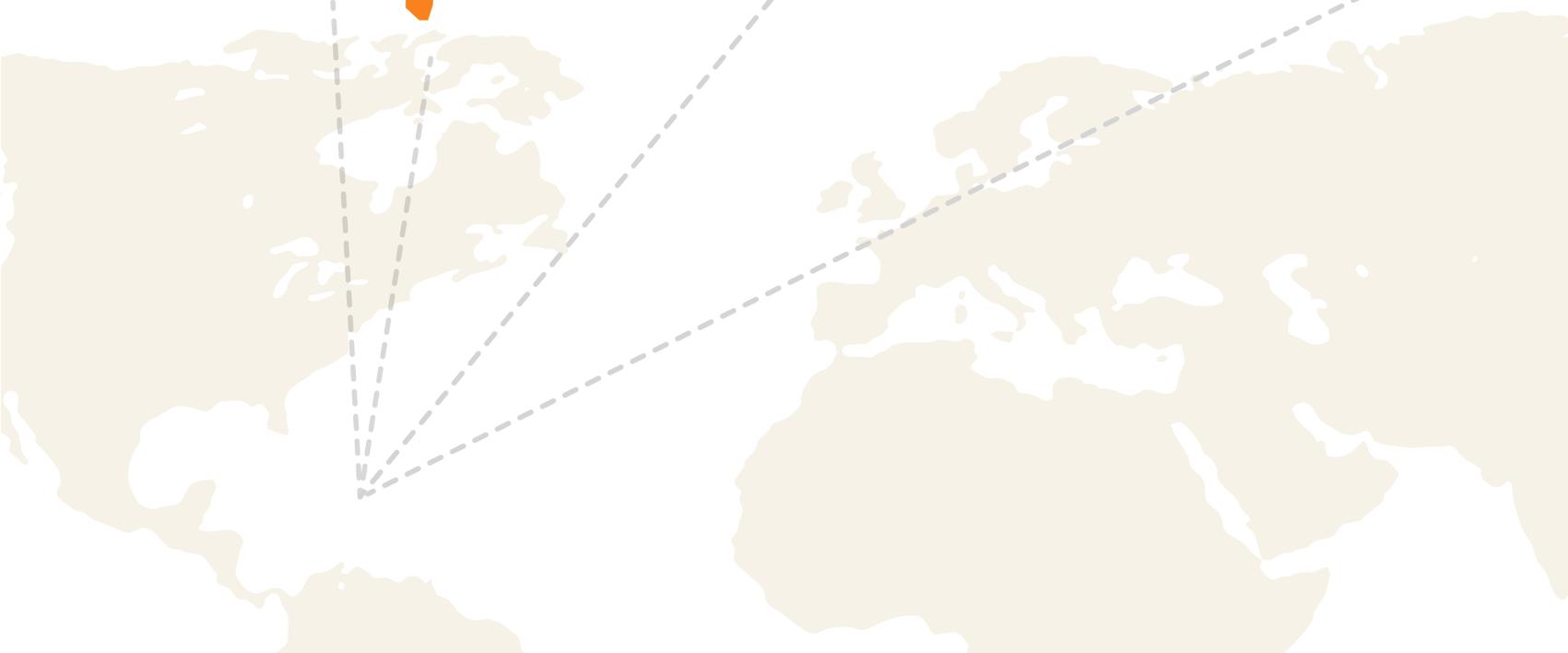




Misión DOMINICANA ENVEJECE



**Retos, realidades y
propuestas sobre la vejez
y el envejecimiento en
República Dominicana**

Fundación NTD Ingredientes, Inc.

Antigua Carretera Duarte, Km. 17,5
Bo. Arenoso, Los Alcarrizos
Santo Domingo, República Dominicana

Sandra E. Aponte

Directora

Misión

República Dominicana Envejece

Investigadores

Fundación NTD Ingredientes

María Fernanda Ortega
Thara Gómez
Laura Feliz
Daniel Pozo
Lide Uriarte Gil
Aitor Arrázola Valle

Fundación Saldarriaga Concha

Bogotá, Colombia

Soraya Montoya González

Directora Ejecutiva

Investigadores

Carmen Elisa Florez Nieto
Lina María González Ballesteros
Ana María Ortiz Hoyos
Santiago López Zuluaga
Jairo Alexander Neira Sánchez
Juan Pablo Alzate Meza
Alejandro Andrés Díaz Oramas
Juan Manuel Cotte Cabarcas
Juan Camilo Rua Serna
Yadira Díaz
José Alejandro Roza Posada

Con el apoyo del

**Instituto Internacional de
Envejecimiento de la ONU - Malta.**

Diseño, diagramación y corrección de estilo:

www.3masd.com



**Retos, realidades y propuestas
sobre la vejez y el envejecimiento
en República Dominicana**

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos las revisiones técnicas a este documento

Jefrey Rafael Lizardo Ortiz/ Seguro Nacional de Salud – SENASA República Dominicana
Alexis Cruz Rodriguez / Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo República Dominicana
Brigitte de Hulsters OPS/OMS República Dominicana
Catherin Rodriguez PhD/ Consultora Independiente - Colombia
Iván Darío Gonzalez O. Md, Mg. / Md. Mg. Experto en el Desarrollo de Sistemas de Salud en
América Latina y el Caribe- Colombia

Agradecemos el apoyo brindado a esta investigación a:

AFS Intercambios Culturales
ASCALA
Batallón Comunitario
Centro Integral para el Desarrollo Local -CIDEL-
Club de Envejecientes del Ensanche Kennedy
Club de Envejecientes Nueva Esperanza
Dirección de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social
Escuela Urania Montas
Fundación Amante de los Envejecientes
Fundación Envejecientes Desprotegidos de Quebrada Honda
Fundación Juan Bosch
Fundación Santa Lola
Hogar San Isidro Labrador
Instituto del Abuelo
Juan Manuel Pérez
Naciones Unidas Derechos Humanos
Natalia Díaz
Oficina Nacional de Estadísticas
Organización Panamericana de la Salud
Red por una Vejez Digna
RSPP Group
Sociedad San Vicente de Paúl
Superintendencia de Pensiones
Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales
Unión Nacional del Adulto Mayor

Los expertos que accedieron a ser entrevistados y a sumar su conocimiento a este proyecto.

Todas las personas que dieron su tiempo para participar en los grupos focales,
con dinamismo y honestidad.

Carta de la Directora de la Fundación NTD Ingredientes

En el 2016 tuvimos la oportunidad de conocer a una organización colombiana, la Fundación Saldarriaga Concha. Esta institución tiene más de 40 años trabajando a favor de la vejez en su país y ha hecho un sin número de estudios e investigaciones para Colombia y el resto de la región, en torno a la vejez, el envejecimiento y la discapacidad. Su gran experiencia en estos temas nos motivó a extrapolar algunas de sus ideas para nuestra República Dominicana; de aquí nace la Misión República Dominicana Envejece (MRDE).

Misión República Dominicana Envejece es una investigación rigurosa que nos llevó más de un año completar y su objetivo es conocer la situación de la vejez y el envejecimiento en nuestro país y los retos que esto nos plantea. Un excelente equipo compuesto por unas 15 personas de República Dominicana y Colombia trabajaron arduamente. También se visitaron los cuatro puntos cardinales del país para recopilar información.

Trabajar de la mano de la Fundación Saldarriaga Concha, aportándonos su experiencia, conocimiento y capacidad, fue un privilegio.

República Dominicana envejece por varias razones y de manera acelerada. Los pronósticos indican que nos quedan menos de dos décadas para que veamos cambios dramáticos en nuestra estructura poblacional. Lamentablemente, en el proceso investigativo pudimos constatar la poca conciencia general que existe sobre el envejecimiento demográfico de nuestra población y las consecuencias de este fenómeno en el devenir de la nación. Es por esto que incluimos en este estudio, aparte del análisis demográfico del país, temas muy importantes como: pensiones, salud, cuidados, trabajo, ahorro y migración.

Tenemos la satisfacción de entregarle al país unos hallazgos que nos proponen el reto de enfrentar de manera constructiva una sociedad y un país que envejecen.

Si con este estudio nuestra Fundación logra que las personas que toman decisiones de políticas públicas, las entidades con capacidad de influencia y de acción, la empresa privada, los medios de comunicación y en general la sociedad civil dominicana, unan esfuerzos y enfrenten los retos y las oportunidades que tiene el país con el envejecimiento de su población, habremos cumplido con éxito el objetivo de esta iniciativa.

Es una tarea colectiva repensar nuestro modelo de envejecimiento a la luz de las precariedades sociales que aún persisten y que impiden a las personas envejecientes gozar de una vida plena y activa, en una sociedad que desconoce sus derechos.

El aumento de la expectativa de vida del ser humano es un logro que debemos preservar y, al mismo tiempo, trabajar para que vivamos más años, pero con calidad. La vejez es un éxito de la ciencia, la gestión de la salud pública y un premio a la vida. Siempre celebremos esto.

Sandra E. Aponte

Directora Fundación NTD Ingredientes

Carta de la Directora Ejecutiva Fundación Saldarriaga Concha

Desde hace 45 años, la Fundación Saldarriaga Concha lucha por el reconocimiento y respeto de las personas mayores. En este ejercicio, en 2015 realizamos con Fedesarrollo la investigación Misión Colombia Envejece, estudio que nos permitió conocer la situación del envejecimiento y la vejez en la población colombiana y plantear los retos a los que nos enfrentamos como país.

Nos interesa también identificar la situación de las personas mayores en otros países de América Latina y por eso, la alianza con la Fundación NTD nos permite hoy presentar la situación de la población de República Dominicana y abre a este país el espacio para pensar en los retos a los que se enfrenta con el envejecimiento de sus ciudadanos.

Misión Colombia Envejece y Misión Dominicana Envejece son el resultado de una investigación y aprendizaje conjunto, de recolección y análisis de datos, entrevistas con personas y organizaciones de la sociedad civil, y de llegar desde lo teórico y lo empírico a importantes conclusiones.

La población mayor de 60 años en República Dominicana pasó de ser el 2,7% en 1950 a 6,1% en 2015 y se estima que para el 2050 llegue al 15.2%. Estas cifras se asemejan a las de América Latina en donde, en general, los países tendrán un cambio en sus pirámides demográficas con una proporción cada vez mayor de los viejos. Ahora bien, la pregunta como región es: ¿si estamos preparados para este proceso de envejecimiento demográfico y sus implicaciones?

Lo que muestra la evidencia es que aún no estamos preparados, pero que estamos a tiempo de unirnos como sociedad para generar acciones diversas e innovadoras para mejorar la calidad de vida de quienes envejecemos y quienes ya son mayores, para incluirlos como parte activa y productiva en la sociedad.

Con la experiencia de Misión Colombia Envejece, sabemos que este tipo de iniciativas promueven la toma de decisiones en política pública, la movilización de las organizaciones privadas, de los medios de comunicación y otros actores de la sociedad, permitiendo pensar en la inclusión a mediano y largo plazo de las personas mayores en la sociedad y en cómo favorecer un envejecimiento activo para todos.

Agradecemos la confianza y el esfuerzo depositado por la Fundación NTD y cada uno de sus integrantes al ser los abanderados en República Dominicana de este gran esfuerzo, a todas las organizaciones nacionales e internacionales que revisaron y aportaron al documento. Solamente el trabajo conjunto logrará que América Latina sea una sociedad más solidaria, que reconozca y respete a las personas mayores.

Soraya Montoya González

Directora Ejecutiva

Fundación Saldarriaga Concha



**Situación demográfica
en República Dominicana**

CAPÍTULO

1

Elaborado por:

*Carmen Elisa Flórez, Lina María González
Ballesteros, Jairo Neira Sánchez, Yadira Díaz,
José Alejandro Rozo, María Fernanda Ortega*

RESUMEN

- El proceso de transición demográfica en América Latina y el Caribe marca una tendencia hacia el envejecimiento poblacional. Aunque existen algunas diferencias entre países, según (CELADE, 2017), en las últimas décadas la región ha experimentado un aumento considerable en el número de personas de 60 años y más. El resultado será un cambio poblacional de los países latinoamericanos y caribeños, caracterizado por el aumento de la expectativa de vida de los individuos, mayor peso relativo de las personas mayores dentro de los hogares y la recomposición de la estructura de edad en la sociedad. República Dominicana no es ajena a la realidad de la región. (CELADE, 2017) establece que el país está en una fase de envejecimiento moderado, toda vez que para el quinquenio 2015-2020 la tasa de fecundidad es de 2,38 hijos por mujer y el índice de envejecimiento en 2020 será de 26,7 %.

- Según (CEPAL, 2014), la transición demográfica se constituye a partir del descenso sostenido de las tasas de mortalidad seguido de un decrecimiento en los niveles de fecundidad de la población. El proceso en mención se divide en cuatro fases, definidas a partir del comportamiento de los indicadores mencionados. En una primera etapa, denominada transición incipiente, las tasas de natalidad y mortalidad son elevadas y estables, por lo tanto el crecimiento demográfico es bajo y atribuible principalmente a las altas tasas de mortalidad. La segunda fase se define transición moderada, es decir, mientras la natalidad se mantiene estable, la mortalidad disminuye y el crecimiento de la población es elevado. El tercer momento se denomina plena transición, caracterizado por una tasa de natalidad baja acompañada de una mortalidad estable y, en ese sentido, un crecimiento demográfico bajo. Por último, la transición avanzada y muy avanzada hacen referencia a bajos niveles de natalidad y mortalidad, traducidos en un crecimiento demográfico nulo.

- El proceso de transición demográfica determina el envejecimiento de la población. Según (Flórez, Villar, Puerta, & Berrocal, 2015), “estudios (Bertranou, 2008; Corbinos, 2001; Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Cepal], 2009; Celade, 2008a y 2014) indican que se pueden identificar tres diferentes expresiones del envejecimiento poblacional”: envejecimiento individual (aumento de la longevidad de los individuos), envejecimiento doméstico (aumento de la proporción de personas de 60 años o más en los hogares) y envejecimiento demográfico (aumento sistemático del peso relativo de las personas de 60 años o más sobre el total de la población). Cada uno de los conceptos en mención dan cuenta de un proceso con repercusiones y desafíos particulares.

- El caso dominicano evidencia una fase de transición moderada, con tasas de fecundidad bajas y un índice de envejecimiento que no supera el 32 %. Se espera que la TGF para el quinquenio 2025-2030 sea igual a la tasa de reemplazo (2,1 hijos por mujer), es decir, que a partir de ese momento no habrá



renovación generacional y, por lo tanto, empieza un proceso de envejecimiento acelerado. La tasa de crecimiento poblacional tiende a la baja y se espera que el crecimiento sea casi nulo aproximadamente a partir de 2050.

- La sociedad dominicana es cada vez más longeva, debido principalmente al descenso de la mortalidad. En el transcurso de 80 años los hombres y las mujeres han ganado 32 y 33 años en esperanza de vida al nacer, respectivamente. Además, mientras en 1960 un hombre de 60 años esperaba vivir en promedio 13 años más, en 2020 su expectativa de vida a los 60 sube a 21 años y en 2040 será 23 años adicionales. Para las mujeres, la expectativa de vida a los 60 años aumentará de 15 años en 1960 a 24 años en 2020 y 27 años en 2040. Al respecto es posible extraer dos conclusiones. A medida que pasa el tiempo los dominicanos vivirán más años, evidenciando así un proceso de envejecimiento individual. Así mismo, la expectativa de vida de las mujeres sumada a una razón de feminidad entre las personas mayores por encima de 100 a partir de 2050, determina la feminización del envejecimiento.

- El descenso en la tasa de crecimiento de la población acompañado del posicionamiento de una sociedad cada vez más longeva determinan una nueva composición de los hogares caracterizada por un proceso de envejecimiento doméstico. En 2013, el 27,3 % de los hogares tenía al menos una persona de 60 años o más y en el 13 % habitaba al menos una persona de 70 años o más. Es decir, en más de la cuarta parte de los hogares hay por lo menos una persona adulta mayor. Adicionalmente, el 12,3 % de los hogares son monoparentales (solo está el jefe, sin cónyuge) y el jefe de hogar es una persona mayor, por lo tanto, asume responsabilidades relacionadas con el sostenimiento del hogar.

- En términos de envejecimiento demográfico es importante tener en cuenta que en 2015 los niños, adolescentes y adultos jóvenes siguen predominando en la estructura etaria. No obstante, las personas de 60 y más son quienes crecen a un ritmo más acelerado y por lo tanto ganan peso relativo dentro de la estructura de edad. Al cabo de 30 años, será la primera vez en un siglo que los niños y adolescentes dejan de ser el grupo de edad con mayor proporción, para darle lugar a los adultos jóvenes y adultos de mediana edad, es decir, quienes más pronto serán personas mayores. Además, en términos de tasa de crecimiento, son las personas mayores quienes crecen de forma más acelerada, ejemplificando así el proceso de envejecimiento demográfico.

- Finalmente, la tasa de dependencia muestra que en la actualidad hay bono demográfico, es decir, hay menos de 66 dependientes (personas menores de 15 años más las personas de 60 y más) por cada 100 individuos potencialmente activos (personas entre 15 y 59 años). Eso quiere decir que las necesidades de soporte para una población dependiente son bajas y, por lo tanto, la asignación de recursos puede direccionarse a la acumulación de capital. La relación de dependencia será mayor a 66 en el término de 20 años, dando paso a la fase de impuesto demográfico. Dentro de dos décadas el país deberá estar preparado para soportar una proporción considerable de su población, sacrificando parte de los recursos que podrían asignarse en factores que potencialicen el crecimiento económico.

