrición Comer es Primero y en 2005 del programa de transferencias condicionadas Solidaridad (que integró Comer es Primero). Además, en 2004 el gobierno creó el Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN) (véase sección IV).

En el periodo 2007-2012 las políticas y los programas preexistentes fueron reforzados. El sector de la seguridad social en salud —compuesto principalmente por el Seguro Nacional de Salud (SeNaSa)— extendió su cobertura y acceso, mientras el Plan Nacional de Salud (PLANDES) 2006-2015 tenía como objetivo mejorar la calidad de los servicios de salud. El sector de educación también fue reforzado con un énfasis en la calidad y la formación del personal docente.

En la siguiente sección, revisamos los principales indicadores económicos y sociales en la República Dominicana. Las secciones III, IV y V presentan los principales componentes del sistema de protección social, incluyendo los pilares contributivos y no contributivos y las medidas implementadas para proteger a los trabajadores. Además, las secciones VI y VII indican cómo se estructuran los sectores de educación y salud. Finalmente, la sección VIII hace algunas observaciones sobre el sistema de protección y promoción social en el país.

II. República Dominicana: principales indicadores económicos y sociales

Hasta la década de los setenta, la economía de la República Dominicana se basaba tradicionalmente en el sector de la agricultura, en particular las industrias del azúcar, cacao, café y tabaco. Después, la producción se fue diversificando progresivamente, focalizándose en la industria de la “maquila” —produciendo principalmente productos alimentarios, bebidas y tabaco— a través de la implementación de zonas francas en 1978, así como la industria del turismo, que constituyen hoy en día los principales sectores de la actividad económica. Las remesas de los dominicanos establecidos en el extranjero son otra fuente importante de ingreso para el país (Godínez y Mattar, 2009).

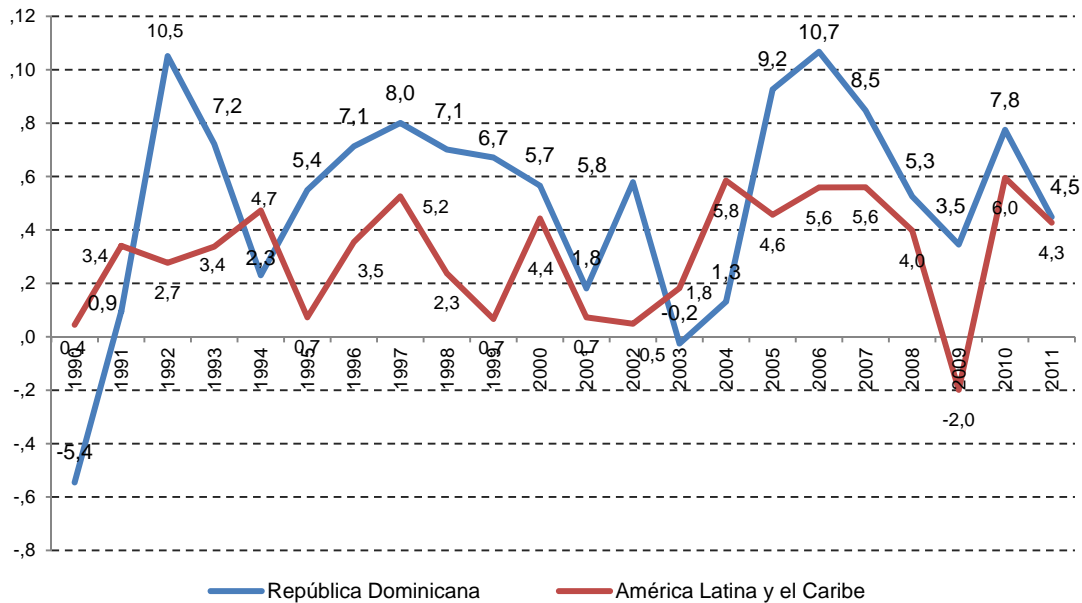
Estos cambios permitieron a la República Dominicana experimentar altas tasas de crecimiento económico durante los últimos 20 años. En el periodo 1990-2011, la tasa anual promedio de crecimiento de la economía dominicana fue de 5,2%, muy por encima del promedio regional. Sin embargo, la promoción de la maquila como motor de la economía y las políticas puestas en marcha para atraer las inversiones extranjeras directas significaron el establecimiento de un nivel de imposición muy bajo de los sectores económicos más dinámicos. Esto tuvo efectos muy serios en las finanzas públicas y por consiguiente sobre el gasto público. En particular, el gasto público social es uno de los más bajos de la región (véase sección II.A) (CEPAL, 2012a). Además, la imposición no pudo ser usada como medida contra cíclica en los tiempos de crisis económica, como en 2003 o más tarde en 2009.

En 2003, la República Dominicana se vio afectada por el colapso del Banco Intercontinental (BANINTER) y la quiebra del Banco de Crédito (BANCREDITO) y del Banco Mercantil. Esta crisis fue debida principalmente a la falta de supervisión y regulación del sector bancario frente a fraudes masivos. Como consecuencia, al final del año 2003, el peso dominicano perdió el 67% de su valor en relación con el dólar, mientras que el PIB caía a -1,9% y la deuda pública aumento un 57% en relación con el PIB (Montás, 2005).

La crisis económica dejó serias consecuencias en el país, como un aumento significativo de la pobreza. También demostró la necesidad de reformas institucionales profundas —particularmente respeto a la legislación del sector bancario y monetario— y de la implementación de nuevas políticas y programas sociales (lo que ocurrió con la implementación de *Solidaridad* y de nuevos programas de empleo, véase sección IV y V). Estas reformas fueron diseñadas con el apoyo técnico del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial; que también contribuyeron a su financiamiento (ODH-UNDP, 2010).

Después de la crisis del 2003, la economía de la República Dominicana se recuperó prontamente, con un crecimiento del PIB del 9,3% en 2005 y del 10,3% en 2006 (véase el gráfico 1). No obstante, el país ha sido afectado por la crisis financiera del 2008. En 2009, la economía de la República Dominicana frenó, pero no entró en recesión, y creció 7,8% y 4,5% en 2010 y 2011, respectivamente.

GRÁFICO 1
REPÚBLICA DOMINICANA Y AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: EVOLUCIÓN DE LA TASA DE CRECIMIENTO DEL PIB, 1990-2011
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos provenientes de CEPAL, CEPALSTAT [en línea]: http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/Portada.asp.

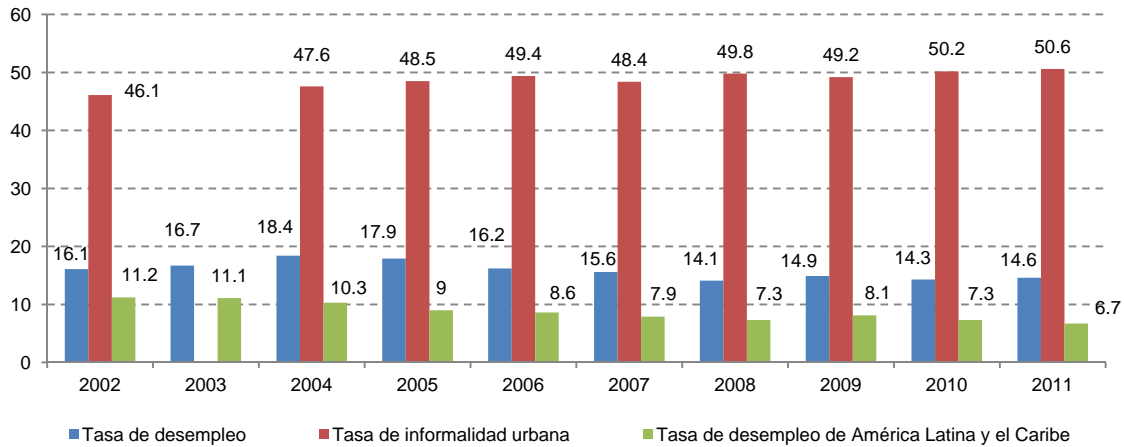
La República Dominicana se enfrenta a problemas estructurales en su mercado de trabajo, que son típicos de los países de América Latina y el Caribe: tasas elevadas de desempleo junto con una alta informalidad laboral. El desempleo sufrió los efectos de la crisis económica del 2003: aumentó 2,3 puntos porcentuales entre 2002 y 2004 (cuando alcanzó 18,4%), y fue seguido por un leve descenso, llegando al 14,6% en 2011 —una tasa que sigue siendo muy superior al promedio regional (9% en 2004 y 6,7% en 2011) (véase el gráfico 2). Las mujeres están mucho más expuestas al desempleo que los hombres: en 2010, la tasa de empleo era de 72% para los hombres y 41% para las mujeres (CEPAL, 2012b).

Por otro lado, la informalidad laboral afecta más de la mitad de los trabajadores: en 2010, el 50,2% de los trabajadores urbanos eran empleados en el sector informal (52,6% para los hombres y 46,6% para las mujeres).

El subempleo es otra característica del mercado laboral dominicano². Según el PNUD, en la República Dominicana, en el periodo 2004-2008, la tasa promedio de subempleo era del 28,5% de la población ocupada, de los cuales el 45% eran ocupados invisibles (ODH-PNUD, 2010). El subempleo también afecta más a las mujeres (18,5%) que a los hombres (14,1%).

² El subempleo visible ocurre cuando los empleados trabajan menos que la jornada laboral establecida. Por otra parte, el subempleo invisible se da cuando los empleados tienen una jornada laboral completa pero reciben un ingreso por debajo del mínimo establecido.

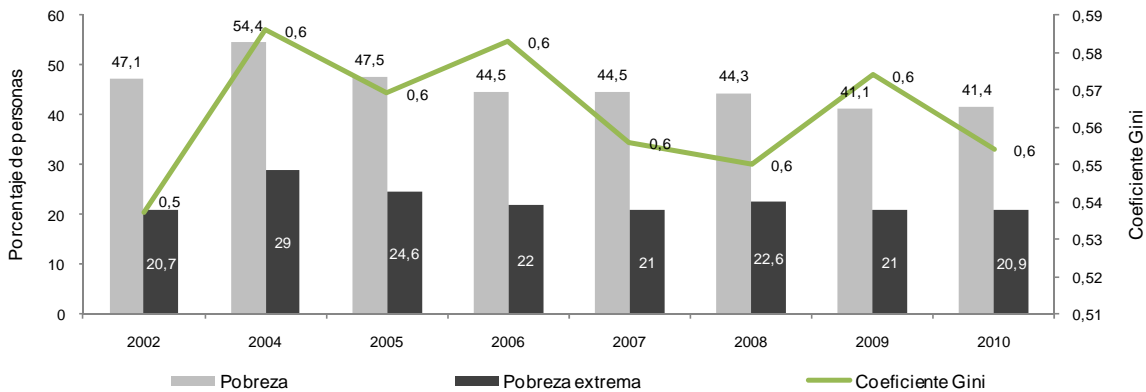
GRÁFICO 2
TASAS DE SUBEMPLEO E INFORMALIDAD URBANA, 2002-2011
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos provenientes de CEPAL, CEPALSTAT [en línea]: <http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpet=estadisticas>.

Las tasas de pobreza y extrema pobreza en la República Dominicana son considerablemente superiores al promedio latinoamericano. Después de la crisis del 2003, más de la mitad de la población dominicana vivía en la pobreza, y un tercio no tenía ingresos suficientes para adquirir una canasta básica alimentaria. En 2011, el 42,4% de la población dominicana vivía en la pobreza, y el 20,3% en la extrema pobreza. En comparación, en 2011, el 29,4% de los latinoamericanos eran pobres, y el 11,5% extremadamente pobres. La desigualdad de ingreso en la República Dominicana es también de las más altas de América Latina. En 2004, el coeficiente de Gini del país era el segundo más alto de América Latina, justo detrás de Brasil (0,61). Sin embargo, desde entonces el coeficiente de Gini ha bajado de 0,04 puntos alcanzando el valor de 0,558 en 2011.

GRÁFICO 3
PORCENTAJE DE PERSONAS QUE VIVEN EN LA POBREZA Y EXTREMA POBREZA^a
Y COEFICIENTE DE GINI^b, 2002-2011



Fuente: Elaboración propia, basada en datos de CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de encuestas de hogares.

^a Porcentaje de la población total

^b Coeficiente de Gini por personas.

La migración haitiana representa también un problema importante para la República Dominicana. Este flujo migratorio representa casi dos tercios de los inmigrantes totales del país, y constituye un grupo altamente vulnerable en términos de características sociales y de empleo.³ La informalidad laboral entre los haitianos no les permite acceder a la seguridad social (salud, pensiones) o a la educación (véase sección IV). Esto se complica todavía más por el hecho que los migrantes haitianos son particularmente desprotegidos y expuestos a la transmisión de enfermedades como el VIH-SIDA (véase sección VI).

A. Evolución del gasto público social

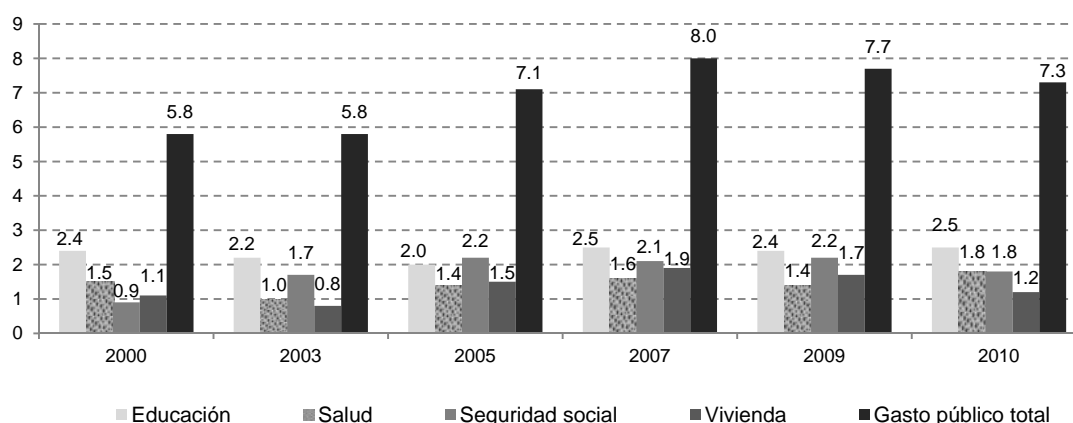
El gasto social en la República Dominicana es uno de los más bajos de América Latina. Durante el bienio 2008-2009 el gasto social en la región promedió 17,9% del PIB, mientras que para República Dominicana fue solo 8,1% del PIB.

Además, el financiamiento de la protección social sufre frecuentes reducciones presupuestarias, especialmente durante las crisis económicas. En particular, durante la crisis de 2008-2009, la República Dominicana fue el país de América Latina que más recortó su gasto social. Mientras que varios países de la región implementaban políticas sociales contra-cíclicas, que condujeron a aumentar el gasto social, República Dominicana contrajo el gasto social de 6,5% (CEPAL, 2012a).

Sin embargo, debe notarse que, entre 2000 y 2010, la República Dominicana aumentó la prioridad macroeconómica del gasto social, que pasó de 5,8% del PIB en 2000 a 7,3% del PIB en 2010 (véase el gráfico 4). El aumento del gasto es un signo de las medidas tomadas en años recientes por el gobierno dominicano para enfrentar las altas tasas de pobreza y desigualdad, tal como la Red Dominicana de Protección Social (véase sección IV.A).

La educación es el principal sector receptor del gasto social, oscilando entre 2,0% y 2,5% del PIB en el período 2000-2010, seguido por la seguridad social. Los sectores de salud y de vivienda son los sectores que menos financiamiento reciben, con una asignación presupuestaria del 1,8% y 1,4% del PIB, respectivamente.

GRÁFICO 4
GASTO PÚBLICO SOCIAL, 2000-2010
(En porcentajes del PIB)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos provenientes de CEPAL, CEPALSTAT [en línea]: http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/Portada.asp.

³ Según el censo dominicano de 2002, cerca de 62,000 migrantes haitianos viven en la República Dominicana, una cifra que debe haber aumentado tras el terremoto en Haití en 2010.

III. El pilar contributivo (seguridad social)

La seguridad social es uno de los pilares de la protección social en la República Dominicana. La Constitución de 2010 reconoce en el artículo 60 la universalidad de la seguridad social: “Toda persona tiene derecho a la seguridad social. El Estado estimulará el desarrollo progresivo de la seguridad social para asegurar el acceso universal a una adecuada protección en la enfermedad, discapacidad, desocupación y la vejez”.⁴ El sistema de seguridad social incluye pensiones y salud.

El sistema de pensiones fue diseñado durante la dictadura de Trujillo, como resultado de la huelga de trabajadores que tuvo lugar en la década de los cuarenta. Siguiendo el modelo Bismarckiano (con un sistema de reparto), en 1948 la Ley 1986-48, creó la Caja Dominicana de Seguros Sociales, que en 1962 se convirtió en el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS). El IDSS gestiona el sistema de pensiones de la República Dominicana.

El nuevo sistema de seguridad social, que sigue en vigor –el Sistema Dominicano de Seguridad Social, SDSS– fue creado por la reforma de 2001 (Ley 87-01). El SDSS es un sistema de capitalización individual (financiado por las contribuciones de los trabajadores y empleadores). Su objetivo es proteger a toda la población de diversos riesgos: vejez, invalidez, sobrevivencia, enfermedad, así como riesgos relacionados con la maternidad, infancia y el trabajo.

El SDSS recubre todas las instituciones (públicas, privadas o semi-públicas) que realizan actividades de seguridad social (beneficios de pensión y salud), los recursos humanos y físicos, así como las normas y procedimientos que organizan el sistema de salud. Los principios que fundan el SDSS son la universalidad, la especialización y la separación de las funciones. El SDSS está compuesto por las siguientes instituciones:

i) El Consejo Nacional de Seguridad Social, que está a cargo de la dirección, regulación, financiamiento, supervisión y extensión de la cobertura del sistema de salud; ii) la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), que es el responsable del Sistema Único de Información y de coleccionar y redistribuir los fondos de la seguridad social; iii) La Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA), que es la institución que provee información a los afiliados y recibe sus quejas y preguntas. También orienta las distintas Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), en función de sus necesidades; iv) la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), una entidad

⁴ La Antigua Constitución de 2002 ya mencionaba en su artículo 8 que “El Estado estimulará el desarrollo progresivo de la seguridad social, de manera que toda persona llegue a gozar de adecuada protección contra la desocupación, la enfermedad, la incapacidad y la vejez”.

estatal y autónoma que supervisa, controla y audita todas las AFP y las ARS; y v) las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), que pueden ser públicas, privadas y semi-públicas⁵. Su función es de gestionar las cuentas individuales de los afiliados y manejar los recursos del sistema provisional.

Desde el establecimiento de este nuevo régimen en 2001, el sistema de seguridad social se encuentra en un periodo de transición, y debe manejar a la vez los sistemas de capitalización individual y de reparto (un legado del régimen de 1948 que todavía concierne una parte de los trabajadores). No obstante, los afiliados del antiguo sistema pueden elegir voluntariamente de pasar al sistema de capitalización individual y recibir un subsidio para compensar su contribución en el antiguo régimen de reparto.

El seguro social se divide en tres tipos de regímenes (contributivo, totalmente subsidiado y contributivo-subsidiado) (véase el cuadro 1), de los cuales dos (el contributivo y el totalmente subsidiado) están actualmente en vigor. Estos sistemas son complementarios: el régimen contributivo cubre los trabajadores formales que pueden caer en el régimen subsidiado en el caso de perder su empleo o de volverse independientes con bajos ingresos (Mesa-Lago, 2009).

CUADRO 1
REGÍMENES, COBERTURA Y FINANCIAMIENTO
DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL DOMINICANO

Régimen	Cobertura	Beneficios	Financiamiento
Contributivo	Todos los asalariados del sector público y privado. Todos los empleadores (incluyendo el Estado como empleador).	Seguros de vejez, invalidez y supervivencia, seguros de riesgos laborales, Seguro familiar de salud, maternidad.	10% de salario (del cual 70% proviene de contribuciones del empleador y el 30% de contribuciones del trabajador).
Contributivo-subsidiado	Profesionales y técnicos independientes con ingresos iguales o superiores al salario mínimo.	Seguro de vejez, invalidez y supervivencia, Seguro familiar de salud.	Contribuciones del Estado; contribuciones de los trabajadores.
Subsidiado	Trabajadores independientes con ingresos inestables y por debajo del salario mínimo, desempleados y personas con discapacidad.	Seguro de vejez, invalidez y supervivencia, Seguro familiar de salud.	Contribución del Estado.

Fuente: Oficina de Desarrollo Humano- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (ODH-UNDP), 2009.

El régimen contributivo cubre los asalariados de los sectores públicos y privados y los trabajadores independientes. Está financiado por los salarios de los trabajadores (30%) y las contribuciones de los empleadores (70%) (en el caso de los empleados públicos, el Estado). Las pensiones están gestionadas por las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) a través de las cuentas de capitalización individual. Los afiliados pueden también aportar una contribución voluntaria suplementaria a su cuenta. Este régimen también tiene un componente solidario a través del Fondo de Solidaridad Social, financiado por las contribuciones de los empleadores para garantizar una pensión

⁵ Existen actualmente cinco AFP. En marzo de 2013 su cobertura de la población ocupada era la siguiente: i) la AFP Popular cubría 29,6% de los afiliados y 32,8% de los cotizantes; ii) la AFP Siembra cubría 19,3% de los afiliados y 20% de los cotizantes; iii) la AFP Reservas cubría 12,1% de los afiliados y 14,4% de los cotizantes; iv) la AFP Romana cubría el 0,7% de los afiliados y el 0,9% de los cotizantes; y v) la AFP Scotia Crecer cubría el 31,3% de los afiliados y el 7% de los cotizantes (Estadísticas de afiliación a la Seguridad Social de la SIPEN).

mínima a todos los afiliados, en particular para aquellos que tienen bajos ingresos. El régimen contributivo ofrece pensiones de vejez para los afiliados que tienen 60 años o más y contribuyeron al menos durante 30 años, o bien tienen 55 años y más y acumularon fondos suficientes para gozar de una pensión que es al menos 50% superior a la pensión mínima. También ofrece una pensión de invalidez para los afiliados que padecen enfermedades o lesiones crónicas. El monto de la pensión de invalidez va del 30% del salario del afiliado (calculado en base a sus últimos tres años de actividad) en caso de invalidez parcial hasta el 60% de su salario en caso de invalidez total.