CONTENIDO

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 1. | Situación demográfica | 11 |
| 1.1. | Marco teórico | 11 |
| 1.2. | Contexto latinoamericano | 12 |
| 1.3. | La transición demográfica en República Dominicana | 16 |
| 1.3.1. | La transición de la fecundidad | 18 |
| 1.3.2. | La tendencia de la migración internacional | 20 |
| 1.3.3. | Contribución de los componentes de cambio al crecimiento poblacional | 20 |
| 1.3.4. | La dinámica poblacional por zona de residencia | 20 |
| 1.4. | Envejecimiento individual | 24 |
| 1.4.1. | Una mayor longevidad | 25 |
| 1.4.2. | Feminización del envejecimiento | 27 |
| 1.4.3. | Percepción de envejecimiento y vejez en las personas mayores | 29 |
| 1.5. | Envejecimiento doméstico | 35 |
| 1.6. | Envejecimiento demográfico | 35 |
| 1.6.1. | Los cambios en la estructura por edad y sexo | 37 |
| 1.6.2. | Los cambios en la estructura por edad y zona de residencia | 42 |
| 1.6.3. | La relación de dependencia y el índice de envejecimiento | 47 |
| 1.7. | Conclusiones | 50 |
| 1.8. | Bibliografía | 52 |

1. Situación demográfica

El proceso de transición demográfica ha instituido el envejecimiento poblacional como una realidad latente en América Latina y el Caribe. Según (CELADE, 2017), con cierta heterogeneidad entre países, en las últimas décadas la región ha experimentado un aumento considerable en el número de personas de 60 años y más. En ese orden de ideas, las sociedades de los países latinoamericanos y caribeños están expuestas a una transformación en la estructura de edad, la composición de los hogares y la longevidad de los individuos. El resultado inmediato es, por lo tanto, un aumento en el peso relativo de los mayores dentro de cada sociedad. Además, el ritmo de crecimiento poblacional de la población mayor es significativamente más acelerado en comparación con el proyectado para los demás grupos de edad. “Se espera que la tasa de crecimiento de la población de 60 años y más aumente hacia 2025, estabilizándose en el periodo 2025-2050 en 2,4 %. Esta tendencia difiere completamente de las proyecciones realizadas para la población en su conjunto, cuyas tasas se ubicarán por debajo de 1 % hacia finales de 2050” (CELADE, 2017).

República Dominicana no es ajena a la realidad de la región. Según las cifras de (CELADE, 2017), el país está en una fase de envejecimiento moderado, toda vez que para el quinquenio 2015-2020 la tasa de fecundidad es de 2,38 hijos por mujer y el índice de envejecimiento en 2020 será de 26,7 %. Eso quiere decir que el país ya ha superado la fase de transición demográfica incipiente¹. En ese sentido, República Dominicana tendrá que asumir una serie de retos relacionados con la preparación de la sociedad de cara a las consecuencias del proceso de transición demográfica. Con el objetivo de tener los insumos necesarios para tomar decisiones de política pública relevantes y pertinentes al respecto, este documento presenta un análisis riguroso sobre los cambios demográficos que se espera el país experimentará en los próximos 30 años. En primera instancia, se analiza el contexto latinoamericano y posteriormente se describe en detalle el proceso de transición demográfica dominicano a partir de la situación del país en torno al envejecimiento individual, doméstico y demográfico. Por último se presentarán las conclusiones y recomendaciones.

1.1. Marco teórico

De acuerdo con (CEPAL, 2014), la transición demográfica se constituye a partir del descenso sostenido de las tasas de mortalidad seguido de un decrecimiento en los niveles de fecundidad de la población. De igual forma, el proceso está dividido en cuatro fases, definidas a partir del comportamiento de los indicadores previamente mencionados. En una primera etapa, denominada transición incipiente, las tasas de natalidad y mortalidad son elevadas y estables, por lo tanto, se puede identificar un bajo crecimiento demográfico, atribuible en primer lugar a las altas tasas de mortalidad. La segunda fase se define transición moderada, es decir, mientras la natalidad se mantiene estable, la mortalidad disminuye y el crecimiento de la población es elevado. El tercer momento se llama plena transición, caracterizado por una tasa de natalidad baja acompañada de una mortalidad estable y, en ese sentido, un crecimiento demográfico bajo. Por último, la transición avanzada y muy avanzada hace referencia a bajos niveles de natalidad y mortalidad, traducidos en un crecimiento demográfico nulo.

1. Hace referencia a la fase del proceso de transición demográfica en la cual las tasas de natalidad y mortalidad son elevadas y estables.

El proceso de transición demográfica determina el envejecimiento poblacional. Según (Flórez, Villar, Puerta, & Berrocal, 2015), “estudios disponibles (Bertranou, 2008; Corbinos, 2001; Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Cepal], 2009; CELADE, 2008a y 2014) indican que se pueden identificar tres diferentes expresiones del envejecimiento poblacional”, a saber: envejecimiento individual, envejecimiento doméstico y envejecimiento demográfico. Cada uno de los conceptos en mención da cuenta de un proceso con repercusiones y desafíos particulares. Por ese motivo es indispensable estructurar el análisis sobre los efectos de la transición demográfica a través del estudio detallado de cada una de las tipologías de envejecimiento identificadas.

En primera instancia, el envejecimiento individual hace referencia al aumento generalizado de la longevidad de los individuos en una sociedad. Es decir, los individuos cada vez viven un mayor número de años. Al respecto, el principal indicador de análisis (pero no el único) es la expectativa de vida al nacer o a edades específicas. Por otra parte, el envejecimiento doméstico se refiere al aumento de la proporción de personas de 60 años o más en los hogares, es decir, el incremento del peso relativo de las personas pertenecientes a ese grupo de edad dentro de la composición etaria del hogar. En este caso, el análisis se centra en los arreglos intergeneracionales creados en el marco del hogar y determinan un patrón de cohabitación. Finalmente, el envejecimiento demográfico se define como el aumento sistemático del peso relativo de las personas de 60 años o más sobre el total de la población. La interacción entre las tasas de fecundidad, mortalidad y migración determinan el envejecimiento demográfico.

La transición demográfica es un proceso que influye en el curso de acción de los gobiernos en torno al diseño de políticas públicas que intentan responder a los cambios en la estructura de la población. De acuerdo con (CELADE, 2017), “el incremento absoluto y relativo de las personas mayores es una tendencia mundial que está influyendo en la economía, la planificación del desarrollo, las políticas sociales, las familias, las comunidades, las grandes ciudades y también en las localidades indígenas. Desde el punto de vista de sus implicaciones económicas y sociales, es quizá la transformación más importante de esta época”. En el caso de Latinoamérica y el Caribe, las reformas a los sistemas de pensiones, salud, cuidado y las regulaciones al mercado de trabajo son solo algunos de los temas de la agenda pública que deben tener en cuenta los impactos de la transición demográfica.

1.2. Contexto Latinoamericano

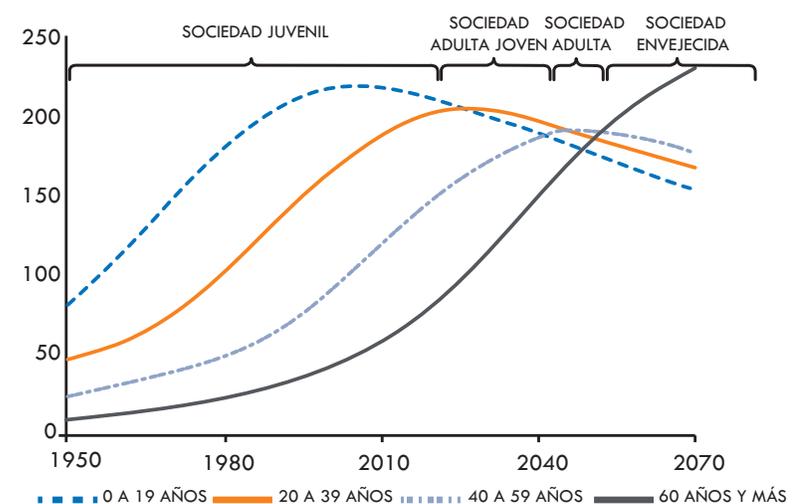
América Latina y el Caribe (ALC) experimentan un envejecimiento acelerado de su población. “Entre los cambios demográficos más relevantes ocurridos en ALC en las últimas seis décadas se encuentra el descenso de la fecundidad y sus consecuencias sobre la estructura de edad de la población (...) En el mediano y largo plazo se sentirá el impacto de otro cambio también muy importante y que va a tener un efecto directo sobre la vida de las personas: el incremento de la longevidad” (CELADE, 2014). Según las estimaciones hechas por la división de población de CELADE, entre 1950 y 2015, en promedio la expectativa de vida al nacer en la región aumentó 23 años, es decir, aproximadamente 4 años por década. Al comparar la situación latinoamericana con el resto del mundo se evidencia una reducción significativa de la brecha existente con los países más desarrollados en términos de esperanza de vida. Mientras en el quinquenio 1950-1955 la diferencia era casi 10 años, en 2010-2015 se redujo a 5. El aumento acelerado de la esperanza de vida al nacer en la región es atribuible –principalmente– a la reducción de las tasas de mortalidad, en especial en los primeros años de ciclo vital.

Por otra parte, a partir de la segunda mitad del siglo XX la región ha experimentado una reducción significativa en las tasas de fecundidad. En el quinquenio 1950-1955 la tasa global de fecundidad (TGF)² para la región era de 6 hijos por mujer y para el periodo 2010-2015 la TGF se redujo a 2,2, cercana a la tasa de reemplazo. (CELADE, 2014) ha identificado que América Latina y el Caribe junto con Asia fueron las regiones que más rápido redujeron sus tasas de fecundidad. Igualmente se prevé que el proceso continuará, pero con un ritmo menor, algo similar a la trayectoria desempeñada por las regiones más desarrolladas, en donde actualmente la TGF está por debajo de la tasa de reemplazo (2,1 hijos por mujer).

En términos demográficos, “en las seis décadas pasadas todos los países de la región experimentaron un proceso de transición demográfica, aunque con inicios desfasados en el tiempo y ritmos dispares. En general el ritmo de esta transición puede considerarse muy acelerado frente a la experiencia anterior de los países desarrollados” (CELADE, 2014). La transición hacia tasas brutas de natalidad y mortalidad bajas, la pérdida de población joven por migración y el descenso en la tasa de crecimiento natural de la población están afectando la composición social de los países en la región, con cambios específicos en la estructura de edad. La literatura especializada sobre demografía divide la población en cuatro grandes grupos de edad, a saber: población juvenil (0 a 19 años), adultos jóvenes (20 a 39 años), adultos de mediana edad (40 a 59 años) y personas mayores (60 o más). Para el caso latinoamericano, desde hace casi dos décadas, la población infantil inició un proceso de declive y se prevé un crecimiento relativo de la población mayor hasta 2060 (CELADE, 2014).

En el Gráfico 1 se presenta la proyección de población en la región para cada tipo de sociedad. Según los datos, con corte en 2070, la única población que registrará crecimiento es la sociedad envejecida. Igualmente, de acuerdo con (CELADE, 2014), los puntos de intersección entre las curvas son hitos que deben ser tenidos en cuenta, toda vez que el corte entre la población juvenil con la población adulta joven representa el fin de una etapa de predominio de la sociedad juvenil y el inicio de una nueva composición social caracterizada por el predominio de personas entre 20 y 39 años.

Gráfico 1: Proyección de población según grupos de edad en América Latina (1950-2070)



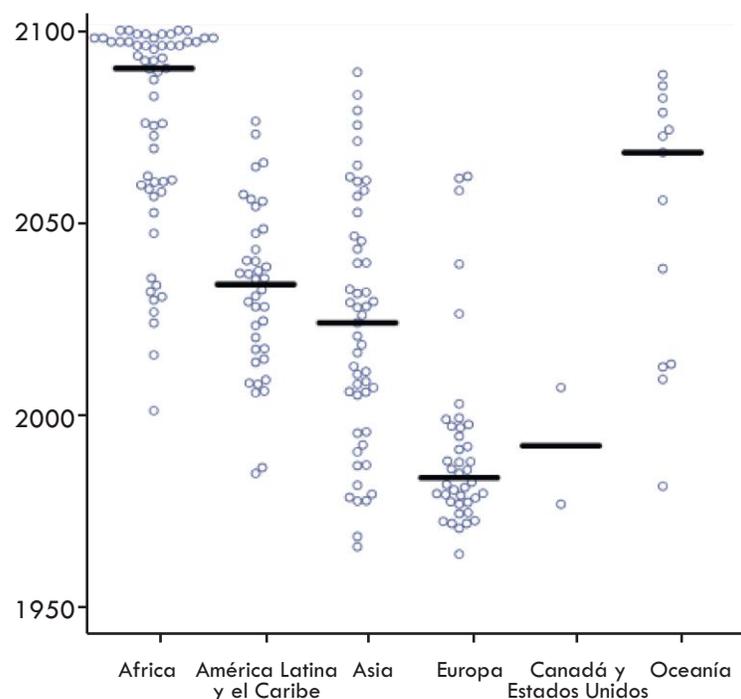
Fuente: CELADE: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (2014). La nueva demografía en América Latina y el Caribe

2. Definida como el número promedio de hijos que tiene una mujer durante su vida reproductiva, es decir, entre los 15 y 49 años.

El siguiente corte marca el inicio de una fase demográfica de adultos entre 40 y 59, siendo este el preámbulo de la transición hacia una sociedad envejecida, es decir, aquella en la cual las personas mayores predominan en la estructura de edades.

En el contexto mundial, América Latina será la segunda región –de aquellas donde aún no ha terminado la sociedad juvenil– en alcanzar ese punto de inflexión (Gráfico 2). En Europa el proceso terminó en la década de 1980 y en Estados Unidos en la década de 1990. En América Latina se espera que el fin de la población juvenil se establezca en 2037, pocos años más tarde que en Asia. Por su parte, África y Oceanía aún están lejos de hacer un corte entre los grupos de edad.

Gráfico 2: Año en que termina la sociedad juvenil

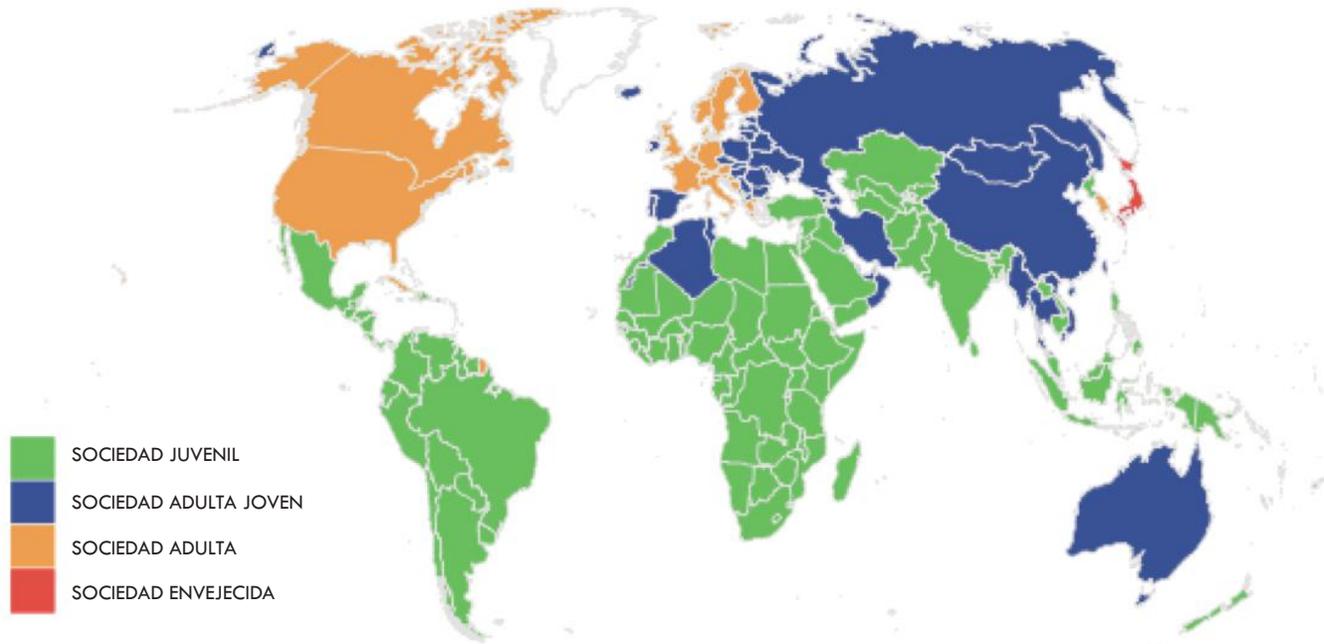


Fuente: CELADE (2014). La nueva demografía en América Latina y el Caribe

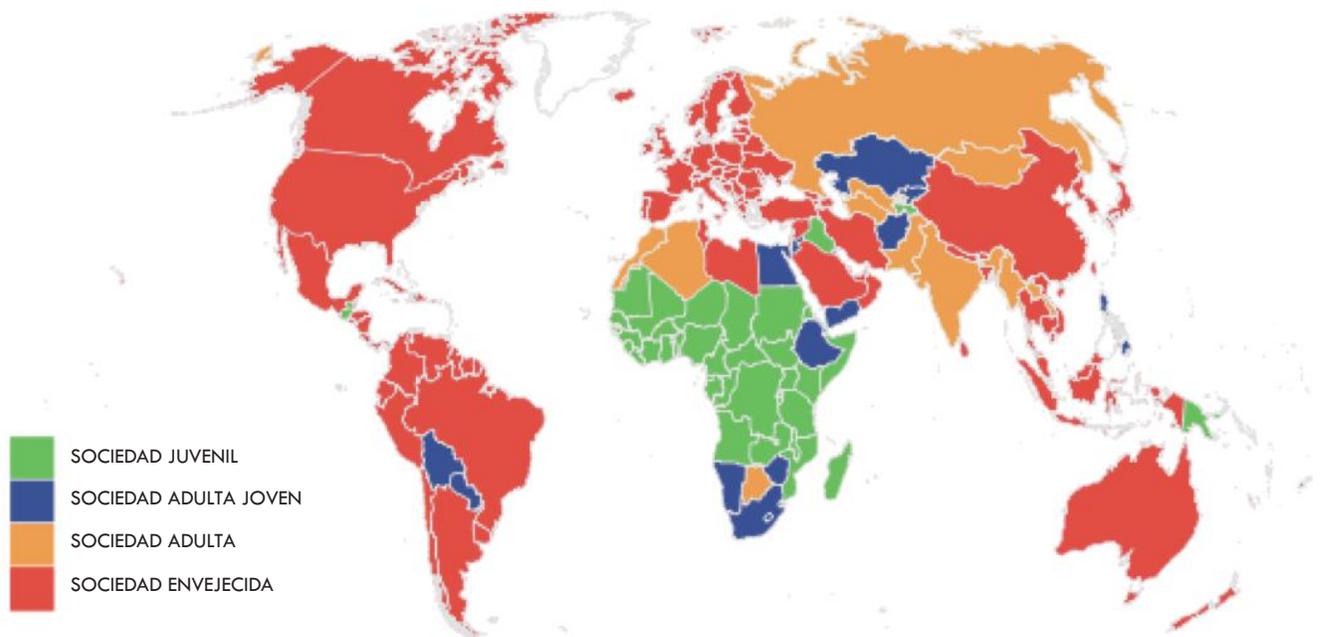
De igual forma para 2070, de acuerdo con las proyecciones, América Latina será una población envejecida. En el Gráfico 3–panel a) se muestra la estructura etaria del mundo en 2010. América Latina y África aún son sociedades juveniles, en Asia y Oceanía predominan los adultos jóvenes y las regiones más desarrolladas (Europa y América del Norte) son sociedades adultas. Por su parte, en el panel b) se presenta la situación 60 años más tarde, lo cual evidencia el acelerado envejecimiento en América Latina. En 2070, Europa, América del Norte, América Latina y el Caribe, China y Oceanía serán sociedades envejecidas, mientras la mayor parte de Asia –que en 2010 ya ha dejado de ser sociedad juvenil– tendrá una estructura de población con predominancia de las personas adultas.

Gráfico 3: Transformación de la estructura etaria de la población en el mundo

Panel a) 2010



Panel b) 2070



Fuente: CELADE (2014). La nueva demografía en América Latina y el Caribe

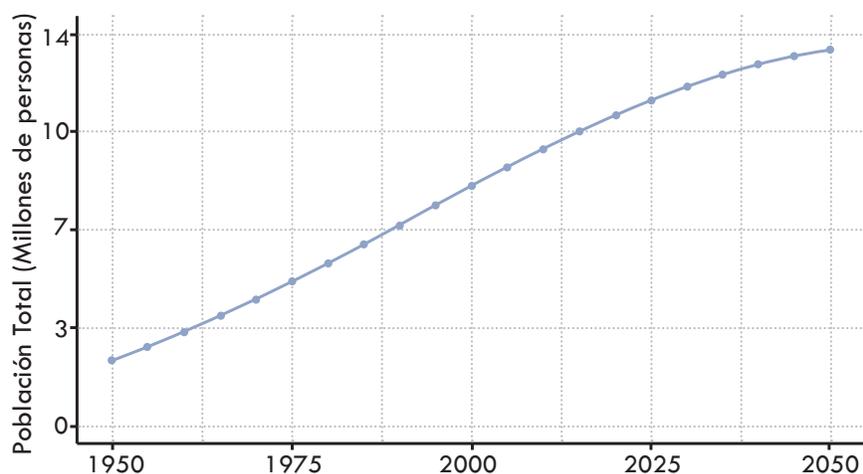
Por último, es necesario tener en cuenta que el proceso de envejecimiento no es homogéneo dentro de la región. Por el contrario, existen diferencias dentro de los países, guiadas principalmente por la fase de transición demográfica. En ese orden de ideas, a continuación se presentará el análisis específico para el caso de República Dominicana.

1.3. La transición demográfica en República Dominicana

En esta sección se analizará la situación del país respecto a la transición demográfica, por lo tanto se estudiará el comportamiento del volumen de la población, las tasas brutas de natalidad, fecundidad y migración, la transición de la fecundidad y, finalmente, el crecimiento poblacional y sus respectivos componentes. Luego se estudiará el envejecimiento individual, doméstico y demográfico, con el objetivo de abarcar un panorama amplio y profundo sobre el tema y de esa forma tener los insumos necesarios para presentar algunas consideraciones finales y conclusiones.

La transición demográfica es un proceso que se constituye a partir del cambio en las tasas de fecundidad y mortalidad en un país, que inicialmente son altas y con el paso del tiempo son bajas. La dinámica presentada determina, entre otros, la velocidad del crecimiento poblacional y, además, la estructura de edades de la sociedad. En 1950, el volumen de la población total dominicana registraba menos de tres millones de habitantes y, de acuerdo con las estimaciones, se espera que en 2050 la cifra ascienda más o menos hasta los 14 millones de habitantes, es decir, alrededor de cuatro millones de personas más que en la actualidad (Gráfico 4). No obstante, aunque la tendencia es positiva, el ritmo de crecimiento para los años siguientes será menor al registrado en las décadas pasadas.

Gráfico 4: Tendencia del volumen de población total



Fuente: Elaboración propia a partir de ONE: Oficina Nacional de Estadística (2014)

El cambio en el ritmo de crecimiento de la población total está relacionado con la interacción entre las tasas de fecundidad y mortalidad, toda vez que son el principal insumo para determinar en qué fase del proceso de transición demográfica se encuentra el país. De acuerdo con la información presentada en el Gráfico 5,

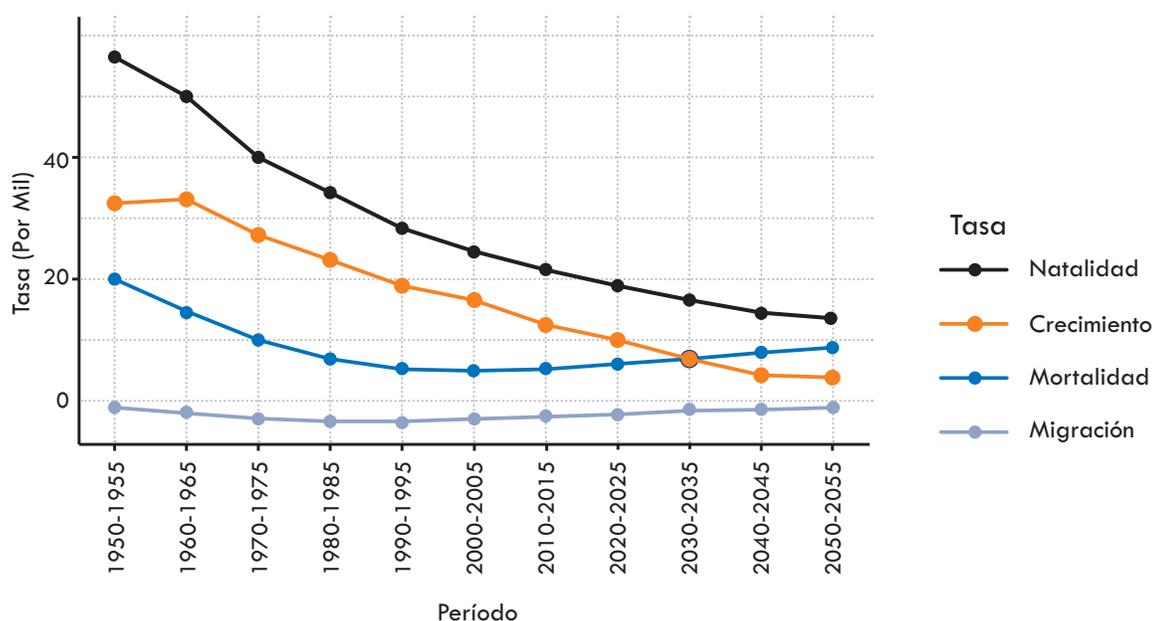
desde 1950 República Dominicana experimenta un descenso sostenido de la tasa bruta de natalidad, es decir, del número de nacimientos vivos por cada mil habitantes. Mientras en el quinquenio 1950-1955 se registraban en promedio cerca de 60 nacimientos por cada mil habitantes, en 2010-2015 la tasa bajó aproximadamente a 20 y se estima que en el quinquenio 2045-2050 descienda hasta 13.

Por otra parte, la tasa bruta de mortalidad, definida como el número de defunciones por cada mil habitantes, ha descendido de 20 en el primer quinquenio de análisis (1950-1955) a 7 (aproximadamente) en el periodo 2010-2015 y se prevé que suba de forma leve hasta registrar, en el quinquenio 2045-2050, cerca de 9 defunciones por cada mil habitantes. De esa forma, la población dominicana pasa, durante el periodo de estudio, de unas altas a unas bajas tasas de natalidad y mortalidad, estableciendo así las condiciones para un cambio en la estructura por edad de su población.

El tercer componente de cambio de una población es la migración. En el caso de República Dominicana, la tasa neta de migración internacional es relativamente baja, estable y negativa, es decir, son más las personas que emigran de República Dominicana que aquellas que inmigran y se establecen dentro del país. En promedio, se tiene una tasa neta que fluctúa entre 4,5 y 2,5 por mil habitantes, entre el inicio y el final del periodo de estudio.

Los tres componentes de cambio llevan a una tasa de crecimiento poblacional con tendencia a la baja a partir de la década de 1960 y se prevé que al final del periodo de estudio (2050) se aproxime al crecimiento nulo. En el primer quinquenio del periodo de estudio (1950-1955) la tasa de crecimiento poblacional para República Dominicana registró 32,4 %, en el periodo 2010-2015 fue 12,4 %, se espera que en el quinquenio 2050-2055 sea 3,6 % y a partir del periodo 2070-2075 será negativo (-0,1 %).

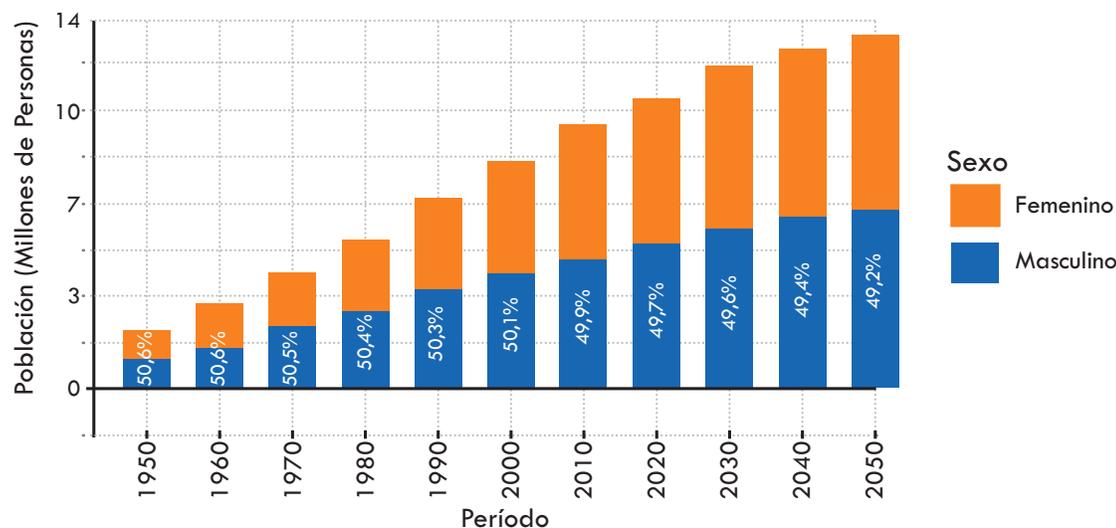
Gráfico 5: Tendencia de la tasa bruta de natalidad, tasa bruta de mortalidad, tasa de migración y tasa de crecimiento total



Fuente: Elaboración propia a partir de ONE (2014)

Al analizar la tendencia del volumen de población por sexo se identifica una distribución relativamente equitativa entre hombres y mujeres (Gráfico 6). No obstante, a partir de 2010 las mujeres representan un porcentaje mayor de población y con el tiempo se va aumentando la brecha respecto a los hombres. En 2050 se estima que las mujeres representarán el 50,8 % de la población dominicana, mientras en 1950 eran el 49,4 %.

Gráfico 6: Tendencia del volumen de población por sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de CELADE (2016)

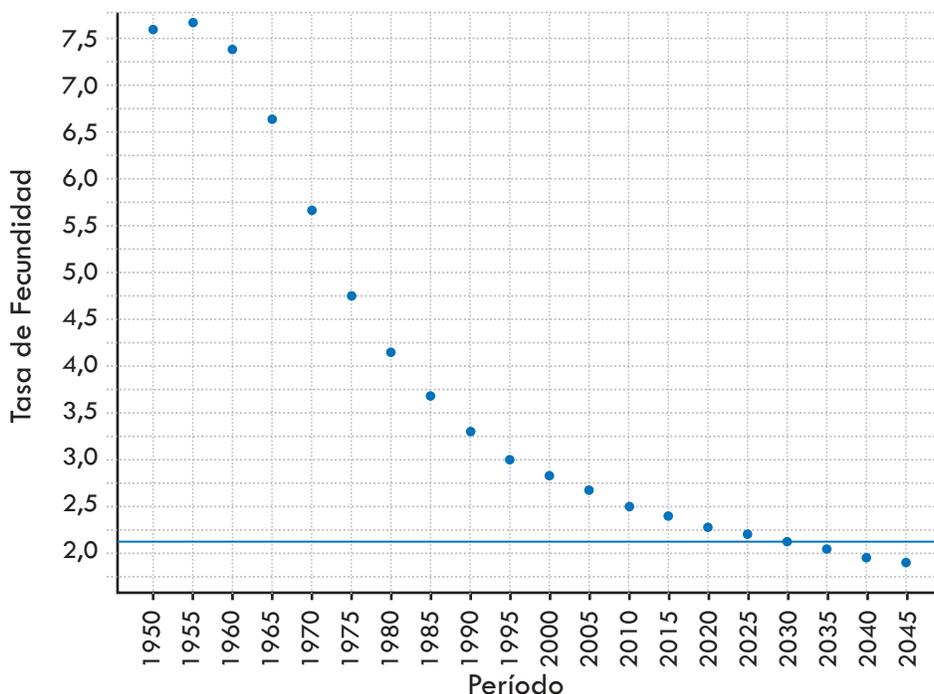
1.3.1. La transición de la fecundidad

El análisis de la tasa global de fecundidad (TGF)³ en República Dominicana permite profundizar sobre qué tan avanzado está el país en el proceso de transición demográfica. La TGF presenta un descenso sostenido a partir de 1960, cuando el número de hijos por mujer era aproximadamente 7,6 (Gráfico 7). En el quinquenio 2015-2020 el número promedio de hijos por mujer en edad reproductiva se ubica en 2,29, se espera que en el periodo 2025-2030 la TGF sea igual a la tasa de reemplazo (2,1 hijos por mujer) y en el quinquenio 2045-2050 llegue a 1,86. Por tanto, se prevé un proceso de envejecimiento acelerado a partir de la tercera década del siglo XXI, toda vez que las generaciones no se renuevan, otorgando mayor peso relativo a quienes ya nacieron y por lo tanto están envejeciendo.

La TGF es resultado del patrón de fecundidad por edad. Este patrón, al igual que la TGF, experimenta grandes cambios durante el periodo de análisis (Gráfico 8). Para el quinquenio 1950-1955, antes del descenso de la fecundidad, el patrón registraba un pico dilatado en las edades 25-29 años y 20-24 años. Sin embargo, a partir de 1960 cuando empieza a bajar la TGF, disminuye la fecundidad en todos los grupos de edad, pero especialmente en los grupos por encima de los 25 años, llevando a que en 1985 el patrón ya muestre un pico concentrado en los 20-24 años. Esta forma del patrón es típica de una fecundidad regulada por el control natal.

3. "La tasa global de fecundidad (TGF) es el número promedio de hijos que una mujer tendría al final de su periodo reproductivo (49 años) si estuviera sujeta, durante su vida, a las tasas de fecundidad observadas en el periodo y no estuviera sujeta a mortalidad" (Flórez, Villar, Puerta & Berrocal, 2015).

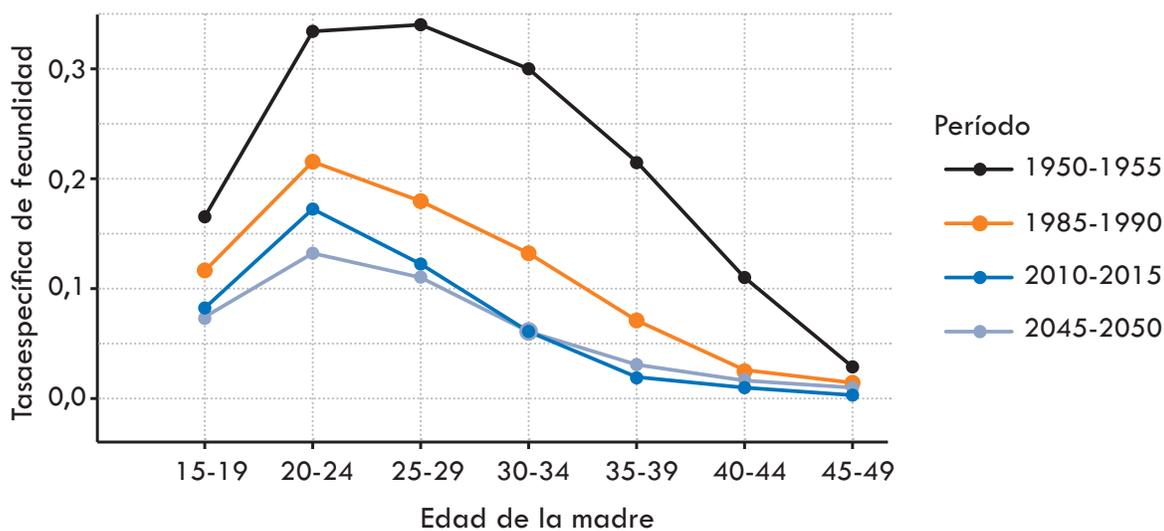
Gráfico 7: Tasa global de fecundidad en República Dominicana



Fuente: Elaboración propia a partir de ONE (2014)

Sin embargo, no solo el uso de métodos anticonceptivos genera dicho patrón sino también los cambios sociales, culturales, económicos, la reivindicación de los derechos de las mujeres en diferentes espacios (educación, trabajo, movilidad social) son transformaciones sociales que contribuyen a aumentar la autonomía femenina en diversos espacios, incluido el reproductivo.