El régimen subsidiado protege los trabajadores independientes con ingresos inestables por debajo del salario mínimo, así como los desempleados y las personas con discapacidad o indigentes. Para acceder a la “pensión solidaria” las personas deben tener al menos 60 años y vivir en condiciones de pobreza. Se focaliza también en las madres solteras con hijos menores de 18 años viviendo en condiciones de pobreza. Este régimen, vigente desde 2001, es financiado exclusivamente por el Estado y cubre alrededor de 3,4 millones de personas ⁶ (Sánchez y Senderowitsch, 2012).

El régimen contributivo-subsidiado busca proteger los profesionales y técnicos independientes que reciben ingresos equivalentes o superiores al salario mínimo. Sin embargo, este régimen, establecido por la Ley 87-01 todavía no ha sido puesto en marcha. Para gozar de una pensión de vejez, los afiliados deben tener al menos 60 años y haber acumulado un monto que les garantice al menos la pensión mínima. Los trabajadores que quieran recibir un subsidio complementario, deberán tener 65 años o más y contar con al menos 12 años de cotizaciones. Este régimen es financiado por las contribuciones de los trabajadores y un subsidio del Estado para compensar la inexistencia de las contribuciones de los empleadores (Castellanos y otros, 2009).

El financiamiento del régimen contributivo-subsidiado así como el régimen subsidiado no está especificado en la Ley y depende de la Ley anual de presupuesto.

A. Cobertura del sistema de pensiones

En 2012, el 25,5% de la población dominicana estaba afiliada al sistema de seguridad social (incluyendo los regímenes contributivo, contributivo-subsidiado y subsidiado), pero solo el 48,2% de estos afiliados eran contribuyentes (SISPEN, 2012). Las bajas contribuciones se deben a una alta informalidad y a la inestabilidad del mercado del trabajo, que impide contribuciones regulares de los trabajadores a las cuentas de capitalización individual. A largo plazo, este fenómeno creará un importante déficit financiero.

Los migrantes haitianos constituyen un grupo específicamente vulnerable en términos de acceso a la seguridad social y a la salud. Desde la mitad de los ochenta, los migrantes haitianos que trabajan en la industria azucarera tienen una contribución obligatoria al IDSS que corresponde al 2,5% de sus salarios y les da acceso a centros de salud en caso de accidentes de trabajo o enfermedad. Actualmente, los migrantes haitianos tienen una afiliación mucho menor a las pensiones contributivas (en 2007, solo el 9,9% de los migrantes haitianos declaraba estar afiliado a una AFP mientras este porcentaje era del 61,7% para los trabajadores dominicanos), y en menor medida a los fondos de seguridad social en salud (51,4% de los haitianos y 66,3% de los dominicanos en 2007) (ODH-UNDP, 2010).

Esta baja cobertura refleja un fenómeno identificado por Mesa-Lago (2004) como la “paradoja de la protección social” es decir que “los grupos poblacionales menos vulnerables son aquellos que acceden a más y mejor protección. Esto es producto de diversos factores pero uno relevante es el mercado laboral en donde los trabajadores con empleos de mejor calidad (asalariados de empresas grandes y el sector público) son aquellos que tienen cobertura mayor y de mejor calidad”. En efecto, según la CEPAL (2012a), en 2007, el 77,2% de los trabajadores empleados en los sectores

⁶ Se estima que el número actual de beneficiarios del régimen subsidiado es de alrededor del 20% de la población total (Sánchez y Senderowitsch, 2012).

de media o alta productividad contribuían a la seguridad social, mientras solamente el 1,4% de los trabajadores de los sectores de baja productividad (sector informal) contribuían a la seguridad social⁷.

B. El sistema de seguridad social en salud

El sistema de seguridad social en salud es universal y obligatorio. Funciona de par con el sistema de pensiones descrito arriba. En consecuencia, tiene varias instituciones en común con este, como el Consejo Nacional de Seguridad Social. Se basa en la separación y la especialización de las funciones entre distintas organizaciones (públicas, privadas y semi-públicas) que lo componen. No obstante, aunque la reforma de 2001 promueve la coordinación entre las distintas entidades, en la práctica el sector es altamente segmentado y carece de coordinación (Mesa-Lago, 2005).

Las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) son instituciones públicas o privadas que aseguran la protección en salud para sus afiliados a través de los servicios de las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS) Las PSS son entidades públicas, privadas o semi-públicas o personas físicas que proveen atención médica y servicios de rehabilitación. La afiliación a las ARS, como en el sistema de pensiones, está dividida en dos regímenes: el régimen contributivo, en el cual los afiliados tienen que contribuir con el 10% de su salario (el 3% financiado por el empleado y el 7% por el empleador) y el sistema subsidiado financiado por el Estado.

El Seguro Nacional de Salud (SeNaSa) es la ARS pública y la mayor ARS en términos de afiliación. Es autónoma y descentralizada y cubre todos los trabajadores públicos y sus familias. Además, gestiona el régimen subsidiado de aseguramiento en salud. Todas estas entidades están supervisadas por el SISALRIL.

Las PSS están controladas por la Secretaría de Estado de Salud Pública (SESPAS). Las PSS privadas funcionan como establecimientos independientes, mientras que las PSS públicas están organizadas en red –los Servicios Regionales de Salud (SRS)– para cubrir todo el territorio, incluyendo las zonas rurales. Sin embargo, la provisión de servicios de salud sigue sin estar bien distribuida y existe una concentración de centros de salud en zonas urbanas, mientras que en las zonas rurales hay un déficit del lado de la oferta.

Todas las personas afiliadas al Sistema Dominicano de Seguridad Social tienen un Seguro Familiar de Salud (SFS) a través de su afiliación a una de las ARS. El SFS constituye el principal instrumento de protección social del sector salud. Busca brindar salud física y mental a los afiliados y a sus familias, garantizando el acceso a los grupos sociales más vulnerables. El SFS funciona a través del Plan Básico de Salud (PBS) que brindan las ARS. El PBS fue creado en 2002, como un conjunto de servicios de salud para los afiliados al sistema dominicano de seguridad social. Incluye protección en salud determinada por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) (prevención de enfermedades y promoción de la salud; atención hospitalaria y ambulatoria, diagnósticos; servicios odontológicos).

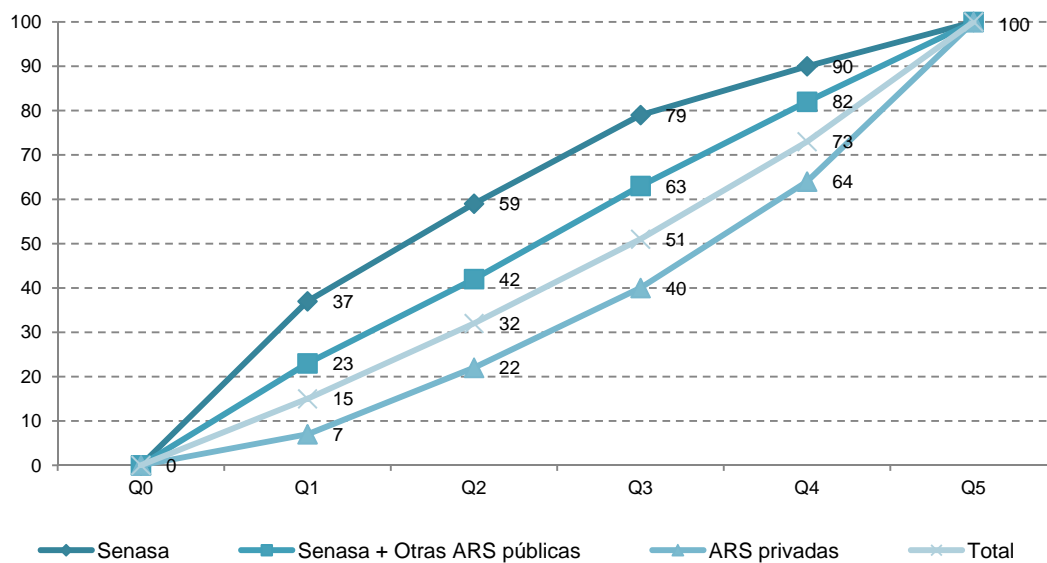
Como se mencionó, el Seguro Familiar de Salud ofrece dos regímenes, uno contributivo y el otro subsidiado. Existe un tercer régimen, el régimen de salud contributivo-subsidiado establecido por la Ley 87-01, Pero aún no ha sido implementado, por lo cual la seguridad social en salud sigue excluyendo una buena parte de la población activa, en particular en el sector informal (véase sección III). El régimen contributivo ofrece más beneficios de salud que el subsidiado.

⁷ La baja cobertura en seguridad social y pensiones tiene que ver con las altas tasas de informalidad laboral en el país: 50,2% de la población urbana ocupada en 2010.

C. Cobertura del seguro social en salud

La distribución de afiliación al seguro de salud, a través de las distintas ARS, también refleja las desigualdades de ingreso. En 2007, el 15% de los afiliados pertenecían al primer quintil de ingreso y el 32% de los afiliados provenían del 40% más pobre de la población. Esta distribución desigual de los afiliados, así como la concentración de los pobres en el SeNaSa muestra el acceso desigual a la salud (véase el gráfico 5).

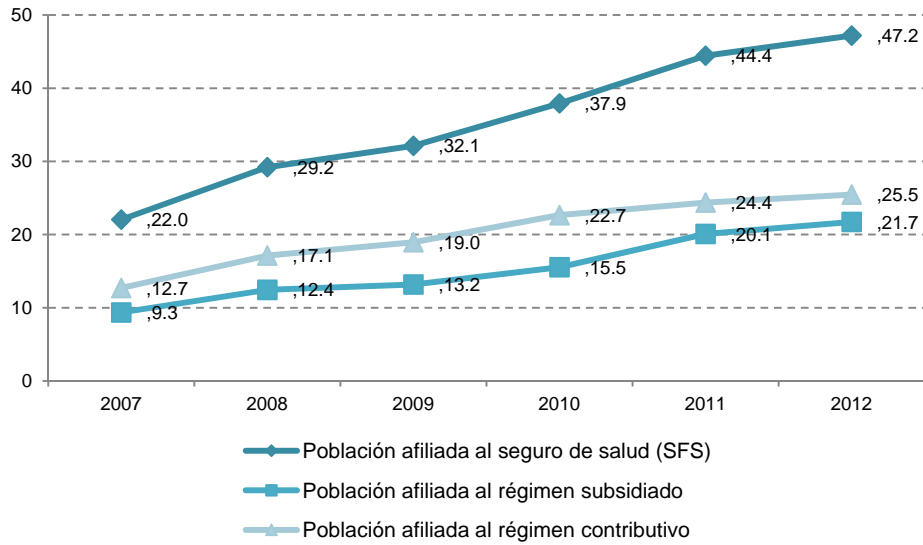
GRÁFICO 5
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN AFILIADA AL SEGURO DE SALUD TOTAL O
POBLACIÓN QUE SE BENEFICIA DE CUALQUIER TIPO DE ARS
POR QUINTIL DE INGRESO, 2007
(En porcentajes)



Fuente: Oficina de Desarrollo Humano- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (ODH-UNDP) 2009.

Además, el Seguro Familiar de Salud, que es supuestamente universal no cubre ni siquiera la mitad de la población (incluyendo ambos regímenes subsidiado y contributivo). En 2007, cuando se inició la implementación del régimen contributivo, el porcentaje de población afiliado a cualquier tipo de seguro era del 22,0%. En 2012, alcanzó el 47,2% lo que constituye un progreso importante. Además, la población afiliada al régimen subsidiado (los trabajadores informales y la parte más vulnerable de la población) también aumentó del 9,3% en 2007 al 21,7% en 2012 (véase el gráfico 6).

GRÁFICO 6
COBERTURA DEL SEGURO DE SALUD POR RÉGIMEN
(SUBSIDIADO Y CONTRIBUTIVO), 2007-2012 ^a
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia basada en datos de Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) y Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL).

^a Estimación basada en datos provenientes de Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) sobre del número de afiliados por régimen y sobre proyecciones de Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL) de la población total (calculado a mediados de cada año).

IV. El pilar no contributivo

La República Dominicana tiene un importante pilar de protección social no contributiva, cuyo origen remonta a los últimos 40 años del siglo XX, cuando los programas de asistencia social fueron creados y gestionados bajo una lógica clientelista, con un alto porcentaje de gasto social, pero sin ningún resultado significativo en términos de reducción de la pobreza y la extrema pobreza (ODH-UNDP, 2010).

A. El pilar no contributivo: la Red de Protección Social

La estructura institucional actual del pilar no contributivo en la República Dominicana fue creada en 2009 por el Decreto No. 118-09. Este pilar es organizado a través de la Red de Protección Social, un sistema que incluye programas de protección social para toda la población. La Red de Protección Social se basa en tres ejes: los programas de transferencias condicionadas, los programas de desarrollo humano y social y los programas de inclusión social. La Red de Protección Social está gestionada por el Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales de la Presidencia de la República (creado por el Decreto No. 1082-04 de 2004).

El Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales está bajo la supervisión directa de la Presidencia de la República, y está a cargo del Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN), de la Administradora de Subsidios Sociales, ADESS) y del programa de transferencias condicionadas (PTC) Solidaridad, creado por el Decreto No. 536-05 de 2005. Este PTC se focaliza en las familias que viven en situación de pobreza extrema y moderada con hijos menores de 16 años, mujeres embarazadas y/o jefes de hogar desempleados. Su objetivo es mejorar las capacidades humanas de los hogares a través de la inversión en salud y educación, promoviendo el desarrollo humano y social⁸.

La Administradora de Subsidios Sociales (ADESS) fue creada por el Decreto 1560-04 de diciembre del 2004 y es la única oficina encargada del pago de los subsidios sociales. A través del Sistema de Pago de los Subsidios Sociales, asegura transferencias monetarias directas a los beneficiarios y a las tiendas que son parte de la Red de Protección Social. La ADESS trabaja con entidades del sector financiero formal (bancos), y con VISA Internacional, que provee el sistema de transferencias electrónicas. El Sistema de Pago de los Subsidios Sociales también incluye una tarjeta

⁸ El programa “Comer es Primero” y el Incentivo para la Asistencia Escolar (ILAE) son componentes del programa Solidaridad.

magnética llamada Tarjeta Solidaridad que es usada por las familias pobres identificadas por el SIUBEN y cuyo objetivo es hacer transferencias monetarias transparentes. La Tarjeta Solidaridad es utilizada por los siguientes programas: Comer es Primero, Incentivo a la Asistencia Escolar (ILAE), Incentivo a la Educación Superior, BonoGas Chofer, Programa de Incentivo a la Policía Preventiva (PIIP), y Programa de Incentivo a los Alistados de la Marina de Guerra (PIAMG). Además, los programas de transferencias monetarias no condicionadas que son ejecutados por la ADESS son el Programa de Envejecientes en Extrema Pobreza (PROVEE), el Bonogas y el BonoLuz.

Finalmente, el SIUBEN (regulado por el Decreto No. 1073-04) es responsable de crear y administrar la base de datos de los hogares pobres que viven en la República Dominicana, que puede ser utilizado con propósitos de focalización, para asegurar el acceso a programas sociales.

B. El programa Solidaridad

El principal programa no-contributivo de protección social en la República Dominicana es el programa Solidaridad. Solidaridad es un programa de transferencias condicionadas destinado a familias viviendo en la pobreza o extrema pobreza con hijos o mujeres embarazadas y adultos mayores. Fue implementado después de la severa crisis económica que golpeó el país en 2003 y ha ido contribuyendo a la creación de la red de provisión social para los pequeños negocios en zonas priorizadas de pobreza, asegurando el acceso a los alimentos por parte de las familias beneficiarias. Entre sus potenciales impactos están por lo tanto el mejoramiento de los ingresos y la integración al sistema financiero de los pequeños negocios y establecimientos comerciales. El programa tiene cinco componentes:

- i) El programa alimentario Comer es Primero que busca mejorar la salud y nutrición mediante una transferencia a las familias, sin depender del número de sus miembros. En 2011, el monto de la transferencia era de 18,4 dólares mensuales (RD\$ 700). Para recibirla, hay tres condicionalidades: La primera es asistir a controles de salud para los niños menores de 5 años; la segunda es contar con un documento de identidad (tarjeta de identidad o certificado de nacimiento, para todos los miembros de la familia, y el último es que los padres asistan a charlas y talleres.
- ii) El Incentivo a la Asistencia Escolar (ILAE) que opera desde 2008, busca aumentar la matrícula y la asistencia de los alumnos de pre-primaria, primaria y secundaria que tengan entre cuatro y veinte años de edad. Tiene como condicionalidad la asistencia escolar mínima de 85%. Un máximo de cuatro niños por hogar pueden recibir esta transferencia bimensual, cuyo monto varía entre 7,9 dólares (RD\$300) y 15,8 dólares (RD\$ 600), dependiendo del número de niños en la familia.
- iii) El programa de Apoyo al Adulto Mayor⁹ (véase sección 3), que es una transferencia directa a los adultos mayores que no reciben una pensión o un salario. El monto en 2011 era de 10,5 dólares (RD\$ 400), entregado cada dos meses. Su propósito es complementar los requerimientos para los adultos mayores pobres.
- iv) El BonoGas beneficia a familias pobres o de clase media y busca mejorar sus condiciones de vida y reducir la deforestación causada por el uso de carbón vegetal y leñas para cocinar. La transferencia mensual equivale a 5,5 kilos de gas, que en 2011 equivalían a 6 dólares (228 RD\$). El programa empezó en 2008, reemplazando y extendiendo la política de subsidio de gas, convirtiéndolo en un subsidio focalizado para mejorar el impacto redistributivo del gasto social.

⁹ Opera a través del programa de Protección a la Vejez en Extrema Pobreza (PROVEE), del Consejo Nacional e la Persona Envejeciente (CONAPE) (véase sección III.A).

- v) El BonoLuz cubre hasta 100 kilowatts al mes y sus beneficiarios están identificados por el SIUBEN, con un enfoque en los hogares pobres que viven en barrios pobres. Este componente empezó en 2010 reemplazando el « Programa de Reducción de Apagones » (PRA). El monto de esta transferencia en 2011 era de entre 0,7 dólares (RD\$ 26) y 10 dólares (RD\$ 370).

Según el BID (2010), el programa Solidaridad se enfrenta a tres desafíos mayores. Primero, hay una falta de coordinación entre el programa y los servicios de salud y educación. Segundo, se necesita un sistema de monitoreo y evaluación del programa para reducir los altos costos administrativos que corresponden al 19% del presupuesto del programa. Y tercero, las condicionalidades y el diseño de la transferencia tienen que estar adaptados para promover cambios de comportamientos en educación, salud y nutrición.

El Incentivo a la Educación Superior (IES) está bajo la responsabilidad del Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología y beneficia a estudiantes pobres matriculados en la Universidad Autónoma de Santo Domingo y sus sedes regionales. El monto de la transferencia es de 13 dólares (RD\$ 500) mensuales, para cubrir gastos de matrícula, y la adquisición de libros y otros materiales. Las condicionalidades del programa consisten en no interrumpir los estudios de pre-grado. Oficialmente el programa beneficia a familias pobres identificadas por el SIUBEN, pero el Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales no puede supervisar el proceso de selección, y no existen pruebas de medios directas o indirectas, lo que significa que en la práctica, el IES se les da a los estudiantes que aplican primero (ODH-UNDP, 2010).

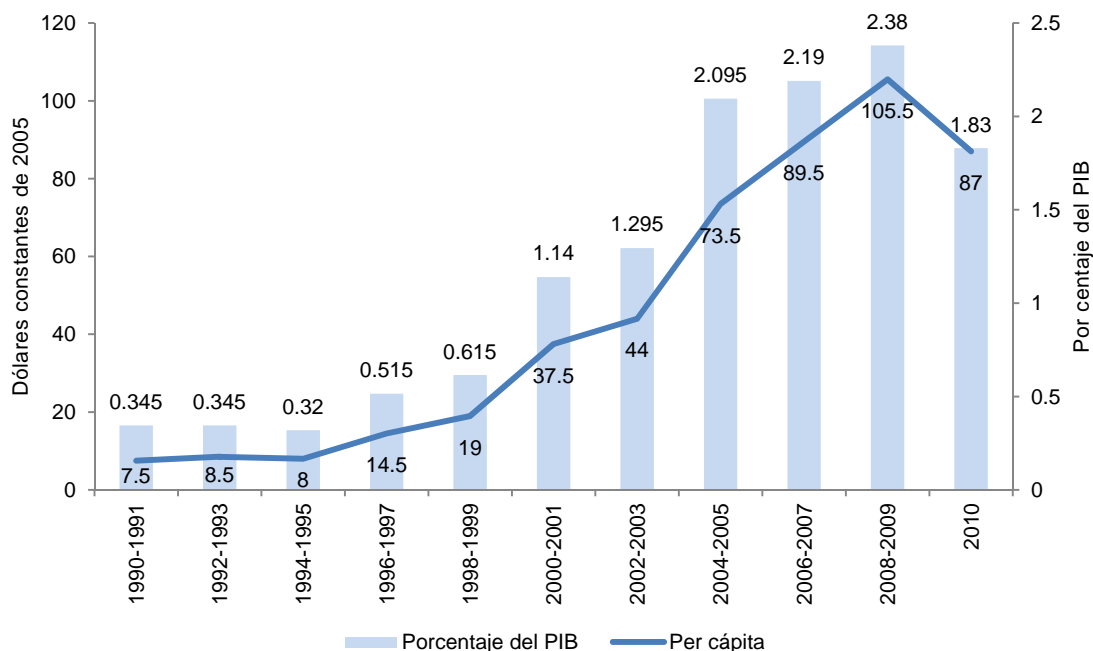
El BonoGas para Choferes consiste en una transferencia para comprar gas licuado de petróleo (GLP) pagada a través de la Tarjeta Solidaridad a los conductores de buses y autos de transporte público. El monto de este subsidio es de 90 dólares (RD\$ 3.420) mensuales, y la condicionalidad es de no aumentar el precio de los tiquetes de transporte. Por lo tanto, puede ser considerado como un subsidio indirecto a los hogares pobres. Este programa está bajo la responsabilidad de la Oficina Técnica para el Transporte Terrestre, y es gestionada por la ADESS.

Existen además otros dos programas cuyo objetivo es proporcionar a las familias de policías y militares un ingreso para la compra de alimento y evitarles caer en la pobreza. El Programa de Incentivo a la Policía Preventiva (PIPP) está bajo la responsabilidad directa de la Policía Nacional Dominicana y beneficia a policías que hacen vigilancia callejera voluntaria y el Programa de Incentivo a Ambos programas consisten en una transferencia mensual de 24 dólares (RD\$ 928) pagados a través de la Tarjeta Solidaridad y solo es válida para la compra de alimentos en tiendas que son parte de la Red de Protección Social.