Gráfico 8: Tendencia del patrón de fecundidad por edad

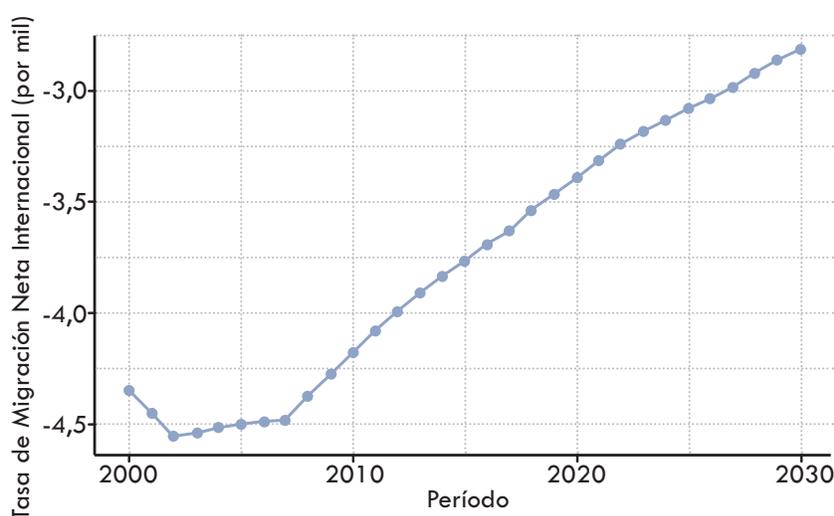


Fuente: Elaboración propia a partir de CELADE (2016)

1.3.2. La tendencia de la migración internacional

En términos de migración internacional, los datos evidencian una tasa neta de migración negativa, es decir, es mayor el número de personas emigrantes que de inmigrantes (Gráfico 9). No obstante, es necesario tener en cuenta que la tasa cada vez es menos negativa, por lo tanto, aunque hasta 2030 seguirán siendo menos las personas que inmigran y se asientan en República Dominicana respecto a aquellos emigran, la brecha cada vez es menor. De igual forma, comparada con la realidad del país respecto a las tasas de fecundidad y mortalidad, la contribución de la tasa neta de migración internacional al crecimiento poblacional es muy baja.

Gráfico 9: Tendencia de la tasa neta de migración internacional



Fuente: Elaboración propia a partir de ONE (2014)

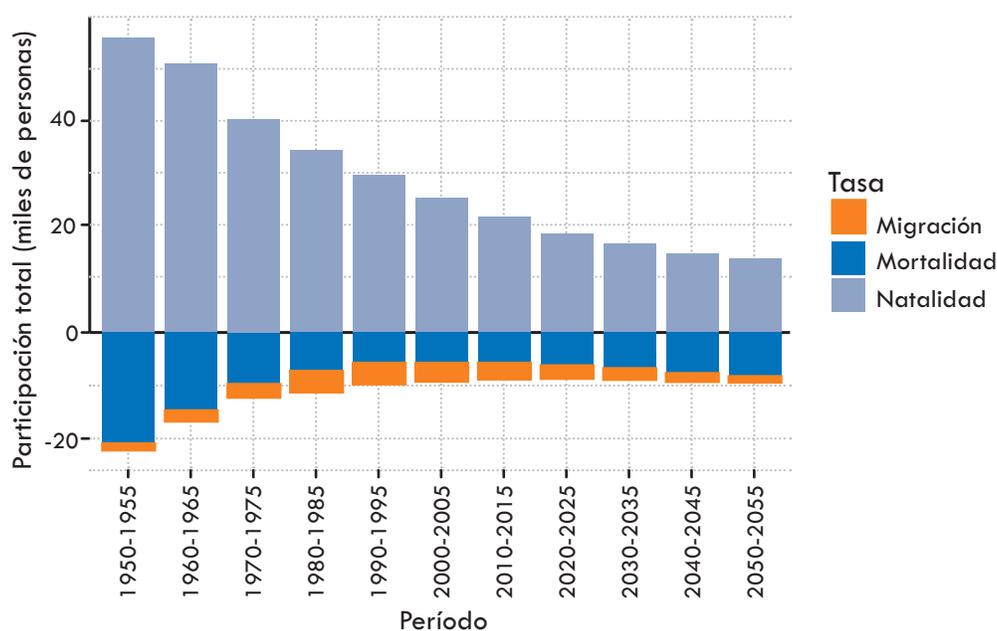
1.3.3. Contribución de los componentes de cambio al crecimiento poblacional

El Gráfico 10 permite evidenciar que la tasa bruta de natalidad es el componente que más contribuye al cambio en el crecimiento poblacional del país, mientras que la contribución de la migración neta internacional es muy baja. Al 2050, el cambio en el volumen de población total sigue siendo positivo, toda vez que siguen siendo más las personas que nacen respecto a aquellos que fallecen o emigran del país. No obstante, en coherencia con lo descrito previamente, la reducción en la tasa bruta de natalidad y mortalidad es evidente en todo el periodo de estudio. Los cambios más significativos están entre los quinquenios iniciales hasta 1990-1995, periodo a partir del cual es posible identificar cierta desaceleración en el ritmo de descenso de las tasas. De igual forma, la brecha de participación entre componentes cada vez es menor, generando una disminución en el ritmo de crecimiento de la población.

1.3.4. La dinámica poblacional por zona de residencia

La tasa de crecimiento de la población —que se espera sea cercana a 0 en 2060— tiene un comportamiento disímil de acuerdo con la zona de residencia de las personas. En el caso del sector urbano, la tendencia es decreciente, especialmente entre 1960 y 1985, para luego subir por diez años antes de empezar a descender de nuevo (Gráfico 11).

Gráfico 10: Contribución de tasa bruta de natalidad, tasa bruta de mortalidad y tasa neta de migración internacional en la tasa de crecimiento total



Fuente: Elaboración propia a partir de ONE (2014)

El crecimiento poblacional en el sector rural, por el contrario, muestra ciertas particularidades que deben ser tenidas en cuenta. En primera instancia, la tasa de crecimiento poblacional rural baja de 22 por mil en 1950 a casi cero en 1980, repunta a 14 por mil en 1985, para posteriormente experimentar una tendencia a la baja hasta llegar a una tasa negativa de -33 por mil en 2010 y luego volver a subir a un poco menos de cero en 2050.

El comportamiento errático de la tasa de crecimiento poblacional rural solo es posible explicarlo por flujos migratorios rural-urbano. Por tanto, a partir de la tendencia de la tasa de crecimiento en la zona rural es viable tratar de inferir flujos de migración interna del campo hacia las ciudades. En el periodo 1950-1980 parece haberse dado una migración rural-urbana.

“La población dominicana mantuvo un nivel de movilidad geográfica relativamente alto, expresado en el mayor ritmo de crecimiento del número de migrantes interprovinciales, respecto del crecimiento de la población total: en el periodo la población multiplicó por 2,6 su valor, mientras el número de migrantes se mantuvo estable alrededor de la quinta parte de la población total, según Ariza, el 54 % del crecimiento urbano total en el periodo 1960-1970, fue debido al desplazamiento de población rural” (Jiménez Zabala, 1992).

Según (Jiménez Zabala, 1992), la migración en este lapso podría estar asociada con un proceso de industrialización de las ciudades que no condujo a la modernización de la agricultura. En ese orden de ideas,

las ciudades se modernizaron mientras el sector rural se quedó rezagado. Adicionalmente, la crisis del modelo agroexportador en la década de 1970 determinó la predominancia de las economías urbanas, en especial aquellas relacionadas con el capital financiero y comercial. “Según Ramírez et al. (1988), entre los factores decisivos para salir de la localidad de residencia anterior, se destaca en el caso de los hombres las razones económicas (búsqueda de trabajo, de mejor situación económica, etc.) (...) Las mujeres por su parte, atribuyen con mayor frecuencia su decisión de migrar a razones ligadas a la mantención de la integridad del grupo familiar” (Jiménez Zabala, 1992).

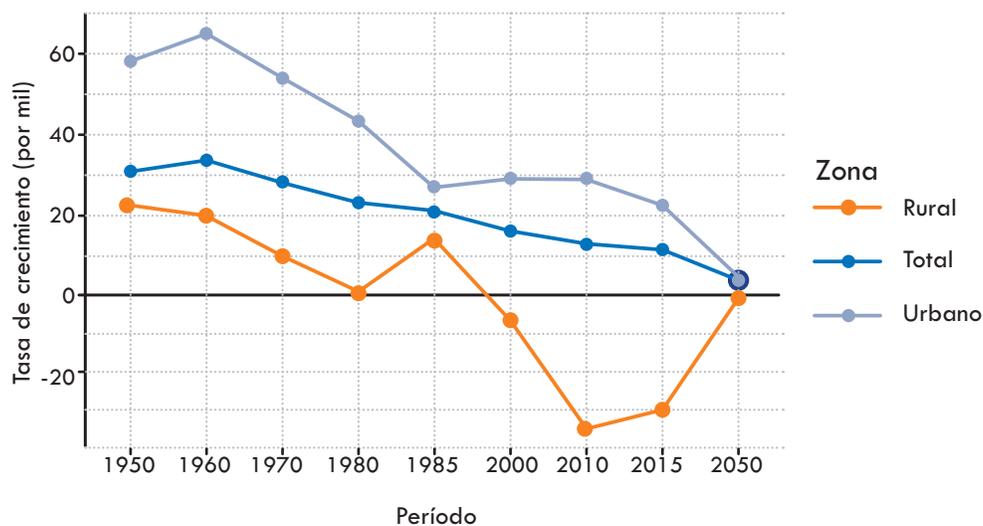
En el periodo 1980-1985 se da un crecimiento de la población rural que según (Jiménez Zabala, 1992) podría asociarse a migración de retorno, es decir, personas que previamente habían migrado a zonas urbanas y regresan por situaciones adversas o por haber cumplido sus objetivos al dejar el campo. A partir de 1985 y hasta el 2010, nuevamente se incrementa de manera significativa la migración rural-urbana, a tal punto que se producen tasas negativas de crecimiento en la población rural. Según (Montero Sánchez, 2013), esta dinámica puede atribuirse a la concentración de la inversión pública y el acceso a servicios públicos en las zonas urbanas, acompañado de un mejor desempeño en los indicadores de desarrollo humano.

Por otra parte, las crisis financieras de 2003 y 2008 empeoraron las condiciones de vida de dominicanos y, por lo tanto, podría encasillarse como una de las posibles causas de la acentuada migración rural-urbana que concluyó en 2010. La inflación promedio en el periodo 2000-2004 fue 20,15 %, mientras que entre 1996 y 2000 registró 6,64 %. Según (Del Rosario, Morrobel, & Martínez, 2009), para 2005 el 57 % de los habitantes rurales eran pobres y 14 % pobres extremos y, en esa dirección, el peso relativo de la pobreza rural era aproximadamente dos veces la correspondiente a la urbana. En 2008, las exportaciones de azúcar y tabaco –principales productos de exportación dominicanos– disminuyeron 7,3 % y 19,4 %, respectivamente. En ese mismo año se perdieron más de 30 mil empleos en las zonas francas del norte del país.

Este marcado aumento de los flujos migratorios lleva a un decrecimiento del volumen de población rural, es decir a un fuerte despoblamiento del campo. Sin embargo, a partir del 2010 se revierte nuevamente la tendencia de la tasa de crecimiento rural, aunque se espera que solo en 2050 se logre el crecimiento cero. Entre 2010 y 2015 se observa la menor tasa de crecimiento rural, la mayor expulsión de población del campo a la ciudad, que podría asociarse con la crisis financiera que experimentó el país, la devaluación y el retiro de las políticas de fomento al campo. Esta dinámica rural no solo afecta la tasa de crecimiento poblacional en el campo, sino también el volumen de población urbana y la estructura de edad en cada una de las zonas de residencia de República Dominicana.

Consecuencia de los flujos migratorios rural-urbano y del descenso de la fecundidad y la mortalidad, se da un aumento sistemático del porcentaje de población urbana y un descenso de la rural durante todo el periodo de análisis, a tal punto que a partir de 1980 se revierte la distribución de la población por zona de residencia. Mientras en 1950 el 76 % de la población vivía en el campo, en 1980 lo hace el 50 %, y se espera que en 2050 casi el 90 % de la población viva en las zonas urbanas. Es decir, durante todo el periodo de estudio se da un proceso de densificación de los entornos urbanos y un despoblamiento del campo.

Gráfico 11: Tendencia de la tasa de crecimiento total por zona de residencia
Panel a)

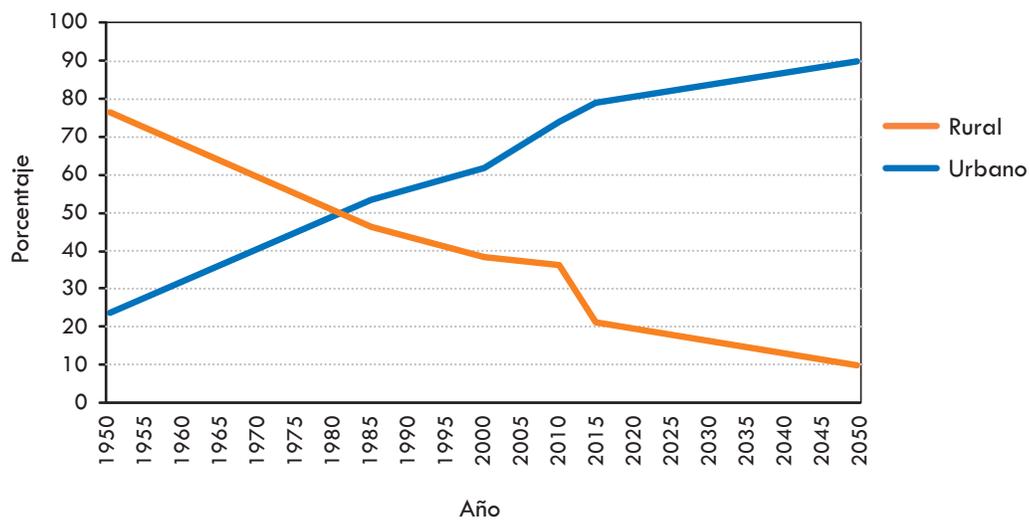


Panel b) porcentaje

| Período | Urbano | Rural | Total |
|---------|--------|-------|-------|
| 1950 | 58,2 | 22,0 | 30,7 |
| 1985 | 26,8 | 14,2 | 21,0 |
| 2000 | 28,9 | -6,2 | 15,6 |
| 2010 | 28,9 | -33,2 | 12,9 |
| 2015 | 22,1 | -29,1 | 11,4 |
| 2050 | 4,3 | -1,5 | 3,7 |

Fuente: Elaboración propia a partir de CELADE (2016)

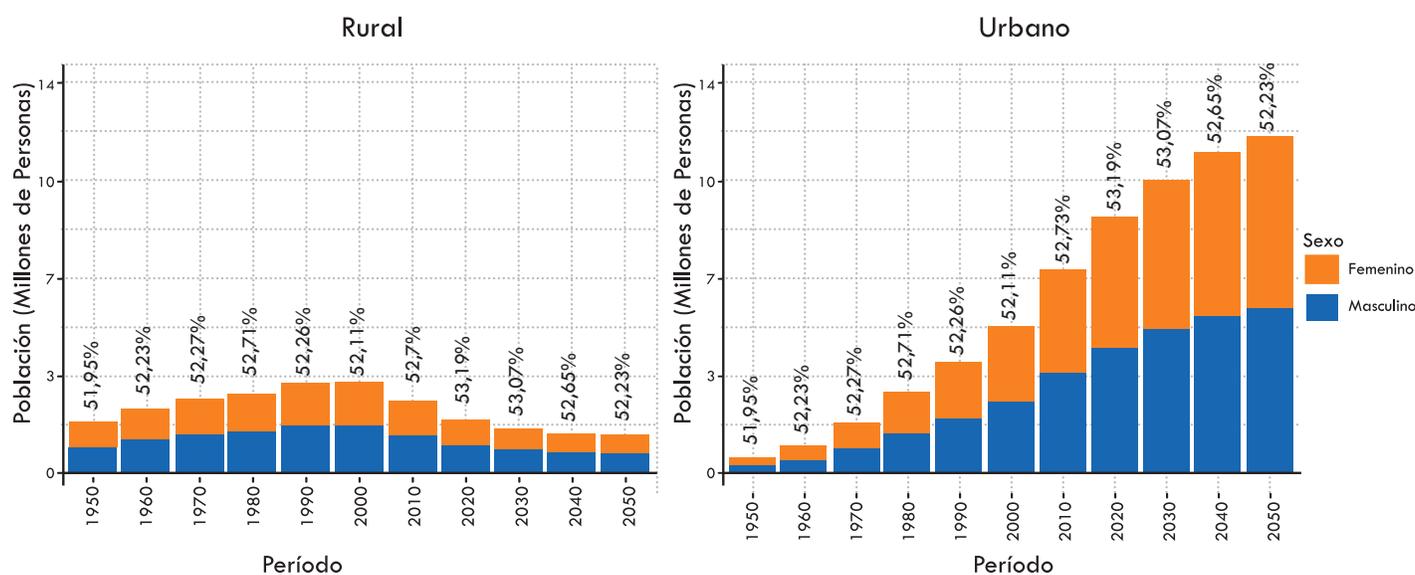
Gráfico 12: Tendencia de la distribución de la población por zona urbana y rural



Fuente: Elaboración propia a partir de CELADE (2016)

Finalmente, el Gráfico 13 muestra la tendencia de volumen de población total desagregado por sexo y zona de residencia. La comparación de la evolución del volumen de población por zona evidencia con claridad lo que se ha venido afirmando: una densificación de la zona urbana y un despoblamiento de la zona rural, en especial a partir del año 2000 cuando disminuye el número absoluto de población rural. Tanto para el sector urbano como rural, durante todo el periodo de estudio son los hombres quienes predominan en la población, aunque las diferencias en la distribución por sexo no son significativas. La fuerte migración rural-urbana y la distribución similar por sexo entre zonas urbanas y rurales llevan a plantear que en el país se ha dado una migración no selectiva por sexo, sino una migración de familias completas.

Gráfico 13: Tendencia del volumen de población total por sexo y zona de residencia



Fuente: Elaboración propia a partir de ONE (2014)

Una vez analizadas las características generales del proceso de transición demográfica en República Dominicana se procederá al estudio detallado de los tres tipos de envejecimiento identificados. En primera instancia se describirá el envejecimiento individual, poniendo énfasis en la evolución de la expectativa de vida de los dominicanos, la feminización del envejecimiento y, como parte del análisis cualitativo, la percepción que tiene la población sobre la vejez.