C. Gasto, financiamiento y cobertura de los programas no contributivos

Según los datos de CEPAL, en 1990/1991, el gasto social en asistencia social, seguridad social, trabajo y políticas de capacitación en la República Dominicana fue solo del 0,3% del PIB. Una década más tarde, en 2000-2001, este porcentaje había aumentado a 1,1% y durante los años 2008-2009 alcanzó el 2,4% del PIB. En contraste, en 2010 el gasto social en asistencia social, seguridad social, trabajo y políticas de capacitación bajó de 0,6 puntos porcentuales del PIB (CEPAL, 2012a).

GRÁFICO 7
GASTO EN SEGURIDAD SOCIAL Y ASISTENCIA SOCIAL COMO PORCENTAJE DEL PIB
PER CÁPITA, 1990/1991-2010
(En porcentajes y en dólares de 2005)



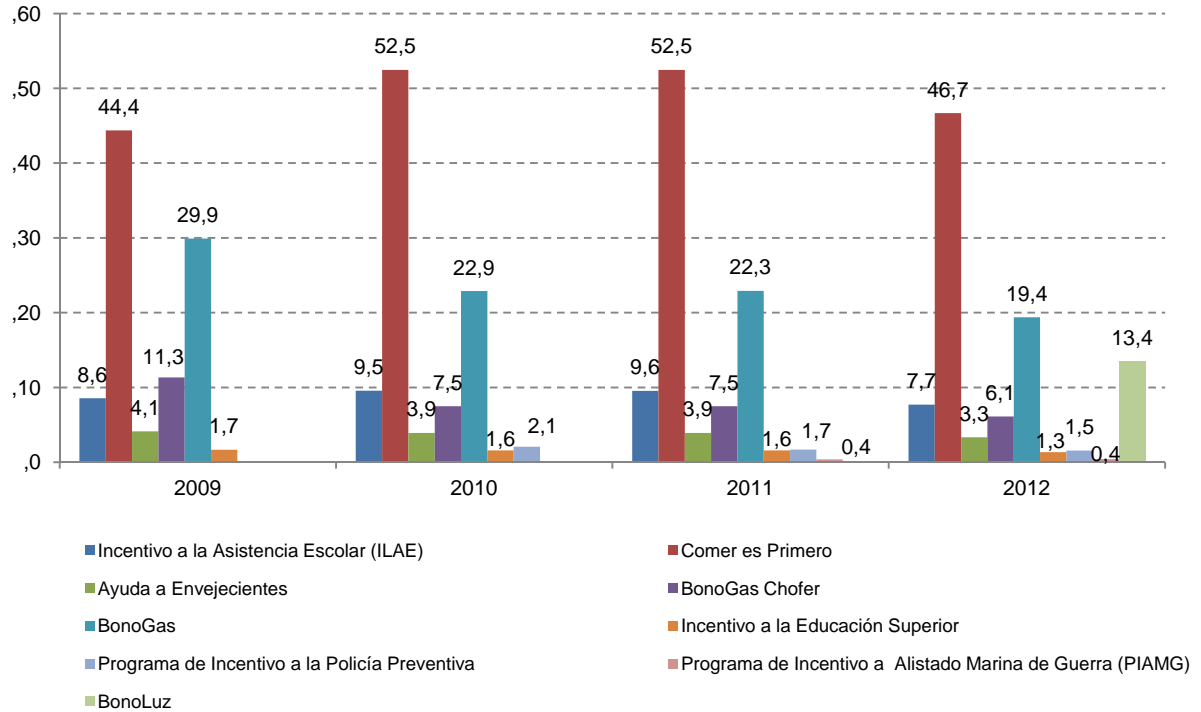
Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos provenientes de Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL), CEPALSTAT [en línea]: http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/Portada.asp.

Los programas de asistencia social son financiados por el gobierno, con el apoyo del BID, que busca mejorar la gestión de la asistencia social. El país también recibió cooperación técnica de parte del Banco Mundial y del PNUD. El programa con mayor presupuesto es “Comer es Primero” que en 2012 recibió el 46,7% del total de las asignaciones presupuestarias a programas de transferencias condicionadas (véase el gráfico 8) mientras el programa ILAE recibió el 7,7% del presupuesto del mismo año.

En el caso de los programas gestionados por la ADESS, la prioridad presupuestaria es para el BonoGas Chofer. En 2009, el 11,3% (27.448.030 dólares) de las asignaciones presupuestarias para programas gestionados por ADESS estaba destinado a este subsidio indirecto para hogares pobres. En 2012, el presupuesto bajó a 6,1% (16.998.508 dólares).

Por otra parte, en 2009 el incentivo para la educación superior tenía una importancia residual en términos de asignación presupuestaria (1,7%), y con el inicio del Programa Incentivo a Entre 2011 y 2012, estos dos bonos representaban menos del 2% de las transferencias gestionadas por el ADESS (véase el gráfico 8).

GRÁFICO 8
ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA DE LOS PROGRAMAS DE TRANSFERENCIAS
CONDICIONADAS DEL GABINETE DE COORDINACIÓN DE POLÍTICAS
SOCIALES DE LA PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA, 2009-2012
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia basada en datos de la Ley de Presupuesto del Estado de la República Dominicana (varios años).

El número de beneficiarios de Solidaridad corresponde al 21,2% de la población total de República Dominicana, al 46,3% de las personas viviendo en la pobreza y al 89% de las personas viviendo en la extrema pobreza (Cecchini y Madariaga, 2011). Entre 2006 y 2011, la cobertura de Solidaridad aumentó de 269,3%. El programa representa el 90,5% de las transferencias no-contributivas recibidas por ciudadanos de la República Dominicana. En 2010, la asignación presupuestaria del programa Solidaridad representaba 0,39% del PIB.

V. El sector de la salud

El Sistema Nacional de Salud está compuesto por el sector de provisión en salud regulado por la Ley General de Salud de 2001 (Ley 42-01).

La Secretaría de Estado de Salud Pública (SESPAS) es la principal institución que maneja el sector de la salud en la República Dominicana. La SESPAS regula las políticas y los programas de salud, coordina las acciones de las distintas instituciones públicas y privadas y otros actores sociales para cumplir con las políticas nacionales de salud. El Consejo Nacional de Salud (CNS), estrechamente vinculado a la SESPAS tiene como función aportar consejos en la formulación, coordinación y evaluación de las políticas de salud. La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) tiene una función de supervisión, regulación y control del sector de aseguramiento en salud.

El proceso de descentralización del sistema de salud empezó en 2006, con la creación de las Direcciones Provinciales de Salud, que son direcciones locales de la SESPAS y tienen las mismas funciones y competencias. En el marco de la descentralización fueron establecidas también los Servicios Regionales de Salud, como instituciones que gestionan la provisión de servicios médicos de atención individual.

El sistema de provisión de salud pública está dividido en dos subsistemas, orientados respectivamente a la salud individual y colectiva. El sistema de atención individual está constituido por los centros médicos y hospitales en todo el territorio, que ofrecen atención médica (atención primaria, hospitalización y emergencias). El sistema de salud colectiva está compuesto por varias políticas y programas de salud focalizado en grupos vulnerables; como son los programas de inmunización o de prevención de riesgos (en particular relativos al VIH-SIDA). Sin embargo, el sistema de salud colectiva sufre de la falta de financiamiento y no es muy eficiente (ODH-UNDP, 2010).

El sistema de la salud de la República Dominicana enfrenta importantes desafíos en términos de equidad y acceso. En efecto, pese a las altas tasas de cobertura de los servicios de salud en el país, estos están concentrados en zonas urbanas. Además, la diferencia de calidad en función de las contribuciones de los afiliados/usuarios es también bastante elevada. Las partes más pobres de la población tienen un acceso dificultado a los servicios de salud básica y en su mayoría no están cubiertos por seguros de salud (véase sección VI.C). Son también los más afectados por la mortalidad materno-infantil, así como las enfermedades transmisibles.

El Plan Decenal de Salud, PLANDES fue establecido para responder a las múltiples deficiencias del sistema de salud. En particular, el PLANDES pretende responder a dos desafíos principales: Superar las inequidades sociales y de género dentro del sistema de salud, y asegurar la

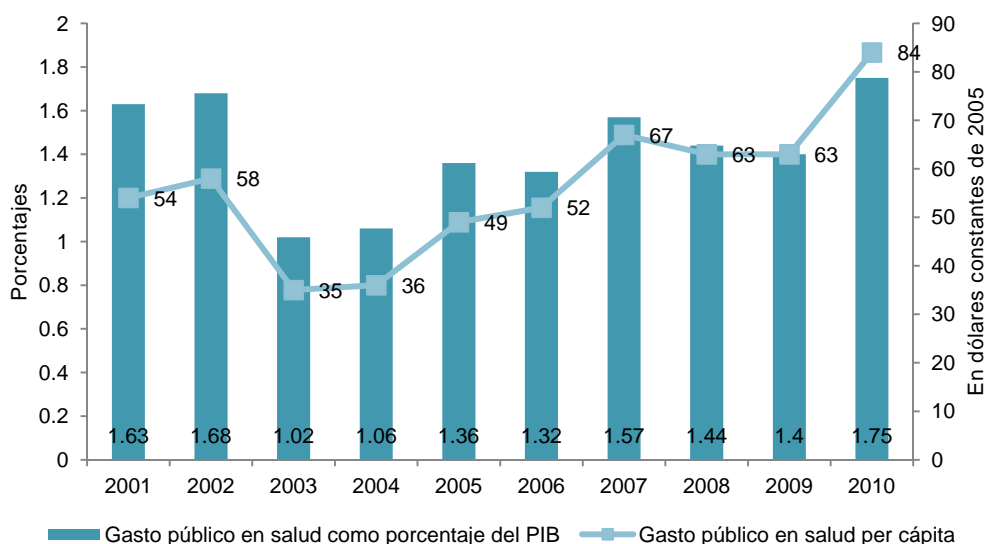
prevención y el control de cuestiones prioritarias y de riesgo. También busca desarrollar las distintas funciones del Sistema Nacional de Salud a través de un enfoque de derechos y de participación ciudadana. También establece que el gasto público en salud debe alcanzar el 5% del PIB en 2015 (en 2012, era del 1,75% del PIB)¹⁰.

A. Financiamiento del sector de la salud

El gasto público en salud en la República Dominicana es uno de los más bajos de América Latina y el Caribe en términos de prioridad macroeconómica. En 2001, era de 1,68% del PIB. En 2003 era de 1,03% del PIB y en 2010 de 1,75% del PIB. En términos absolutos, el gasto social es también bajo (35 dólares per cápita en 2003 y 84 dólares per cápita en 2010) (véase el gráfico 9) (CEPAL, 2012a).

Como consecuencia del déficit financiero de los centros de salud pública, los pacientes tienen que contribuir con pagos directos llamados “colaboración” o “participación de recuperación”. Por lo que, en términos de financiamiento, los hogares son el principal contribuyente al sistema de salud. En 2006, los agentes privados (constituidos en su mayoría por los hogares) contribuyeron al 77,8% al financiamiento del sector salud, mientras la parte pública era de 22,2% (Rathe, 2007). Por lo que, pese a su objetivo de universalidad, el acceso al sistema de salud es muy desigual en función de los ingresos de los hogares.