1.4. Envejecimiento individual

La transición demográfica es un proceso que toma varios años para consolidarse y se asocia, de acuerdo con (Flórez, Villar, Puerta, & Berrocal, 2015) “a un proceso de envejecimiento de la población, entendiendo envejecimiento como el aumento de la edad cronológica”. Los estudios demográficos establecen que el principal indicador del envejecimiento individual es la esperanza de vida de la población, tanto al nacer como a años específicos. En efecto, el número de años que esperan vivir las personas es información relevante para definir qué tan longeva es una sociedad y, por lo tanto, los arreglos institucionales que deben establecerse con

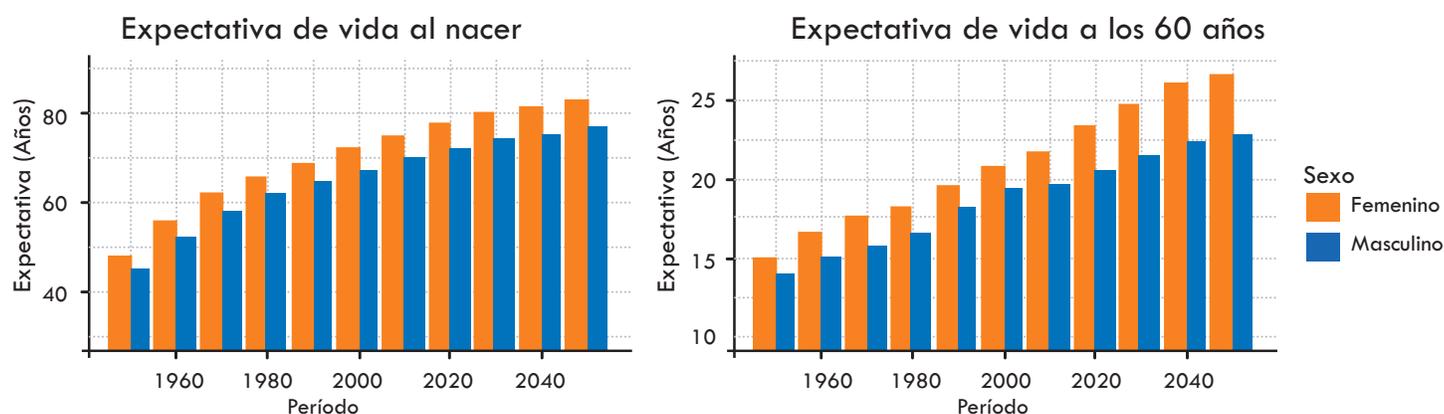
base en la estructura social. Paralelamente, dado que la expectativa de vida está definida como el número de años que una persona espera vivir si durante toda su vida se somete a las condiciones de mortalidad por edad observadas en el periodo de estudio, su comportamiento depende de aspectos ambientales y de acceso a servicios básicos, como también de factores culturales y sociales propios de cada país o región.

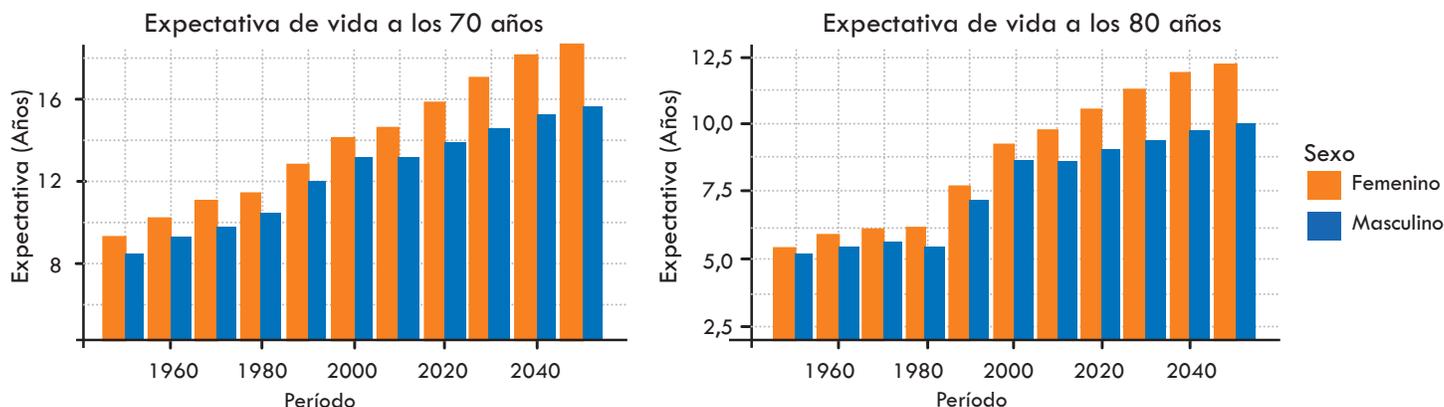
1.4.1. Una mayor longevidad

El indicador más representativo para el análisis del envejecimiento individual es la expectativa de vida al nacer y a edades específicas, definida como el número de años que en promedio esperaría vivir una persona si durante toda su vida estuviera sometida a las condiciones de mortalidad por edad observadas en el periodo de estudio (CELADE, 2008). De esa forma, un proceso de envejecimiento individual está caracterizado –principalmente– por el aumento de la expectativa de vida, que a su vez responde, de acuerdo con (Flórez, Villar, Puerta, & Berrocal, 2015), “al cambio en las causas de muerte (las causas endógenas cobran más importancia frente a las causas exógenas)”.

El Gráfico 14 presenta las expectativas de vida al nacer y a los 60, 70 y 80 años, discriminado por sexo para el periodo entre 1960 y 2040. Para cada una de las edades, la expectativa de vida aumenta a través del tiempo, siendo las mujeres quienes, en promedio, más años esperan vivir. En 1960 la expectativa de vida al nacer para los hombres era aproximadamente 46 años, mientras las mujeres esperaban vivir alrededor de 49 años. En contraste, en 2020 se espera que la esperanza de vida al nacer sea de 72 años para hombres y 78 para mujeres. Al final del periodo de estudio (2040) será más o menos 78 y 82, respectivamente. Es decir, durante el periodo de análisis la expectativa de vida aumenta en 32 años en los hombres y 33 años en las mujeres. Es evidente el aumento de la longevidad de la sociedad dominicana.

Gráfico 14: Expectativas de vida al nacer, a los 60, 70 y 80 años a través del tiempo





Fuente: Elaboración propia a partir de ONE (2014)

El análisis de la esperanza de vida a los 60, 70 y 80 años permite evidenciar en mayor medida el incremento en la longevidad, y por ende el proceso de envejecimiento individual en República Dominicana. Mientras en 1960 un hombre de 60 años esperaba vivir aproximadamente 13 años adicionales, en 2020 la cifra asciende a 21 años y en 2040 aumenta a 23. En el caso de las mujeres, en 1960 una mujer de 60 años esperaba vivir 15 años más, en 2020 sube a 24 años y en 2040 alrededor de 27 años adicionales. Es decir, en los hombres la esperanza de vida a los 60 años aumenta 10 años, mientras que en las mujeres aumenta 12 años.

Aumentos también significativos se observan en la esperanza de vida a los 70 y 80 años. Por ejemplo, en 2020 se espera que un hombre de 70 años viva alrededor de 13 años más y, en el caso de las mujeres, 16 años adicionales. Finalmente, en 2040 los hombres de 80 años vivirán en promedio 10 años más y las mujeres alrededor de 12 años. Al comparar las cifras de 2020 y 2040 con la esperanza de vida a los 70 años en 1960 (cuando una mujer de 70 años esperaba vivir alrededor de 9 años adicionales) se evidencia el envejecimiento individual de la población dominicana conforme pasa el tiempo.

El Cuadro 1 presenta información calculada por (CELADE, 2017) sobre la esperanza de vida en la región en cinco quinquenios. Respecto a los países del Caribe, para el quinquenio 2015-2020, República Dominicana registra una expectativa de vida ligeramente superior a la media del grupo de comparación. No obstante, la esperanza de vida al nacer únicamente es superior a la registrada por Granada (73,89), Haití (63,85), San Vicente y las Granadinas (73,29) y Trinidad y Tobago (70,74), por lo tanto es menor a la mediana de la región Caribe en su conjunto.

Las proyecciones para el último quinquenio de análisis (2060-2065) muestran un aumento de aproximadamente siete años en la esperanza de vida de los dominicanos, aunque la comparación con el resto de países del Caribe se mantiene idéntica.

Cuadro 1: Esperanza de vida al nacer para 31 países de América Latina y el Caribe (1965-2065)

| | 1965-1970 | 2000-2005 | 2015-2020 | 2030-2035 | 2060-2065 |
|------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| América Latina y el Caribe | 58,9 | 72,1 | 75,7 | 78,8 | 84,0 |
| El Caribe | 61,0 | 69,9 | 73,4 | 76,3 | 80,4 |
| Antigua y Barbuda | 65,0 | 74,0 | 76,6 | 79,1 | 84,0 |
| Bahamas | 65,2 | 73,1 | 75,9 | 78,3 | 83,2 |
| Barbados | 64,5 | 73,5 | 76,1 | 78,6 | 83,3 |
| Cuba | 68,4 | 77,1 | 80,0 | 82,6 | 86,7 |
| Granada | 63,0 | 70,8 | 73,8 | 76,0 | 80,5 |
| Haití | 46,2 | 58,3 | 63,8 | 67,8 | 73,4 |
| Jamaica | 67,6 | 72,7 | 76,1 | 78,1 | 82,5 |
| República Dominicana | 56,9 | 71,0 | 74,0 | 76,5 | 81,1 |
| San Vicente y las Granadinas | 63,9 | 70,7 | 73,2 | 74,9 | 78,6 |
| Santa Lucía | 61,5 | 72,0 | 75,5 | 77,8 | 82,2 |
| Trinidad y Tobago | 64,7 | 68,6 | 70,7 | 72,3 | 75,9 |
| Centroamérica | 58,5 | 73,8 | 76,7 | 79,6 | 84,5 |
| Belice | 64,2 | 68,5 | 70,4 | 72,3 | 76,2 |
| Costa Rica | 65,1 | 77,8 | 80,1 | 82,7 | 86,6 |
| El Salvador | 53,9 | 69,6 | 73,8 | 77,0 | 82,3 |
| Guatemala | 50,1 | 69,0 | 72,6 | 75,6 | 80,6 |
| Honduras | 51,0 | 70,9 | 73,8 | 76,5 | 81,4 |
| México | 60,2 | 74,8 | 77,5 | 80,3 | 85,3 |
| Nicaragua | 51,9 | 70,9 | 75,9 | 79,4 | 84,7 |
| Panamá | 64,3 | 75,5 | 78,1 | 80,7 | 84,8 |

Fuente: CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe Derechos de las personas mayores. Retos para la interdependencia y autonomía. 2017

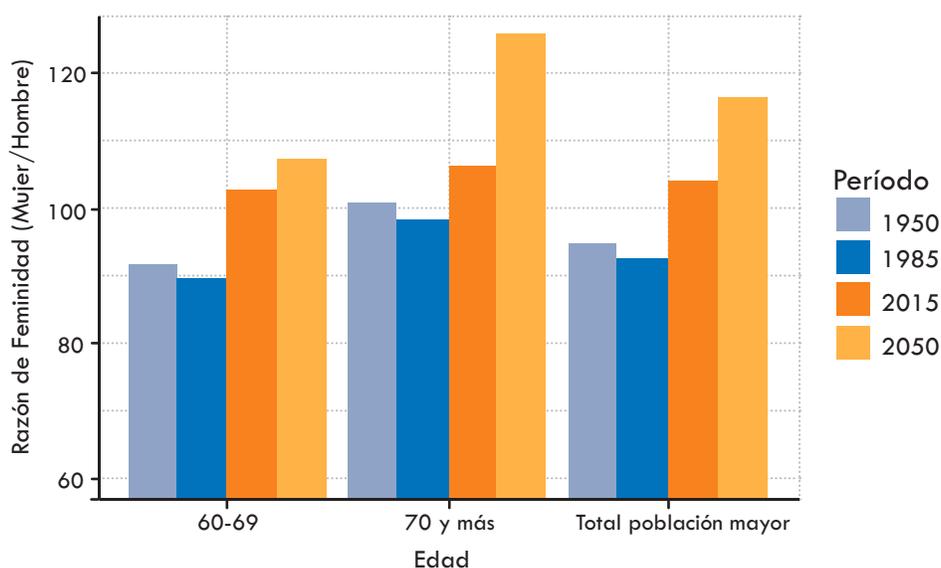
1.4.2 Feminización del envejecimiento

Los cambios en la esperanza de vida a edades exactas de la población dominicana permiten evidenciar una mayor longevidad en las mujeres y por ende una mayor sobrevivencia de mujeres, lo cual lleva a una feminización del envejecimiento. Siguiendo la tendencia regional, a medida que envejece la población, las mujeres adquieren un mayor peso relativo en las edades más altas del ciclo vital (Gráfico 15). El hecho en mención es una consecuencia previsible de la expectativa de vida para las mujeres, especialmente a los 60, 70 y 80 años. Desde el inicio del ciclo vital se espera que las mujeres vivan más años, no obstante, una vez los individuos son personas mayores la brecha se amplía. Citando a la Organización Mundial de la Salud, (Cardona Arango & Peláez, 2012) establecen que la feminización del envejecimiento hace parte – junto a la enfermedad, el riesgo de discapacidad y la demanda de asistencia social– del grupo de factores que representan un desafío en términos de salud para las poblaciones envejecientes.

Dentro del grupo de personas mayores, la tendencia de la razón de feminidad evidencia que el cambio más significativo al comparar los años 2015 y 2050 se concentra en las personas de 70 y más (Gráfico 15), es decir, a medida que aumenta la edad cronológica de los individuos incrementa el número de

mujeres por cada 100 hombres. La feminización del envejecimiento es un insumo muy importante de cara a la formulación de políticas públicas. En retrospectiva, gran parte de las mujeres mayores de hoy no accedieron al sistema educativo ni a los mercados laborales formales y, por lo tanto, la preparación económica para la vejez vía pensiones constituye un desafío. Así mismo, la estructuración de los sistemas de cuidado también debe tener en cuenta esta particularidad. Hacia el futuro, la feminización del envejecimiento es una alerta para promover políticas que contribuyan a la equidad de género, especialmente en todos aquellos aspectos que les permitirán a las mujeres estar mejor preparadas para asumir la fase de desahorro que implica la vejez.

Gráfico 15: Tendencia de la razón de feminidad en la población adulta mayor por grupos de edad

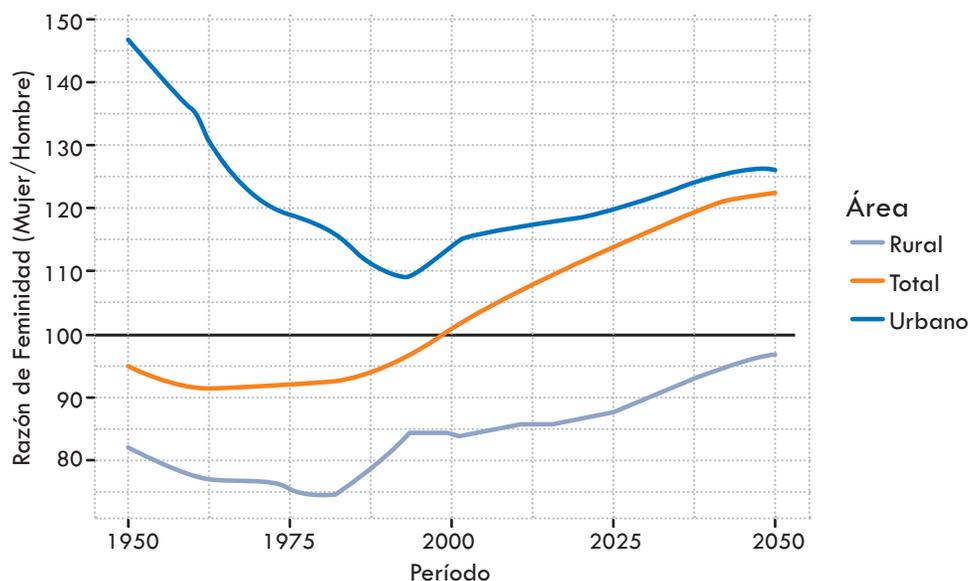


Fuente: Elaboración propia a partir de ONE (2014)

Aunque los datos agregados permiten dimensionar la feminización del envejecimiento en República Dominicana, es necesario tener en cuenta que la tendencia identificada no es homogénea de acuerdo con la zona de residencia de la población.

En el Gráfico 16 se presenta la razón de feminidad para la zona urbana, rural y total desde 1950 hasta 2050. Iniciando la segunda mitad del siglo XX había mayor proporción de mujeres únicamente en la zona urbana, mientras que en el sector rural había aproximadamente 82 mujeres por cada 100 hombres. A medida que avanza el proceso de transición demográfica, y que sobreviven más mujeres que hombres en las edades adultas mayores, aumenta la razón de feminidad tanto en zonas urbanas como rurales. Se estima que en 2050 en las ciudades habrá alrededor de 125 mujeres por cada 100 hombres, mientras en el entorno rural, aunque la tendencia también es positiva, en 2050 habrá 97 mujeres por cada 100 hombres.