GRÁFICO 9
GASTO PÚBLICO EN SALUD, 2001-2010
(En porcentajes y dólares constantes de 2005)



Fuente: Elaboración propia basada en Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL), CEPALSTAT [en línea]: <http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas>.

¹⁰ Para información más detallada, véase el Plan Decenal de Salud 2006-2015 [en línea]: <http://salud.gob.do/download/docs/Acuerdos/PlanDesSegParte.pdf>.

VI. Políticas de empleo y regulación del mercado de trabajo

El empleo fue establecido como derecho constitucional en la Constitución de 2010, que enuncia en su artículo 62: “Es finalidad esencial del Estado fomentar el empleo digno y remunerado”. Sin embargo, República Dominicana todavía tiene que enfrentar importantes desafíos en la realización de ese derecho. En efecto, como se expuso en la sección II, el país tiene importantes tasas de desempleo, que afectan particularmente a las mujeres y a los jóvenes, así como una alta informalidad del empleo. Para hacer frente a estos problemas, el Estado dominicano ha hecho esfuerzos para la creación de programas de trabajo.

En la República Dominicana, la principal institución vinculada a las cuestiones de empleo y trabajo es el Ministerio del Trabajo, que establece las normas legales relativas al trabajo, como el salario mínimo, la protección del empleo, la protección de los menores empleados, los días legales de trabajo, etc. Otra institución importante del trabajo es la Comisión Nacional de Empleo, creada en 1983 por el Decreto 1,019. Es la institución responsable de la elaboración de políticas y programas de promoción del empleo, y de la promoción de la igualdad de género en el mercado del trabajo.

En 2001, se implementó el Sistema Nacional de Empleo (SENAE), bajo la supervisión del Ministerio del Trabajo. El SENAE tiene la función de conectar la oferta y la demanda de trabajo a nivel nacional, a fin de promover la inserción laboral. El SENAE está compuesto por tres departamentos: i) el Departamento de Orientación y Oficios Especializados, que ofrece talleres para promover la búsqueda del empleo y el autoempleo; ii) el Departamento de Promoción del Empleo y las Oficinas Territoriales de Empleo; y iii) la Escuela Taller de Santo Domingo, destinada a capacitar los desempleados en oficios.

El SENAE también formula políticas activas de empleo. En 2003, creó el Observatorio del Mercado Laboral (OMLAD), con financiación de la Agencia Española de Cooperación (AECID). El OMLAD analiza y estudia los indicadores del mercado laboral dominicano, a fin de mejorar e implementar políticas y programas de empleo.

En la República Dominicana, existen distintos salarios mínimos. El salario mínimo para el sector público es establecido por la administración, mientras que el salario mínimo del sector privado es votado cada dos años por el Comité Nacional de Salarios. Este Comité establece los distintos salarios en función del tamaño de las empresas —calculado en función del nivel de activos de la empresa desde menos de dos millones de RD\$ (pequeñas empresas), a entre dos y cuatro millones de RD\$ (medianas empresas) a más de cuatro millones de RD\$ (grandes empresas)— así como del sector

económico. En 2009, existían 17 distintos salarios mínimos (ODH-UNDP, 2010). En 2012, el promedio del salario mínimo era de 171,5 dólares (en un rango desde 158,9 dólares hasta 260,9 dólares), uno de los más bajos en América Latina.

A. Programas de promoción del empleo

Para ayudar a los grupos vulnerables de población a superar los obstáculos que enfrentan en el mercado del trabajo, el gobierno de República Dominicana ha lanzado varios programas de empleo, de los cuales muchos se focalizan sobre los jóvenes. Todos ellos son parte de una estrategia de desarrollo social a través de la inclusión económica implementada por el gobierno después de la crisis del 2003 (Godínez y Mattar, 2009).

1. El programa Juventud y Empleo

El programa Juventud y Empleo empezó en 2003 con la cooperación del BID y del Banco Mundial. Su objetivo es mejorar la empleabilidad de las personas jóvenes con bajos ingresos y situaciones vulnerables, a través de cursos teóricos y prácticos de capacitación laboral. Los cursos son seguidos por prácticas en una empresa. Los objetivos del programa son: i) aumentar la posibilidad de empleo para la población con bajos ingresos; ii) aportar mano de obra joven y cualificada al mercado del trabajo; iii) reforzar el vínculo entre la empresa y los centros de capacitación; y iv) capacitar a los jóvenes en actividades profesionales.

El programa se focaliza en los jóvenes entre 16 y 29 años sin diploma de bachillerato y viviendo en zonas prioritarias I y II del mapa de pobreza¹¹ y busca tener al menos 45% de participación de mujeres. Ofrece un incentivo económico de 70 RD\$ (dos dólares) para cada día de asistencia a los cursos, un curso de capacitación gratis y un seguro de vida que cubre los beneficiarios a lo largo de su participación.

Entre 2003 y 2010, el programa cubrió 55.003 jóvenes (63% de los beneficiarios eran mujeres) a través de la implementación de 2.639 cursos. EL programa se financió en su primera fase (2003-2008) por un préstamo del BID de 21 millones de dólares. El BID siguió financiando el programa desde 2009. En 2010 el presupuesto de Programa Juventud y Empleo era de 7,7 millones de dólares.

2. El programa Santiago Trabaja

El programa Santiago Trabaja fue creado en 2011. Sus objetivos principales son promover el empleo y mejorar la calidad de vida de las personas que viven en la pobreza. El programa cubre personas pobres entre 18 y 65 años, con un bajo nivel educativo y desempleados por un periodo largo (12 meses o más). Los participantes del programa reciben una transferencia monetaria de 3.600 RD\$ (cerca de 100 dólares) mensuales durante los cuatro meses en el programa, en cambio de su participación a proyectos de desarrollo comunitarios y de cursos de capacitación para desarrollar sus competencias básicas. La primera fase del programa empezó en la provincia de Santiago, que tiene altas tasas de desempleo.

El programa Santiago Trabaja se proponía cubrir a 4.000 personas en 2011. Es financiado por los ahorros generados a través del programa Juventud y Empleo y con participación del Banco Mundial.

¹¹ El mapa de pobreza es elaborado como parte del SIUBEN para identificar las zonas más pobres y vulnerables del país con el fin de focalizar geográficamente los programas y las políticas sociales.

VII. El sector de la educación

El sistema educativo se originó justo después de la independencia del país de Haití con la Ley No. 33 de Enseñanza Pública de 1846), que estableció el sistema de educación primaria. La educación secundaria fue establecida en 1855 (OCDE, 2008). La Ley Orgánica sobre la Enseñanza Pública (1918) consolidó el sistema educativo del país, que –con cambios menores en programas específicos, infraestructura y organización de las escuelas rurales –, permaneció hasta la década de los noventa.

El artículo 63 de la Constitución de 2010 asegura que el derecho a una educación gratuita, inclusiva, de calidad y obligatoria al nivel pre-primario, primario y secundario.¹² La Ley General de Educación 66-97 regula las políticas de educación y el desempeño del sistema (a nivel pre-primario, primario y secundario, incluyendo al sector privado), garantizando el derecho a la educación para todos los dominicanos, y promoviendo el principio de no-discriminación; también establece que los valores cristianos son la base del sistema educativo. Esta ley reconoce la educación formal (regulada y desarrollada con un horario específico y un currículo oficial), informal (un proceso de aprendizaje continuo fuera de la educación formal y no-formal) y no-formal (que se focaliza en grupos especiales de la población).

La Secretaría de Estado de Educación (SEE) es la principal institución responsable de la operación del sistema educativo, asegurando el cumplimiento de sus objetivos. Por otra parte, el Consejo Nacional de Educación es competente para ordenar las políticas generales de educación y tiene representación de distintos actores educativos. El sistema es evaluado por el Sistema Nacional de Evaluación de la Calidad de la Educación, que determina la eficiencia global y la eficacia del sistema en su conjunto (ODH-UNDP, 2010).

La educación superior está regulada por la Ley 139-01 de 2001 sobre Educación Superior, Ciencia y Tecnología, que crea la Secretaría de Estado de Educación Superior, Ciencia y Tecnología, SEECyT). El país cuenta con 46 instituciones de educación superior (33 universidades, 9 institutos especializados y 4 colegios), reconocidos y autorizados por la SEESCyT. La principal universidad de la República Dominicana es la Universidad Autónoma de Santo Domingo, fundada en 1538 (Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología, 2011).

La gestión del sistema educativo es descentralizada a través de Consejos regionales y municipales, pero no tienen poder suficiente para tomar decisiones y ejecuciones. También existen

¹² Según la Constitución de 2002, la educación era obligatoria solo al nivel primario.

Consejos en casa escuela, que fueron iniciados por el Programa Multifase para el Mejoramiento de la Educación Primaria y Secundaria, apoyado y financiado por el BID.

Otra política pública de educación es el Programa de Modernización Institucional, iniciado en 2007, que respalda el proceso de descentralización a través de una puesta al día del sistema educativo, teniendo como ejes principales de la modernización institucional el cuidado en el aprendizaje de los alumnos y la escuela. Bajo este programa, las escuelas tienen más autonomía, y pueden formular presupuestos, establecer normas de personal y solicitar recursos a la administración central.

A. El sistema educativo y sus componentes

Las líneas directrices de la política de educación están contenidas en el Plan decenal de Educación 2008-2018, que establece los principales objetivos estratégicos, los resultados esperados a mediano plazo, y las decisiones y acciones en el corto, mediano y largo plazo (Secretaría de Estado de Educación, 2008). La principal política de educación en el país es de garantizar el acceso al sistema de educación formal a todos los niveles, para reforzar la ciudadanía y la inclusión al mercado del trabajo. En segundo lugar, las políticas están orientadas a reforzar la oferta educativa, a través del monitoreo y la evaluación de los logros del sistema, y actualizar un currículo de calidad (principalmente a través del reforzamiento de la comprensión en lectura y la lógica matemática), el cumplimiento de año académico, así como la capacitación de recursos humanos. En tercer lugar, buscan promover la equidad educacional, con apoyo especial para los estudiantes más vulnerables. Finalmente, fomentan la participación de la familia, la comunidad y las instituciones no gubernamentales en las políticas de desarrollo, los programas y los proyectos educativos (Secretaría de Estado de Educación, 2008).

La calidad de los servicios de educación pública dominicanos es un desafío importante de superar. La plena jornada escolar —que podría tener un impacto positivo en la reducción de las tasas de deserción— no ha sido implementada aún. En contraste, existen tres turnos (diurno, vespertino y de noche), una alta tasa de ausentismo docente, y una falta de infraestructura (especialmente de aulas) (ODH-UNDP, 2010). Para enfrentar algunos de estos desafíos, el Gobierno creó el Instituto Nacional de Formación y Capacitación del Magisterio (INAFOCAM), que es un órgano consultativo del Ministerio de Educación y busca coordinar la oferta de capacitación del personal docente.

CUADRO 2
REPÚBLICA DOMINICANA: PANORAMA DEL SISTEMA EDUCATIVO

Nivel escolar	Curso escolar	
Pre-primario	Pre-primario	Jardines infantiles
Básico	Primer ciclo	Grado 1-4
	Ciclo secundario	Grado 5-8
Medio	Primer ciclo	Común (2 años)
	Ciclo secundario	General (2 años)
		Técnico-vocacional (2 años)
Superior	Programa de grado (5 años)	Programas técnico-vocacionales
		Programa de grado (5 años)

Fuente: Elaboración propia basada en IBE-UNESCO (2011).