Gráfico 16: Tendencia de la razón de feminidad en la población adulta mayor por zona de residencia



Fuente: Elaboración propia a partir de CELADE (2016)

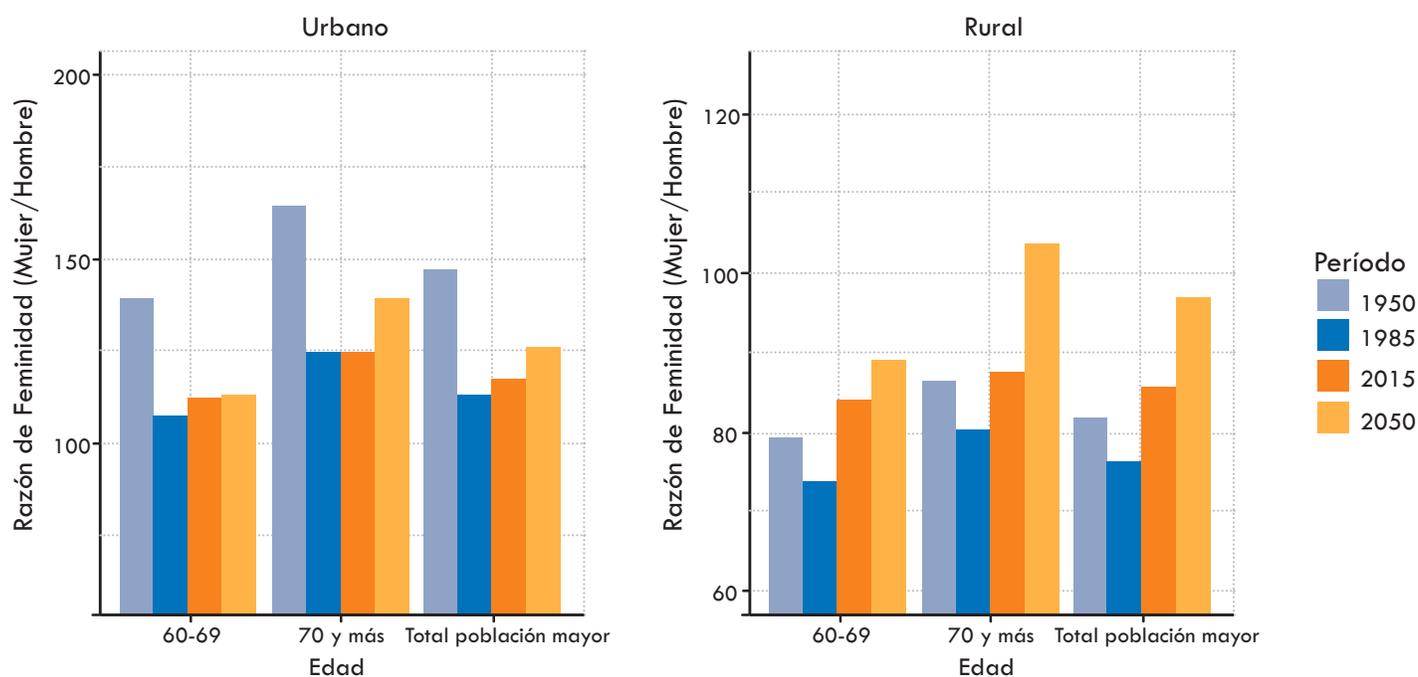
Finalmente, la razón de feminidad en las personas mayores desagregada por zona de residencia permite identificar una tendencia al alza que se consolida conforme pasa el tiempo. En las proyecciones, especialmente para 2050, es evidente el aumento del número de mujeres por cada 100 hombres tanto en la zona rural como en la urbana (Gráfico 17). Además, es necesario tener en cuenta que la tendencia positiva de la razón de feminidad se explica, en mayor proporción, por la distribución entre hombres y mujeres de 70 años y más. En el sector rural, en el grupo de edad de 60 a 69 años sigue habiendo menos de 100 mujeres por cada 100 hombres, incluso para las proyecciones de 2050 y, en el caso de las personas de 70 y más, únicamente en las proyecciones para 2050 la razón de feminidad será mayor de 100. No obstante, para personas de 70 y más del sector urbano hay más mujeres que hombres, incluso desde 1950.

1.4.3. Percepción de envejecimiento y vejez en las personas mayores

Hay varios elementos que son importantes a la hora de comprender la percepción de la vejez en las personas de los grupos focales. Primero se abordará la percepción de la vejez de las personas entre 40 y 59 años para trazar elementos fundamentales que reaparecen en las personas mayores de manera diferente. Luego, ya tratando con las personas mayores, se dividirá la percepción entre elementos referentes a la experiencia, a la bendición que es llegar a mayor, a la disminución y a la desprotección.

En primer lugar, hay una identificación formal de la vejez como el proceso de cumplir más de cierta edad, concretamente los 60 años (que es la edad estándar en política pública). Sin embargo, se evidencia en la

Gráfico 17: Tendencia de la razón de feminidad en la población adulta mayor por grupos de edad y zona de residencia



Fuente: Elaboración propia a partir de CELADE (2016)

diferencia entre las personas que tienen más de 60 años y los que tienen entre 40 y 59. Mientras las personas mayores, cuando identifican la vejez de manera formal suelen hacer referencia a otros elementos de la edad (que serán abordados luego), los entrevistados más jóvenes tienen perspectivas diferentes.

¿Para ustedes qué significa ser una persona mayor? ¿Don Cilo, qué me podría responder?

Una persona mayor es aquella que abarca de los 50 a los 60 en adelante, una persona que tiene ciertas vivencias, eso. (GF Hombres 60+, Central urbano, Santo Domingo).

¿Qué significa ser una persona mayor o una persona envejeciente?

La edad (GF Mixto 60+, Norte rural, Quebrada Honda).

Una persona envejeciente es una persona cuya edad son de los sesenta años en adelante.

Eso mismo.

A bueno, lo mismo que dijo él, una persona de sesenta años en adelante.

Bueno para mí es una persona que ya esté llegando a los setenta años, como yo tengo sesenta y nueve años. (GF Mixto 60+, Sur rural, El Llano).

La gran mayoría de los elementos que serán abordados más adelante se desprenden de una noción formal de la vejez. Sin embargo, es importante mencionar este elemento tan general porque las personas entrevistadas pertenecientes al grupo de 40 a 59 años se desmarcan de la vejez llevando la edad formal de la vejez más allá de los 80 años.

Entiendo, ¿alguien quiere dar otra opinión? acerca de ¿qué significa ser envejeciente o qué significa envejecer? Sí, Elidania.

*Yo comprendo como envejeciente una persona mayor, de hartos años, como de ochenta, noventa años, porque yo todavía me siento joven, todavía porque tengo cuarenta y dos años. (GF Mixto 40-59, Sur rural, El Llano).
Una persona vieja ya viene entrando como a los noventa por ahí. (GF Mixto 40-59, Sur urbano, San Juan).*

El desmarque de las personas más jóvenes de los Grupos Focales frente a la vejez puede ser el resultado de una valoración negativa de esta. Con dicha valoración negativa, las personas más jóvenes se esfuerzan en desmarcarse de la edad formal de pertenecer al grupo poblacional Adulto mayor llevándola al extremo, o poniendo énfasis en otros elementos de la vejez.

Una envejeciente es cuando ya entrando a la edad para mí, que ya van dejado de tomar su pequeño oficio que puede hacer ya, tiene que venir la segunda persona al lado.

Y ¿qué implica tener una mayor edad?

Bueno ya cuando pasamos sobre los 70, o hay mucha gente que antes, que por enfermedad, pero que ya después que va 70, 80 y así para allá, ya las fuerzas mandan, pienso yo (GF Mixto 40-59, Norte rural, Quebrada Honda).

Yo digo lo mismo que ellas, que una persona mayor ya es una persona avanzada, yo, yo pienso que una persona mayor ya es cuando está en los 60 para arriba, que necesita ayuda, no debería ya estar trabajando, se supone que debería ya estar pensionada, que en muchos sitios después de tener 80 años todavía está laborando, que no debería de ser. (GF Mixto 40-55, Este rural, Benerito).

Dentro de las personas mayores hay distintas formas diferentes de concebir la vejez, que serán abordadas más adelante y que en muchos casos nacen de concebirla como un cúmulo de años, siendo común en este grupo el desmarque de la vejez. Hay, de fondo, una noción de la vejez como reducción, como un momento de ausencia de cualidades y capacidades que es propio de personas ya muy mayores. Otro elemento que es recurrente dentro de las personas más jóvenes es identificar la vejez con cierta actitud.

Y ¿para usted qué edad sería empezar a ser viejo? Como cuánto más o menos.

Está más mental la cosa, cada vez más mental.

O sea, si yo le digo una persona de 70 años, para usted ¿qué es una persona de 70 años?

¿70 años? Igual.

¿Igual a qué?

Igual a la edad que uno está. (GF Mixto 40-55, Sur rural, El Llano).

¿Quién es un viejo, don Rafael?

Hay niños de 15 años que son más viejos que una persona de 70 años.

Pero también hay personas jóvenes que lucen como viejas, la vejez la cargan dentro.

Una vejez prematura.

Si tú te sientes joven, no importa que tengas 90, 80 o 100 años (GF Mixto 40-55, Sur urbano, San Juan).

En actitud, hay una clara diferencia con las personas mayores. Mientras en los adultos más jóvenes se propone la actitud como desmarque (y se acusa a la vejez de ser falta de actitud), en las personas mayores la actitud es vista de forma mucho más vital.

Bueno, entiendo que la edad depende del estado de ánimo de las personas porque hay personas que se sienten de 100 años aunque lo que tengan sea 50, pero hay otros que mantenemos, me incluyo en esa línea, el entusiasmo por la vida y le damos todos los días gracias a Dios, sobre todo cuando nos podemos levantar, alimentar y asear con nuestras propias manos y nuestras propias fuerzas; así que yo creo en la edad tanto como en los cosméticos, hay muchos que son productores de ellos y se han hecho ricos a través de eso, como en la logística, usted sabe que el que tiene se pone más joven, así que si es a esa edad o a la real yo me siento siempre joven (GF Mujeres 60+, Central urbano, Santo Domingo).

Si bien son pocas las referencias a la actitud por parte de las personas mayores, es dicente la diferencia entre los dos grupos etarios frente a la vejez.

Los siguientes elementos se centran mayoritariamente en las personas de más de sesenta años. Con el trayecto transcurrido de años, que deviene de la concepción formal de la vejez, viene una apreciación de esta como experiencia, es decir, una valoración positiva de la cantidad de años vividos. Hay una valoración positiva de la vejez.

Y que también ya cuando uno es mayor ya uno tiene más experiencia, ya uno sabe cómo se va a desenvolver más, poner cada cosa en su lugar, y todo, y ya una persona mayor tiene que comportarse tal como un mayor, como ya sea respetar y respetar a los demás, todo y así. (GF Mixto 60+, Sur urbano, (San Juan). Bueno, para mí la vejez es una experiencia más de la juventud porque, por ejemplo, la experiencia que tengo ahora no la tuve antes, hace 20 o 30 años atrás y ahora, por lo menos la tengo, cuando la crianza que nos dio mi mamá. (GF Mixto 60+, Central urbano, Bajos Ingresos, Santo Domingo).

Se valora el pasar de años como un acumular de experiencias y sabiduría que permite vivir mejor y tener más sabiduría.

Yo diría que una persona mayor es una gran experiencia, porque ya cuando llega uno a mayor ya sabes que debemos acercarnos más al Señor y buscar más de Él, y siempre estar pensando en las cosas de Dios, en que tenemos esa gran experiencia que el Señor nos ha dado. Y entonces, así, también lo podemos compartir con los demás. (GF Mujeres 60+, Sur urbano, San Juan).

Dicha experiencia es vista como un don, como una cualidad de la persona mayor, que es importante resaltar con respecto a los otros grupos etarios, algo de lo que tienen que aprender.

Bueno, para mí una persona en edad es una persona donde adquiere un reconocimiento más elevado por los años, la experiencia, ya uno tiene otra forma de vida por el conocimiento donde uno pueda aconsejar a los demás principalmente a los jóvenes de esta época y para mí también es un don que el Señor nos ha regalado de darme unos añitos más. (GF Mujeres 60+, Central urbano, Santo Domingo). Para mí una persona mayor es distinto, es vivencia. Cuando ya una persona pasando por etapas de los años va llevando vivencias a su vida, la cual le da a los jóvenes, a los futuros jóvenes, entonces lo que nosotros vivimos hoy es lo que le vamos a ayudar al futuro del mañana, eso es ser una persona mayor. (GF Mixto 40-59, Central urbano, Santo Domingo).

La oportunidad de los jóvenes de hacer crecer sus experiencias de escuchar a las personas mayores se desprende de los ciclos de la vida. Para las personas mayores haber pasado ya por los lugares que los

jóvenes están frecuentando, les otorga cierta autoridad de opinión frente a ellos, con la mirada serena del tiempo pasado.

Otro tipo de respuesta común tiene que ver con Dios y con la bendición que es llegar a ser persona mayor (y más si se llega con salud).

Señor Julián, por ejemplo, ¿para usted qué significa ser una persona mayor?

Bueno, significa muchísimo porque es un privilegio para poder criar la persona que pueda llegar por lo menos a la edad mía de 86 años, por los escritos, por los escritos tengo 86 años, pero yo nací en el 26, son 91 años que yo tengo (GF Mixto 60+, Norte rural, Quebrada Honda).

Para mí una persona mayor es una persona primero de mucho respeto, luego una persona que ha vivido su juventud, ha vivido..., o sea su niñez y su juventud y cuando uno pasa a la edad de 60 años para allá, vamos a decir, es una persona que ha vivido tranquilamente y puede llegar a esa edad y es un privilegio llegar a esa edad y es una edad que ya uno comparte con sus hijos, con sus vecinos con estos, y mucha gente dice, yo estoy viejo pero la vejez no es una afrenta, es una bendición de Dios para mí. (GF Mixto 60+, Norte rural, Quebrada Honda).

Sin embargo, la vejez como bendición es matizada con la vejez como proeza. Es decir, llegar a ser persona mayor es una bendición porque es muy difícil llegar a ella, y puede ser considerado como un privilegio.

Ser una persona mayor para mí significa ya una persona de los 50 para allá, pero uno se sienta, al menos yo me siento orgullosa porque por lo menos todavía estoy en mi facultad, en mi facultad mental gracias al Señor, estoy viva, entonces yo le doy muchas gracias a Dios por eso y que estoy viendo a los míos, estoy viendo mis vecinos, mi gente, usted ve, porque hay que darle gracias a Dios y ya después que uno pase los 50, ya uno sabe que uno no es joven, ya uno es de mayor, muy mayor de edad, pero por lo menos si quiero, si puedo lavar una ropa mía, puedo lavarla, hacer cualquier cosa que pueda hacer aunque sea con todos mis achaques porque uno todos sus achaques le llegan, yo digo yo no me quejo porque tengo muchos achaques y si usted se acostumbra a quejarse, se cayó muerto, es que me duelen cinco cosas, no digo que me duele ninguna. (GF Mujeres 60+, Este urbano, San Pedro).

Pues nada, yo he tenido la dicha de llegar a ser una persona mayor, créame, eso es duro de llegar hoy en día a la edad que muchos de nosotros tenemos los más de 40 años, me refiero a la población mundial pues cada día con los problemas que hay a pesar de los desarrollos tecnológicos médicos, etcétera. Siempre todavía hay niños que mueren por deshidratación y eso es increíble, así que el hecho de que estemos aquí todos sanos y rozagantes, algunos hasta pasaditos de libras es una gran cosa o sea que nos podemos sentir felices y agradecidos de la vida. (GF Mixto 40-59, Central urbano, Santo Domingo).

Este elemento de vejez como privilegio, como cuesta, nos introduce la siguiente noción encontrada en el material empírico, la vejez como disminución. Para algunos de los participantes, la vejez es sinónimo de pérdida frente al pasado, es decir, ausencia de algo que se tenía. Es, de las nociones negativas de vejez, la más común.

Yo digo que una persona mayor, ya yo estoy mayor porque no es igual que cuando uno está joven, ya desde que uno está mayor ya comienza uno a sufrir de diferentes problemas de salud (GF Mixto 40-59, Sur urbano, San Juan). No, en un sentido que es una persona que hay que respetarla porque no tiene la misma capacidad que la juventud, que en juventud uno brinca, salta y patalea, el que hay que venerarla la persona

que llegué a cierta edad; principalmente como llegué yo a 82 años, que para mí eso son porque yo nací en 1936 y hasta esta fecha tengo 82. (GF Mixto 60+, Norte rural, Quebrada Honda).

Por el tiempo de años que ya tengo, ya debo tener conocimiento en ser envejeciente y darme cuenta qué me hace defectos en mi edad, en mi cuerpo. Entonces, como envejeciente que soy, los años según van cayendo, uno va empeorándose, pero ese empeoramiento también requiere esfuerzo que yo le ponga para poder sobrevivir. (GF Mixto +60, Centro urbano, Bajos Ingresos, Santo Domingo).

De un tiempo para acá, tengo un problema en la circulación de la sangre, tengo un desgaste en la rodilla, —otra mujer le pregunta que por qué está respondiendo todo eso y la señora Ventura dice— eso va en la vejez, la vejez es la salud y todo eso, por eso le estoy explicando, medicamentos caros. (GF Mixto +60, Centro Urbano, Bajos Ingresos, Santo Domingo).

La diferencia entre un viejo y un joven es que una persona joven es aquella que tiene, físicamente está apto para realizar cualquier actividad y un envejeciente es una persona que ya su estado físico ya no le permite, las fuerzas motoras para realizar actividades, por lo tanto una persona envejeciente es aquella que sus condiciones físicas, motoras están limitadas porque ha perdido parte de la fuerza. (GF Mixto 60+, Sur rural, El Llano).

Identificar a la vejez como una reducción del aspecto físico-salud o del espíritu y las capacidades de la juventud no es necesariamente natural. Sin embargo, asimilar la vejez como reducción o enfermedad es tan común que incluso hay personas entrevistadas que niegan su vejez, negando su condición de enfermedad, como se vio en la sección sobre actitud de las personas entre 40 y 59 años, sin embargo, también ocurre en las personas mayores.

Bueno, entiendo que la edad depende del estado de ánimo de las personas porque hay personas que se sienten de 100 años aunque lo que tengan sea 50, pero hay otros que mantenemos, me incluyo en esa línea, el entusiasmo por la vida y le damos todos los días gracias a Dios, sobre todo cuando nos podemos levantar, alimentar y asear con nuestras propias manos y nuestras propias fuerzas; así que yo creo que la edad tanto en los cosméticos, hay muchos que son productores de ellos y se han hecho ricos a través de eso como en la logística, usted sabe que el que tiene se pone más joven, así que si es a esa edad o a la real yo me siento siempre joven (GF Mujeres 60+, Central urbano, Santo Domingo).

Para finalizar, el último elemento para resaltar es la vejez como discriminación o exclusión, usualmente en el mercado laboral.

Envejeciente es una persona que ya ni empleo público le dan. Ya es una persona lamentable, o sea, ya no le dan empleo público. Yo tengo 65 años de edad, no lo aparento. Pero ya a mí no me dan empleo público, me pueden dar empleo en cualquier empresa privada por relación o algo, pero público no. Ya no. (GF Mixto 60+, Sur rural, El Llano).

A nosotros, a la persona mayor que así mente a la juventud no nos mira porque somos viejos. Bueno, para mí ya la persona mayor, ya casi 'tamos que ya no somos nada, porque, no nos dan empleo en ninguna empresa, ya nos tratan ya como que no somos nada y uno va a buscar trabajo, ¡ay no! Ya usted está muy vieja, usted no puede trabajar, si vamos allí nos salen con lo mismo siempre, ya yo no puedo conseguir trabajo en ninguna empresa, en ningún sitio. (GF Mixto 40-59, Este urbano, San Pedro).

Muy triste porque, como decía doña Juana, ¡eh!, las oportunidades son nulas, ¡eh!, ya no hay fuente de empleo para las personas en este país, ya los que pasan de los cuarenta y pico, no de los cincuenta, y los servicios de salud son pésimos, una situación muy difícil. (GF Mixto 40-59, Este urbano, San Pedro).

Yo creo que una persona envejeciente es cuando nosotros vivimos tiempo en República Dominicana y nos vamos allí a buscar un trabajo y no es posible ya porque aquí no lo emplean cuando tenemos equis cantidad de años, de edad, entonces para mí eso es una persona envejeciente donde usted no pueda trabajar lo que usted sabe porque el país no se lo permite o la ley. (GF Mixto 60+, Norte rural, Quebrada Honda).

La queja por la falta de oportunidades de conseguir empleo por la edad es recurrente en el material. Es interesante cómo el concepto de vejez se asocia con un doble escenario de pobreza, dibujado por la imposibilidad de conseguir recursos económicos de parte del mercado laboral y no tener una pensión que evitaría tener que buscar recursos en el mercado laboral. Para los entrevistados envejecer es difícil porque es complicado acceder a los medios materiales para tener una vida digna, y deben vivir de trabajos inestables, de la caridad o de algún familiar que les envía dinero. La queja por la desprotección y la exigencia de trabajo se articulan de forma similar.

1.5. Envejecimiento doméstico

De acuerdo con (Flórez, Villar, Puerta, & Berrocal, 2015), el envejecimiento doméstico hace referencia al incremento sistemático del número de personas mayores en los hogares, es decir, el aumento del peso relativo de los mayores de 60 años dentro de la composición por edad del hogar. Una de las principales consecuencias del envejecimiento individual es el aumento del número de personas mayores dentro de los hogares y, por lo tanto, de la estructura de edad de estos. La importancia del envejecimiento doméstico radica principalmente en los arreglos intergeneracionales acordados a nivel de hogar sobre temas como la contribución económica de los individuos, el cuidado y el proceso de toma de decisiones.

En 2013, en República Dominicana el 27,3 % de los hogares tenía al menos una persona de 60 años o más y en el 13 % habitaba al menos una persona de 70 años o más (Cuadro 2). Es decir, en más de la cuarta parte de los hogares hay por lo menos una persona adulta mayor. Los datos presentados difieren de acuerdo con la zona de ubicación de la población. Para el mismo año de análisis, en el entorno urbano el 25,9 % de los hogares tenía al menos una persona entre 60 y 69 años, mientras en el sector rural la proporción era del 31,1 % (Cuadro 2). Esto implica un proceso de envejecimiento doméstico rural más avanzado que el urbano, probablemente asociado a la migración rural-urbana de las décadas pasadas que dejó en el campo a la población de más edad.

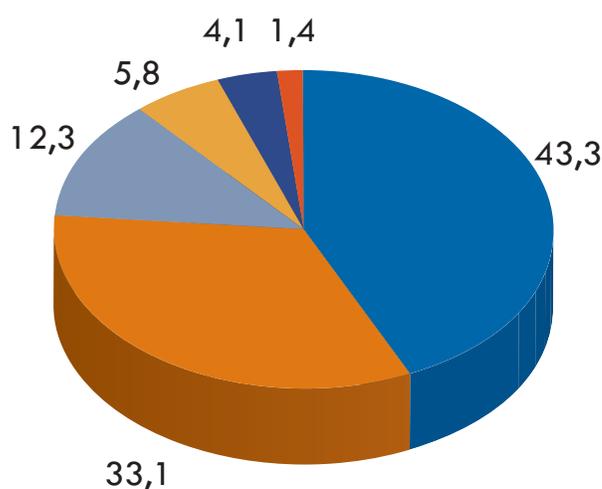
Cuadro 2: Tendencia del porcentaje de hogares con al menos un adulto mayor por grupos de edad

| Edad / Zona de residencia | 1991 | | | 2013 | | |
|---------------------------|--------|--------|----------------|--------|--------|----------------|
| | Urbano | Rural | Nivel nacional | Urbano | Rural | Nivel nacional |
| 60-69 | 13,1 % | 17,8 % | 14,9 % | 14,0 % | 15,4 % | 14,4 % |
| 70 y más | 12,0 % | 12,2 % | 12,0 % | 11,6 % | 15,6 % | 12,9 % |
| Total | 25,2 % | 30,6 % | 27,3 % | 25,9 % | 31,0 % | 27,3 % |

Fuente: Elaboración propia a partir de ENDESA (1991, 2013)

La organización de los hogares según la estructura familiar es una forma de responder a necesidades económicas (pobreza) como también de cuidado de personas mayores (envejecimiento). El Gráfico 18 presenta la distribución de los hogares dominicanos en 2013 según la estructura familiar por relación de parentesco con el jefe de hogar. Es importante resaltar que el 12,3 % de los hogares son monoparentales (solo está el jefe, sin cónyuge) y el jefe de hogar es una persona mayor, por lo tanto, asume responsabilidades relacionadas con el sostenimiento del hogar. Adicionalmente, alrededor del 10 % de los hogares son biparentales y la jefatura del hogar también recae en la persona mayor. Teniendo en cuenta que el 27,3 % de los hogares tiene al menos una persona mayor y que aproximadamente en el 22 % la jefatura recae sobre las personas de 60 años o más, es posible inferir que en República Dominicana los mayores desempeñan un rol muy importante dentro de sus hogares, toda vez que la jefatura implica asumir responsabilidades económicas y de cuidado, entre otras.

Gráfico 18: Estructura familiar de los hogares en República Dominicana



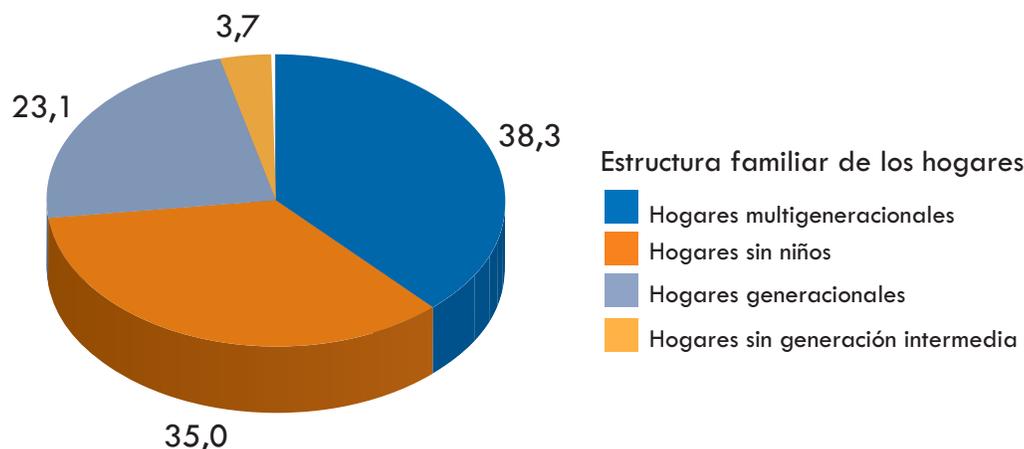
Tipo de Hogar

- Hogares biparentales (Jefe y cónyuge NO son personas mayores)
- Hogares monoparentales (Jefe NO es persona mayor)
- Hogares monoparentales (Jefe es persona mayor)
- Hogares biparentales (Jefe y cónyuge son personas mayores)
- Hogares biparentales (Jefe es persona mayor y cónyuge NO es persona mayor)
- Hogares biparentales (Jefe NO es persona mayor y cónyuge es persona mayor)

Fuente: Elaboración propia a partir de ENDESA (1991, 2013)

El cuidado también hace parte de los temas que definen los arreglos intergeneracionales de los hogares. En ese sentido, el envejecimiento doméstico puede determinar sistemas de cuidado entre los miembros del hogar que pueden direccionarse desde las generaciones jóvenes hacia los mayores o, por el contrario, desde las personas de 60 años y más hacia niños, adolescentes y adultos. En el Gráfico 19 se presenta la estructura familiar generacional de los hogares con personas mayores en República Dominicana.

Gráfico 19: Estructura generacional de los hogares con persona mayores en República Dominicana



Fuente: Elaboración propia a partir de ENDESA (1991, 2013)

La mayoría (38,3 %) de los hogares en donde vive al menos una persona mayor son multigeneracionales, es decir, cohabitan niños, generación intermedia (adolescentes y adultos) y personas mayores. Por su parte, el 35 % de los hogares no tiene niños, sino que conviven adultos y adultos mayores, mientras el 23,1 % de los hogares son generacionales, es decir, viven únicamente personas mayores. Solo el 3,7 % de los hogares no tiene generación intermedia, por lo tanto, cohabitan personas mayores y niños. Estos resultados indican que casi una cuarta parte de los hogares con adultos mayores está compuesta por solo adultos mayores, lo cual implica necesidades de cuidado de personas que no son parte del hogar o requiere reorganización de las estructuras familiares para atender el cuidado de los adultos mayores por personas del hogar.

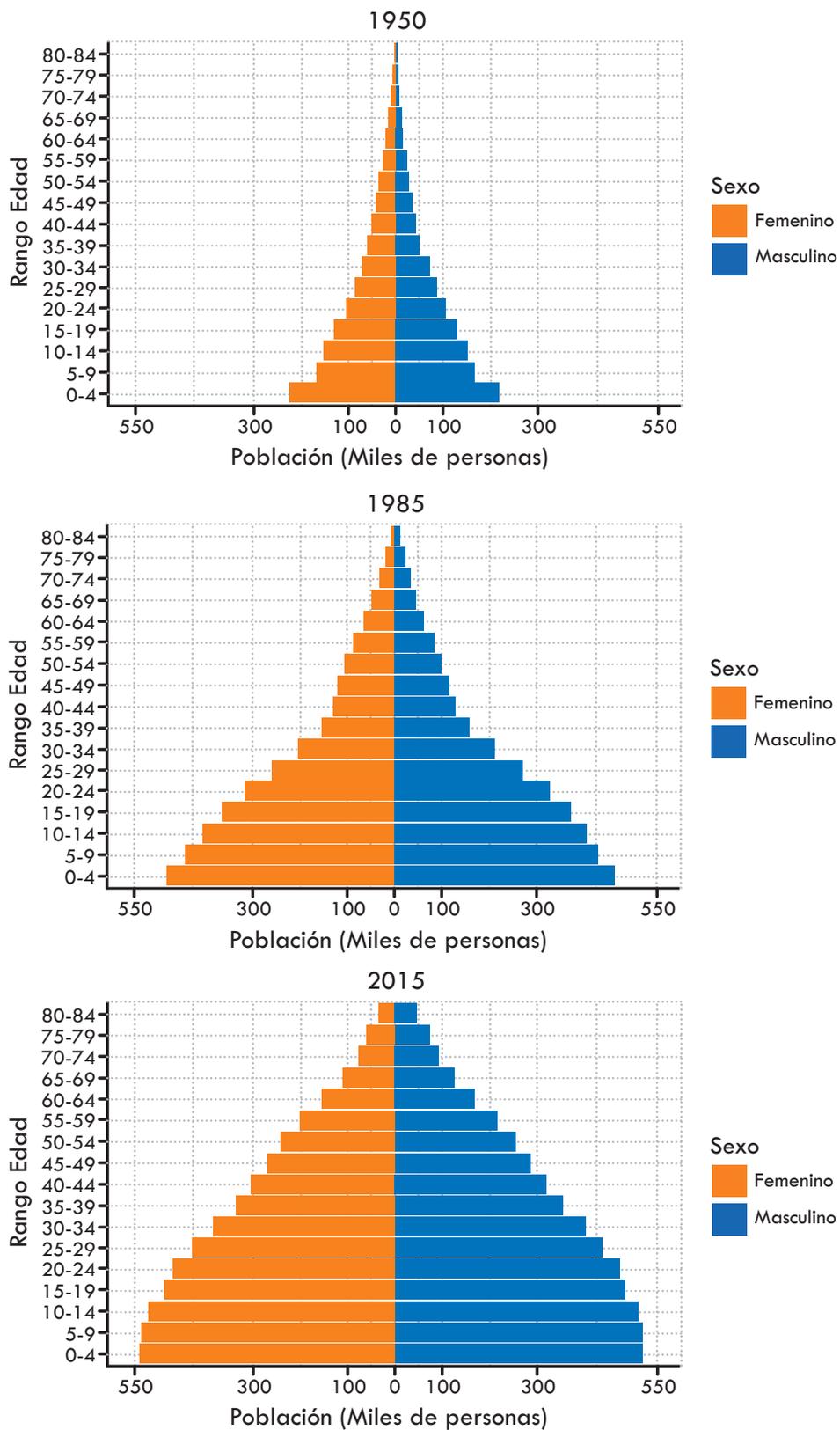
1.6. Envejecimiento demográfico

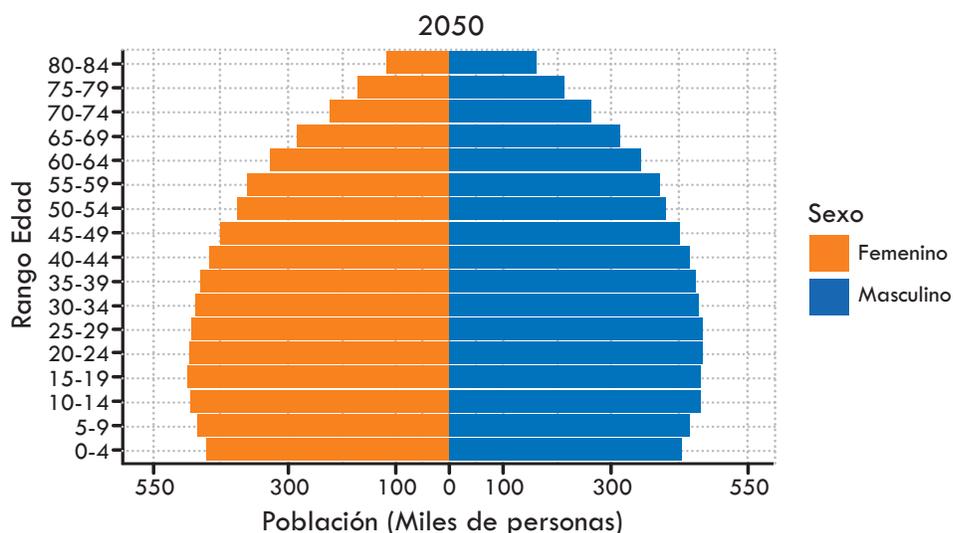
En esta sección se presenta el comportamiento de la población dominicana en un periodo de estudio que abarca un siglo (1950-2050). El objetivo es analizar el envejecimiento demográfico, es decir los cambios que República Dominicana ha experimentado en la estructura de edad de su sociedad a nivel agregado y por zona de residencia, así como la relación de dependencia y el índice de envejecimiento del país. La información analizada permite generar insumos relevantes para la formulación de políticas públicas que desde las diferentes áreas incorporan dentro del diseño las proyecciones sobre los cambios demográficos de país. De esa forma será posible mejorar la preparación de la sociedad de cara al envejecimiento de su población.

1.6.1. Los cambios en la estructura por edad y sexo

El Gráfico 20 muestra la evolución de las pirámides poblacionales de República Dominicana entre 1950 y 2050. El elemento más preponderante para la explicación del cambio de la estructura etaria es el cambio en la tasa de fecundidad. En 1950, antes del descenso de la fecundidad, la pirámide era en forma de cono invertido, de base ancha y punta estrecha. A medida que la fecundidad disminuye, se va transformando la pirámide hacia una forma más redonda con mayor peso relativo de los adultos y adultos mayores frente a los jóvenes. Hasta 2015 la composición etaria de la población dominicana permite evidenciar un dominio de niños, adolescentes y adultos jóvenes. No obstante, para 2050 la composición de edades se transforma y los adultos de mediana edad y las personas mayores empiezan a consolidarse como los grupos con una tasa de crecimiento más alta.

Gráfico 20: Cambios de la estructura poblacional por sexo y edad (1950, 1985, 2010, 2050)





Fuente: Elaboración propia a partir de ONE (2016)

En términos de volumen de población, en 2050 el grupo de edad de 60 y más será el único con crecimiento positivo y contabilizará cerca de tres millones de personas (Gráfico 21-panel a). Mientras en 1950 las personas mayores representaban el 2,7 % de la población total, en 2015 el porcentaje subió a 6,1 % y en 2050 alcanzará 15,2 %, 5 puntos porcentuales por encima del peso relativo de las personas entre 0 y 14 años (Gráfico 21 -panel b). De esta forma, el peso del grupo de adultos mayores se quintuplica mientras el de menores se reduce a la mitad durante el periodo de análisis, generando cambios en las demandas por servicios sociales de salud y cuidado, entre otros. Es interesante poner de relieve que estas cifras no son constantes durante toda la información que brinda la ONE. Hay algunos informes, como el de “Envejecimiento Demográfico” que presenta cifras que son diferentes a 2050.

Por su parte, el grupo de edad entre 15 y 59 años se consolida como el más representativo dentro de la sociedad, vislumbrando así un aumento cada vez más acelerado de las personas mayores en los años posteriores a 2050.

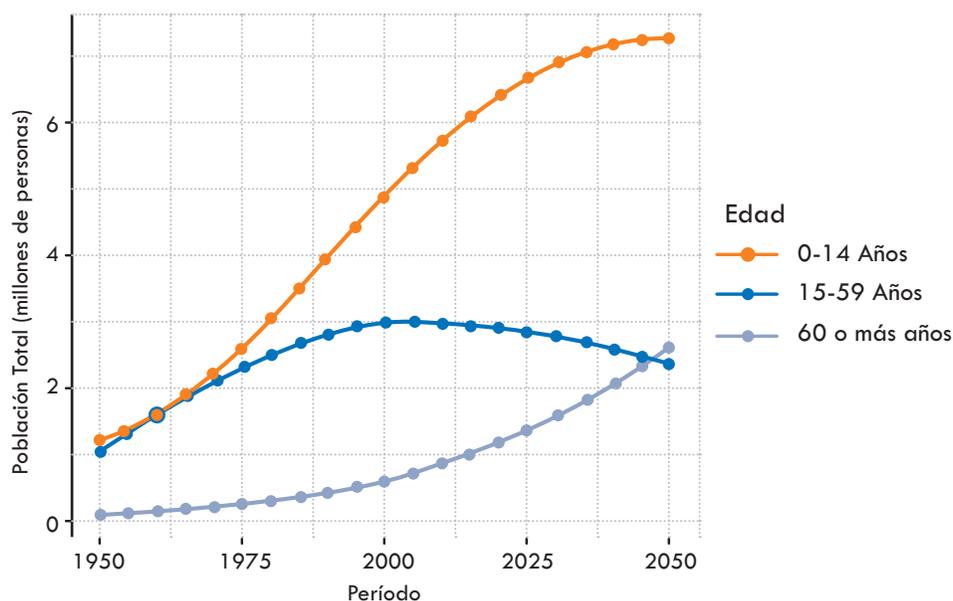
El panel b) del Gráfico 21 resume el proceso de envejecimiento dominicano. Por un lado, el grupo de edad 0-14 años pierde peso relativo respecto a los demás grupos etarios. Mientras en 1950 representaban 45,4 % de la población, en 2015 eran 31,4 % y en 2050 se proyecta que abarcará el 20,3 % de la población total.