Las políticas de educación superior son sujetas al Plan Decenal 2008-2018, publicado por la SEESCyT. Los principales objetivos del plan son, por el lado de la demanda, incrementar la matrícula y la graduación de los estudiantes en programas de pre-grado y posgrado, promoviendo oportunidades

y equidad, principalmente a través de un aumento de la participación y el financiamiento del Estado Dominicano. En segundo lugar, el plan busca adaptar los distintos planes de estudio a las necesidades del mercado de trabajo para reforzar el desarrollo productivo nacional y regional. Finalmente, busca mejorar el lado de la oferta, a través de un enfoque especial en el desarrollo de la educación continua del cuerpo académico, el uso de las tecnologías de información y comunicación (TIC) y un reconocimiento internacional de los diplomas que tendrá consecuencias directas en la calidad del sistema de educación superior dominicano (SEESCyT, 2008).

B. Programas para la promoción de la educación

Según previsto en el Plan Decenal de Educación (2008-2018) y con el apoyo de agencias de cooperación y de organizaciones internacionales, el gobierno dominicano ha implementado programas de educación especial para mejorar la equidad en el acceso a la educación y la reducción de las brechas de calidad, en particular entre las zonas urbanas y rurales, tales como:

- El Programa Multifase para la Equidad en la Educación Inicial: Este programa, con un presupuesto de 42 millones de dólares financiados por el Banco Mundial busca mejorar la calidad de la educación pre-primaria y extender su cobertura. Más específicamente, sus objetivos son mejorar los logros educativos de alumnos en zonas rurales o urbano-marginales y mejorar la gestión de la educación dentro de las escuelas.
- EL programa Multifase para la Equidad en la Educación Básica: Su objetivo general es globalmente el mismo que para la educación inicial, es decir mejorar el acceso a la educación media y ampliar su cobertura. Está organizado en tres ejes de calidad: gestión educacional, gestión, desarrollo curricular y capacitación de recursos humanos. Este programa es financiado por el Banco Inter-americano de Desarrollo.
- El Programa de Educación Básica y Bachillerato a Distancia (PREPARA). Es un programa para la educación de los adultos, que permite a jóvenes y adultos de completar la educación básica y obtener el bachillerato gracias a cursos semi-presenciales o a distancia. Este programa es financiado por el Gobierno dominicano y por la Agencia de Cooperación Española (AECID).

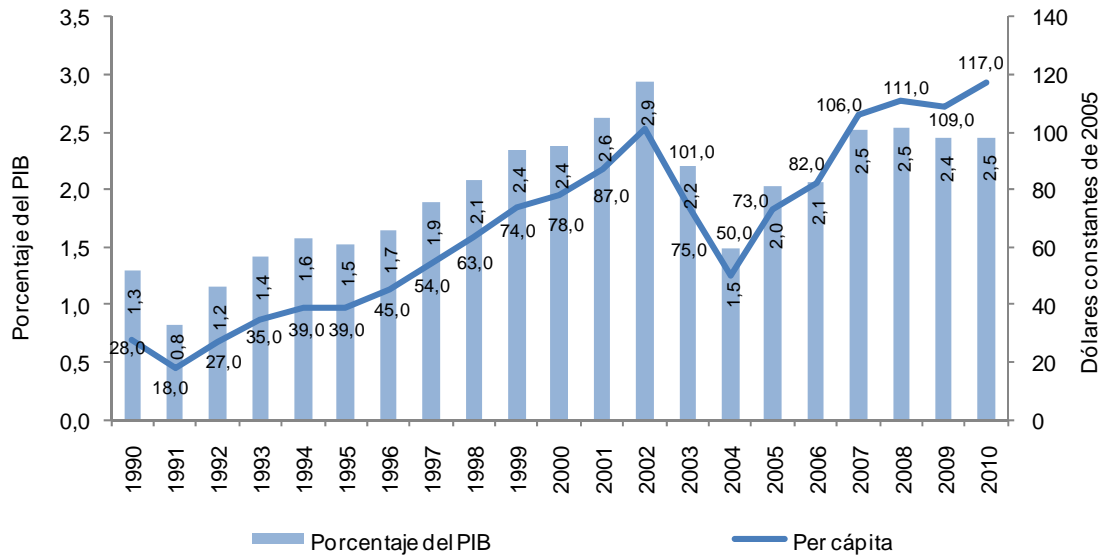
C. Gasto público en educación

La Ley General de Educación establece que el presupuesto para el sector educativo debe ser equivalente como mínimo al 16% del gasto social total, o al 4% del PIB, escogiéndose al final el monto mayor.

Durante las dos décadas pasadas, el gasto público en educación adquirió una mayor importancia en términos fiscales. De 1990 hasta 2010, el gasto social en educación pasó de 1,3% a 2,5% del PIB. Durante ese periodo, el gasto per cápita en educación también aumentó, de 28 dólares en 1990 a 117 en 2010, lo que significa que por habitante, el gobierno dominicano aumentó el gasto con un promedio de 20% anual.

En los noventa y durante los tres primeros años de la década del 2000, el gasto en educación experimentó un aumento constante. Sin embargo, desde 2003, la prioridad macroeconómica de la educación sufrió un retroceso significativo. De acuerdo con los datos de CEPAL, como consecuencia de la crisis económica de 2003, el presupuesto para la educación fue reducido de un tercio y el gasto per cápita de un cuarto. Desde entonces, el gasto en educación ha recuperado su nivel previo a la crisis (en 2010, la prioridad macroeconómica para la educación era parecida a aquella de principios de la década), pero sigue por debajo de los parámetros dominicanos establecidos en la Ley General de Educación.

GRÁFICO 10
GASTO PÚBLICO EN EDUCACIÓN, 1990-2010
(En porcentajes y dólares de 2005)



Fuente: Elaboración propia basada en datos de Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL), CEPALSTAT [en línea]: http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/Portada.asp.

D. Cobertura del sistema educativo

Según la UNESCO, entre 1999 y 2012, la cobertura del sistema educativo en la República Dominicana experimentó un aumento significativo, especialmente en la educación secundaria, donde la tasa neta de matrícula pasó de 39,4% en 1999 a 62,3% en 2010 (véase el cuadro 3). Sin embargo, la tasa de graduación primaria bajó de forma significativa en los últimos 10 años (véase el cuadro 4).

CUADRO 3
TASA NETA DE MATRÍCULA POR NIVEL EDUCATIVO Y GÉNERO, 1999-2010
(En porcentajes)

Nivel		1999	2010
Pre-primario	Total	28,0	36,1
	Hombres	27,6	36,1
	Mujeres	28,3	36,1
Primario	Total	82,5	90,2
	Hombres	82,2	93,3
	Mujeres	82,8	87,0
Secundario	Total	39,4	62,3
	Hombres	35,1	58,0
	Mujeres	43,7	66,7

Fuente: Instituto de Estadísticas, UNESCO.

La brecha de género en las tasas de matrícula es favorable a las estudiantes mujeres en la educación secundaria, y a los estudiantes hombres en la educación primaria. En pre-primaria, no hay diferencia de género (véase el cuadro 3).

La deserción a nivel de educación primaria ha aumentado significativamente entre 2003 y 2010. En siete años, la tasa de graduación en la educación primaria disminuyó de 14,7 puntos porcentuales. Como consecuencia, la transición a la escuela secundaria cayó dramáticamente. Tanto los estudiantes mujeres como los hombres han bajado la tasa de graduación entre 2003 y 2010, pero las mujeres siguen teniendo tasas de graduación superiores a las de los hombres (véase el gráfico 4). Esto tiene un impacto directo sobre la baja tasa de matrícula en la secundaria, lo que implica un capital humano con bajo nivel de cualificación.

CUADRO 4
TASA BRUTA DE GRADUACIÓN PRIMARIA, POR GÉNERO, 2003-2010
(En porcentajes)

	2003	2010
Total	94,7	80,0
Hombres	92,6	77,4
Mujeres	96,8	82,6

Fuente: Instituto de Estadísticas, UNESCO.

Entre 1999 y 2010, la tasa de repetición sufrió un aumento significativo, tanto a nivel primario (+80%) que secundario (+160%). En promedio, las mujeres repiten menos que los hombres a nivel primario y secundario. En el caso de la educación primaria, la brecha de género aumentó entre 1999 y 2010: las mujeres repitieron 0,8 puntos porcentuales menos que los hombres en 1999; en 2010 las mujeres repitieron 4,3 puntos porcentuales menos que los hombres. En el caso de la educación secundaria, la brecha de género en 1999 fue de 1,3 puntos porcentuales a favor de las mujeres, pero en 2010, la brecha aumentó de 3,1 puntos porcentuales (véase el cuadro 5).

CUADRO 5
TASA DE REPETICIÓN POR NIVEL EDUCATIVO Y GÉNERO, 1999-2010
(En porcentajes)

Nivel	1999	2010
Primario		
Total	4,1	7,3
Hombres	4,5	9,3
Mujeres	3,7	5,0
Secundario		
Total	2,7	7,1
Hombres	3,4	8,7
Mujeres	2,1	5,6

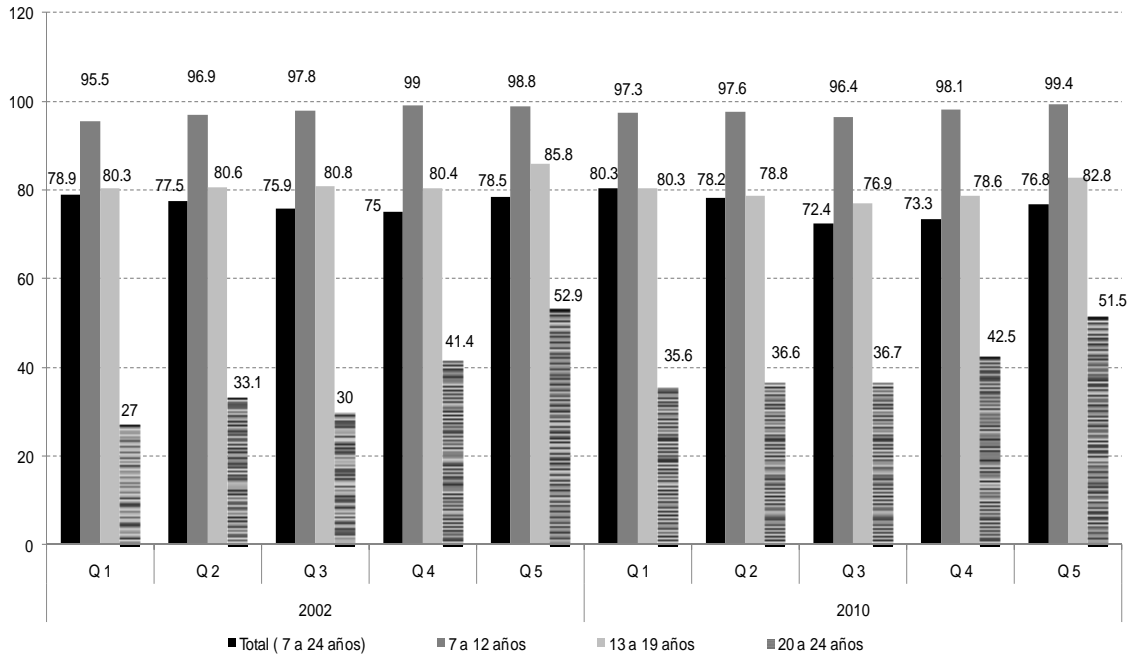
Fuente: Instituto de Estadísticas, UNESCO.

La CEPAL provee datos sobre asistencia escolar por quintiles de ingreso per cápita y por grupo de edad, que muestran que, pese a las diferencias entre el quintil 1 y el 5, la asistencia es casi universal. Los niños y las niñas entre 7 y 12 años que viven en hogares pertenecientes al primer quintil tenían una tasa de asistencia a la escuela del 95,5% en 2002, y de 97,3% en 2010 (véase el gráfico 11).

La asistencia escolar por alumno de entre 12 y 19 años es significativamente más baja que el promedio para niños y niñas de entre 7 y 12 años. En 2002, existía una brecha significativa entre los dos extremos de los quintiles de ingreso per cápita (5,5 puntos porcentuales). En 2010, esa brecha disminuyó porque la asistencia escolar del quinto quintil cayó y no por el aumento de la asistencia en

el primer quintil. Además, los niños y las niñas haitianas tienen una tasa de asistencia mucho más baja que los niños y las niñas dominicanos. Según el Censo Nacional de 2002, la tasa de matrícula de los niños haitianos entre 5 y 24 años era de 26,6%, mientras que era de 75,6% para los dominicanos (ODH-UNDP, 2010). En ocho años, la tasa general de asistencia a la escuela no experimentó avance o retroceso significativo.

GRÁFICO 11
TASA DE ASISTENCIA ESCOLAR DE AMBOS SEXOS EN ZONAS URBANAS SEGÚN
QUINTILES DE INGRESO PER CÁPITA DEL JEFE DE HOGAR, POR GRUPO DE EDAD,
2002 Y 2010



Fuente: Elaboración propia, basada en datos de Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL) (CEPALSTAT) [en línea]: http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/Portada.asp.

VIII. Conclusiones

El sistema de protección social actualmente en vigor en la República Dominicana es el resultado de los esfuerzos hechos sobre todo en los últimos veinte años, que tienen tres objetivos relacionados: la promoción del crecimiento inclusive, la lucha contra la pobreza y la creación de empleo productivo (Godínez y Mattar, 2010).

Para alcanzar estos objetivos, el gobierno ha implementado nuevas políticas sociales, basadas en tres pilares complementarios: el primero es la Red de Protección Social, que consiste en programas de protección social no contributiva enfocados en la parte más vulnerable de la sociedad. Los otros dos pilares tienen una orientación universal y consisten en servicios de promoción social –principalmente relacionados con educación y capacitación– y las pensiones y servicios de salud proveídos a través del sistema de seguridad social, que fue reformado en 2001 (Godínez y Mattar, 2010).

En primer lugar, en el marco de la Red de Protección Social, el país implementó importantes acciones de reducción de la pobreza, como el programa de transferencias condicionadas *Solidaridad*, respaldado por nuevos métodos de pago administrados por la ADESS y mecanismos de registro y de focalización como el SIUBEN. Estas medidas han permitido alcanzar los pobres, aumentando la eficiencia de los programas sociales y reduciendo las prácticas clientelistas.

En segundo lugar, se hicieron esfuerzos para mejorar los servicios sociales orientados a reforzar el capital humano y la inclusión productiva. La educación primaria y secundaria casi alcanzaron una cobertura universal. Además, se lanzaron programas activos de empleo especialmente focalizados en los jóvenes, ya que su entrada en el mercado del trabajo formal es considerada como un factor clave para la superación de la pobreza.

En tercer lugar, el sistema de seguridad social (pensiones y salud) fue completamente reformado en 2001 para hacerlo más eficiente y sustentable. La reforma de la seguridad social incluía un régimen contributivo y un régimen subsidiado para cubrir la parte más pobre de la población con pensiones y seguros de salud. Un tercer régimen (contributivo-subsidiado) aún no ha sido implementado.

Sin embargo, el país todavía tiene que enfrentarse a varios desafíos para mejorar su sistema de protección y promoción social. El gasto público social es relativamente bajo comparado con el promedio regional, principalmente por su bajo nivel de ingresos fiscales, un problema que constituye posiblemente el principal obstáculo para una implementación eficiente de las políticas sociales en República Dominicana. No solo el gasto público social es uno de los más bajos de la región, sino que también es muy sensible a las fluctuaciones de la economía, tendiendo a aumentar en tiempos de

crecimiento económico y reducirse en periodos de crisis. Esto dificulta la implementación de políticas sociales de largo plazo y el impacto positivo en el bienestar social.

La cobertura universal de la seguridad social sigue siendo un desafío: la salud pública sufre de la falta de financiamiento público, y se caracteriza por su inequidad en términos de acceso, debido a la concentración de servicios de salud en zonas urbanas con buen nivel de vida. Incluso con la implementación en 2001 de un régimen de aseguramiento en salud que cubre una parte importante de los pobres, la mayoría de la población con bajos ingresos tiene que hacer gastos de bolsillo para recibir cuidados en salud.

Además, hay que subrayar que el déficit de contribuyentes a la seguridad social respecto al número de afiliados que reciben beneficios de salud y pensiones causará importantes problemas de financiamiento a mediano plazo —un problema estrechamente vinculado a la importancia de la informalidad en el mercado laboral.

Por lo tanto, para enfrentarse a las altas tasas de pobreza y a la desigualdad social que obstaculizan su desarrollo económico y social, la República Dominicana debe mejorar activamente sus políticas redistributivas, a través de un aumento del gasto social así como la mejora de la calidad de la oferta pública de servicios sociales. Los *policy-makers* también debieran considerar la promoción de un enfoque de derechos en las políticas sociales, reforzando en particular la transparencia en los programas de asistencia social.

Bibliografía

- Banco Interamericano de Desarrollo (2012), *República Dominicana: Apoyo a la consolidación del Sistema de Protección Social*. Washington, D.C.: BID.
- ____ (2010), *República Dominicana. Estrategia de País del BID 2010-2013*. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo [en línea]: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=35404423>.
- Castellanos, Pedro Luis, Jeffrey Lizardo, Bernardo Matías, Luis Morales, Chanel Rosa Chupani y Rosa María Suárez (2009), *El Nuevo modelo del sistema de salud: Inicios, rutas y dificultades*. Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, Centro Universitario de Estudios Políticos y Sociales Friedrich Ebert Stiftung. ISBN: 978-9945-8660-5-6.
- Cañete R. y O. Dotel, O. (2007), *Política Social en República Dominicana 1930-2007 ¿Inclusión o asistencialismo?*; Centro de Estudios Sociales Padre Juan Montalvo, S.J. ISBN: 978-99934-804-9-4.
- Cecchini, Simone y Madariaga, Aldo (2011), *Programas de transferencias condicionadas: Balance de la experiencia reciente en América Latina y el Caribe (LC/G.2497-P)*, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (ASDI). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.11.II.G.55.
- ____ (2012b), Base de datos de América Latina y el Caribe CEPALSTAT [en línea] <<http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas>>.
- Cecchini, S. y Martínez, R. (2011), *Inclusive Social Protection in Latin America: A Comprehensive, Rights-based Approach (LC/G.2488-P)*, ECLAC Book No. 111, Santiago, Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Publicación de Naciones Unidas, N° de venta: E.11.II.G.23. CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2012a), *Panorama Social de América Latina 2011 (LC/G.2514-P)*, Santiago, Chile. Publicación de Naciones Unidas, N° de venta: E.12.II.G.6.
- Godínez Víctor and Mattar Jorge (coord.) (2009), *La República Dominicana en 2030: hacia una nación cohesionada (LC/G.2407-P)* México Comisión Económica Para América Latina y el Caribe; Publicación de Naciones Unidas, N° de venta: S.09.II.G.40.
- Mesa-Lago, Carmelo (2009), *El sistema de salud como amortiguador de los efectos de la crisis en América Latina: el caso de la República Dominicana*, Conferencia SENASA y FUNGLODE, 12 de agosto 2009 [en línea]: <http://www.funglode.org/Portals/0/docs/Salud-Crisis-R%20%20Dominicana-09.pdf>.

- _____ (2005), *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social*, Comisión Económica Para América Latina y el Caribe, Naciones Unidas.
- _____ (2004), *La reforma de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de seguridad social*, CEPAL, *Serie Financiamiento del Desarrollo* N° 144, Santiago de Chile.
- Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (2011), *Informe General sobre Estadísticas de Educación Superior 2006-2009*. Santo Domingo: Departamento de Estadística.
- Montás, Juan.T (2005), *La crisis bancaria y sus causas: una reflexión sobre la crisis bancaria dominicana*; publicaciones del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo [en línea]: http://www.stp.gov.do/UploadPDF/CRISIS_BANCARIAS_SUS%20LECCIONES.pdf.
- Oficina de Desarrollo Humano (ODH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo de República Dominicana (2010), *Política Social: capacidades y derechos* (vols. I y II), Santo Domingo.
- Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) (2008), *Informe sobre las Políticas Nacionales de Educación: República Dominicana*; Publicaciones de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico, ISBN 978-92-64-04411-1.
- Rathe, Magdalena (2007), *El gasto nacional en salud en la República Dominicana*. PLENITUD. Santo Domingo, República Dominicana.
- Sánchez, Miguel Eduardo and Senderowitsch Roby (2012), *The political Economy of the Middle Class in the Dominican Republic*. World Bank policy research paper N° 6049.
- Oficina del Banco Mundial: Santo Domingo, República Dominicana, abril de 2012.
- Secretaría de Estado de Educación (2008), *Plan Decenal de Educación 2008-2018. Un instrumento de trabajo en procura de la Excelencia Educativa*. Sto. Domingo: Secretaría de Estado de Educación.
- Secretaría de Estado de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (SEESCyT) (2008), *Plan Decenal de Educación Superior 2008-2018. Una educación superior de calidad, para el país que soñamos los dominicanos*. Santo Domingo: SEESCyT.
- Estadísticas de Afiliación a la Seguridad Social del SIPEN (2012) [en línea]: <http://www.sipen.gov.do/>.

Este informe es parte de una serie de estudios de casos nacionales cuyo propósito es difundir el conocimiento sobre la situación actual de los sistemas de protección social en los países de América Latina y el Caribe, así como discutir sus principales desafíos en términos de la realización de los derechos económicos y sociales de la población y el logro de objetivos de desarrollo claves, tales como la superación de la pobreza y el hambre.

La protección social ha surgido en años recientes como un eje conceptual que busca integrar una variedad de acciones orientadas a construir sociedades más justas e inclusivas, y a garantizar niveles mínimos de vida para todos. En particular, la protección social es vista como un mecanismo fundamental para contribuir a la plena realización de los derechos económicos y sociales de la población –a la seguridad social, el trabajo, la protección de niveles de vida adecuados para los individuos y las familias, así como al disfrute del nivel más alto de bienestar físico y mental y a la educación.

Con diferencias que se deben a su historia y nivel de desarrollo, varios países de América Latina y el Caribe han adoptado medidas innovadoras para establecer estas garantías, mediante la implementación de diferentes tipos de transferencias –que incluyen los programas de transferencias condicionadas y las pensiones sociales– y la extensión de la protección en salud. Sin embargo, uno de los desafíos más importantes que enfrentan los países de la región es integrar las distintas iniciativas en sistemas de protección social que aseguren la coordinación de varios programas, así como de las instituciones del Estado que están a cargo de su diseño, financiación, implementación, regulación, monitoreo y evaluación, permitiendo lograr impactos positivos sobre las condiciones de vida de la población.



Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC)
www.cepal.org



dds.cepal.org/proteccionsocial