Por otra parte, el aumento en la esperanza de vida impulsa el crecimiento relativo de las personas de 60 años y más⁴. La participación de los mayores en el total de la población pasó de 2,7 % en 1950 a 6,1 % en 2015 y se ubicará en 15,2 % en 2050. Finalmente, los cambios entre 2015 y 2050 respecto a las personas mayores evidencian el acelerado ritmo de crecimiento de esta población, comparado con el registrado por las personas entre 15 y 59 años.

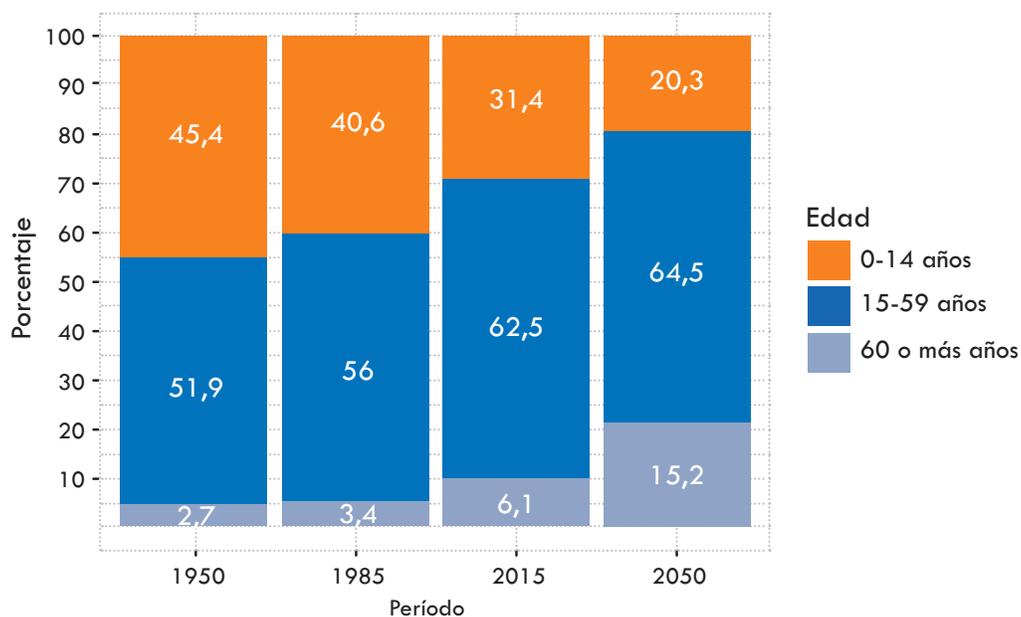
4. Es interesante tener en cuenta que los datos de ONE no tienen consistencia con los datos presentados por CELADE. Esto es evidente si se comparan los gráficos 21-b de ONE con 22-b de CELADE, donde para el último el envejecimiento es más acelerado.

Gráfico 21: Tendencia del volumen de la población total por rangos de edad

Panel a)



Panel b: Tendencia de la distribución relativa (%) de la población total por rangos de edad (0-14; 15-59; 60 o más). 1950-2050



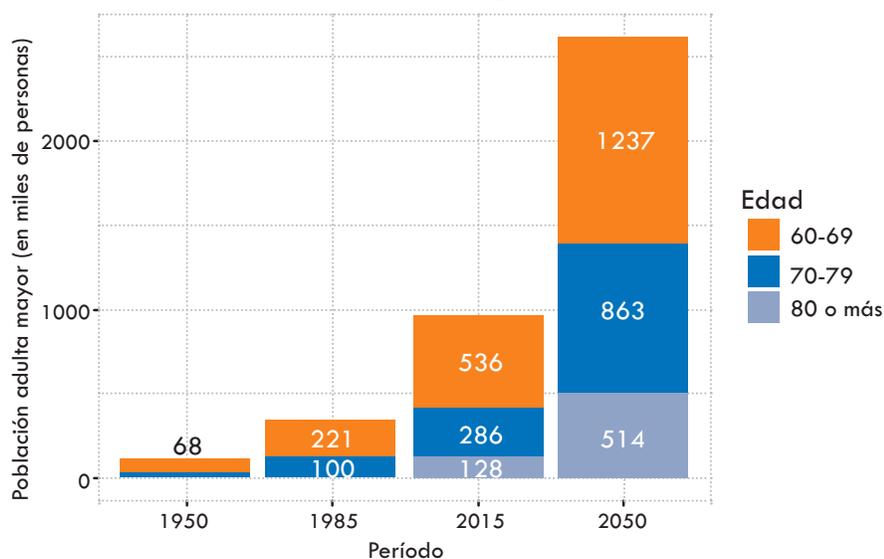
Fuente: Elaboración propia a partir de ONE (2014)

El proceso de envejecimiento implica no solo un aumento del peso del grupo de 60 años o más en la población total, sino un incremento también de los grupos de mayor edad dentro del grupo de adultos mayores. En primer lugar, la evolución de la estructura por edad de la población adulta mayor en su interior indica un envejecimiento de los longevos. En 2015, las personas entre 60 y 69 años representaban 56 %, aquellos que tenían entre 70 y 79 años eran el 30 % y las personas de 80 y más el 13,5 %. En 2050, el peso relativo

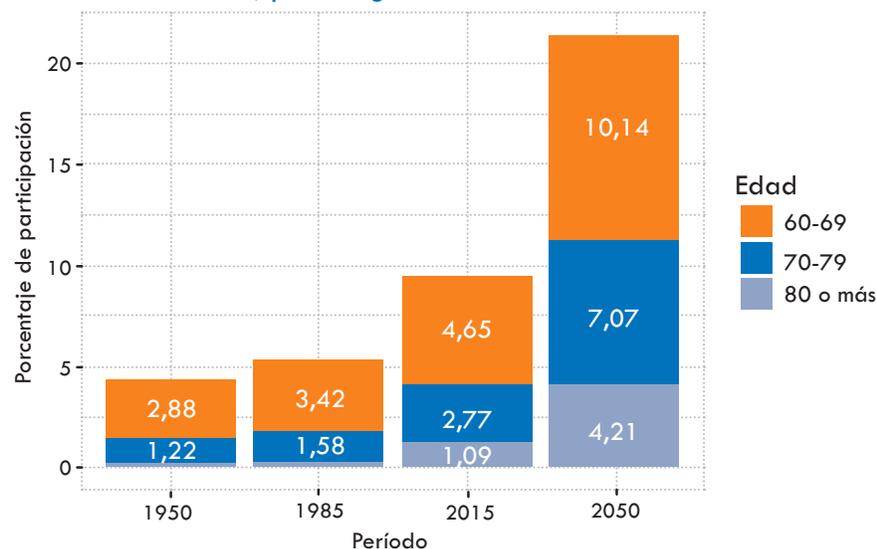
del primer subgrupo se reduce aproximadamente en nueve puntos porcentuales, es decir, registra una participación de 47 % sobre el total de personas mayores. Las personas entre 70 y 79 años serán el 33 % y, finalmente, los de 80 y más representarán el 19,7 %. En términos absolutos, entre 2015 y 2050, la población de 80 años o más se cuadruplica, mientras que la población de 60-69 años solamente aumenta 2,3 veces, es decir un poco más del doble (Gráfico 22 -panel a). Así, en coherencia con el incremento de la longevidad, conforme pasa el tiempo, incluso dentro del grupo de personas mayores es más alto el ritmo de crecimiento de la población con mayor edad cronológica, es decir se da un envejecimiento de las personas mayores.

Gráfico 22: Tendencia, volumen y porcentaje de la población mayor

Panel a) Tendencia del volumen de población de 60 años o más por rangos de edad. 1950-2050



Panel b) Tendencia del porcentaje de la población de 60 años o más respecto del total, por rangos de edad. 1950-2050



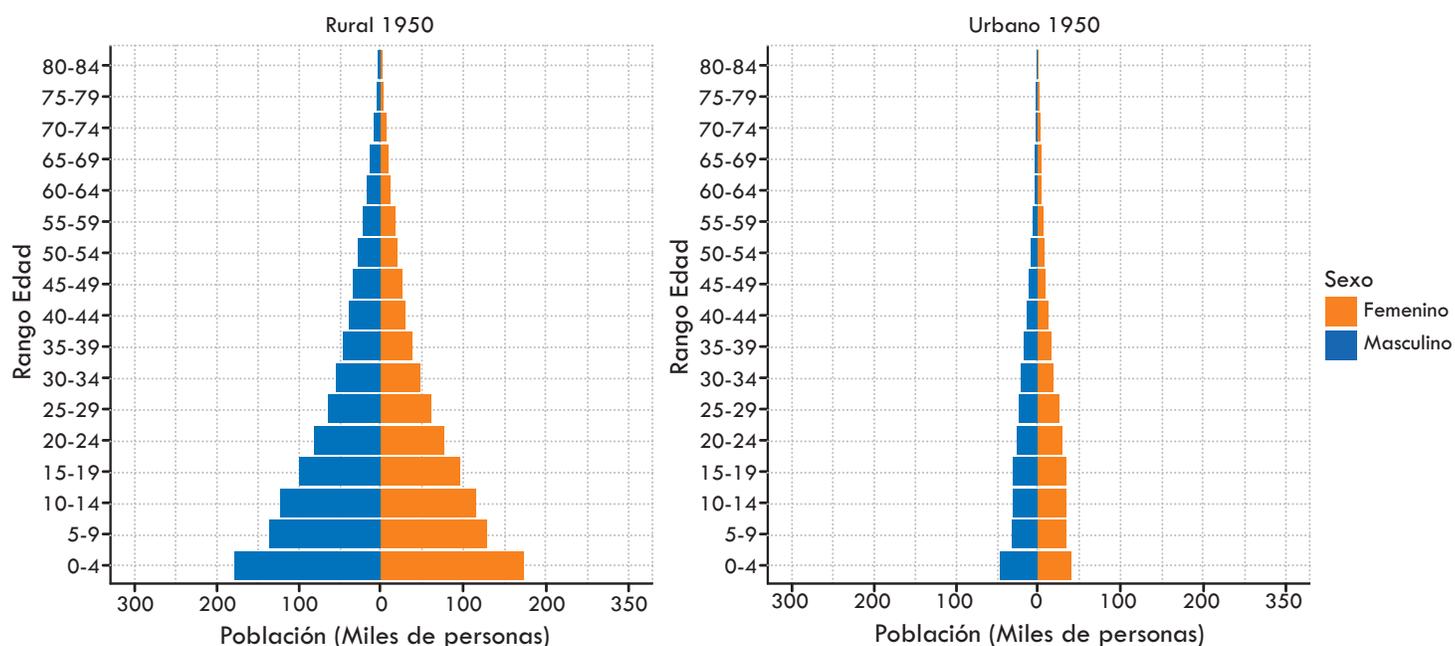
Fuente: Elaboración propia a partir de CELADE (2016)

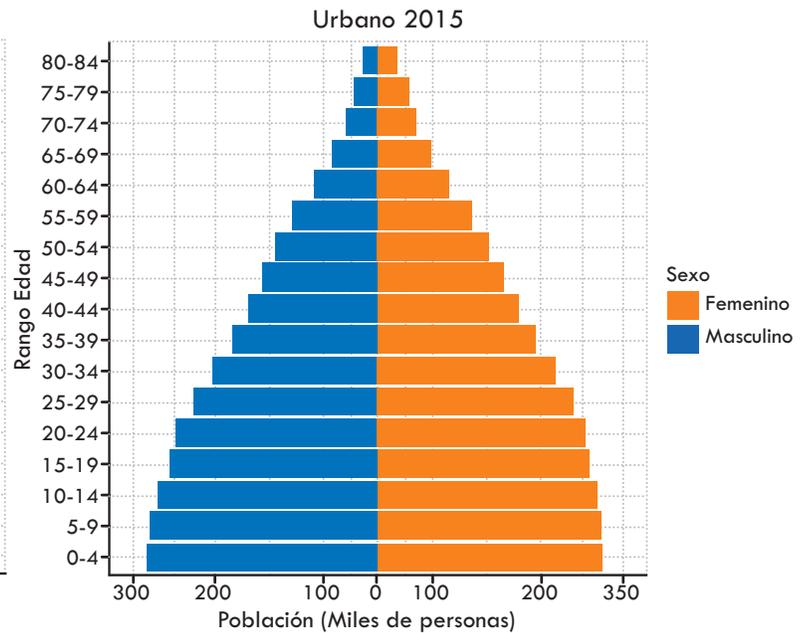
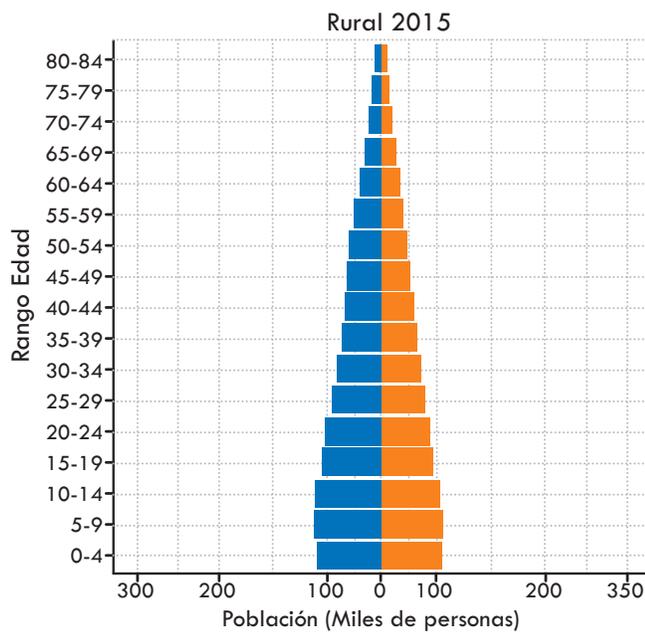
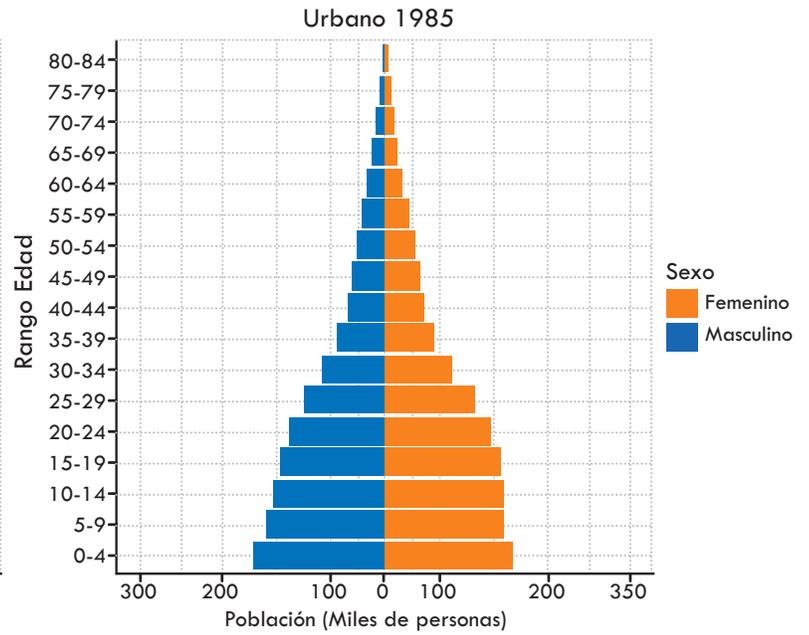
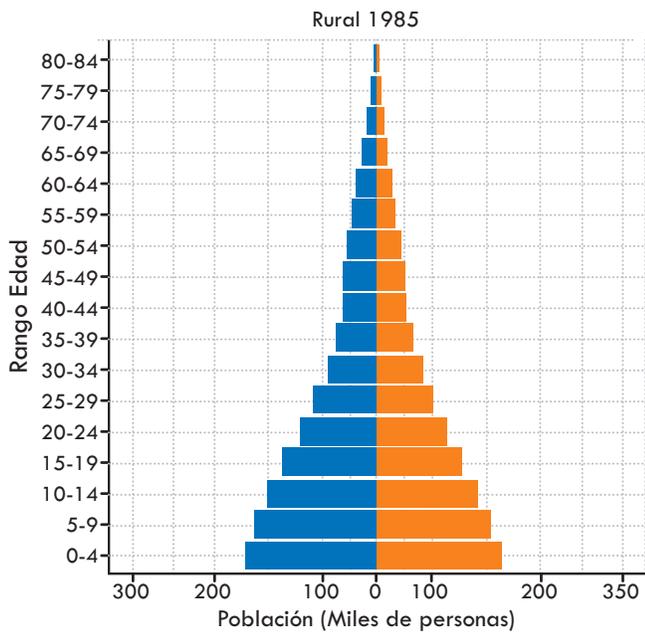
En segundo lugar, se da el aumento del peso de cada subgrupo de la población de 60 años o más en la población total (Gráfico 22 -panel b). En 1985 las personas entre 60 y 69 años representaban el 3,4 % de la población dominicana. No obstante, al cabo de poco más de 30 años será el 10 %. Además, el subgrupo de edad 70-79 pasa de ser el 1,5 % de la población total en 1985 a 7 % en 2050. Así, la participación de cada subgrupo de personas mayores sobre el total de la población en el país permite evidenciar las implicaciones para este en términos de pensiones y cuidado, principalmente. Si se tiene en cuenta que dentro de ese grupo de personas habrá más mujeres que hombres, la sociedad dominicana deberá replantear las intervenciones que pretenden empoderar a los individuos y prepararlos para vivir vidas más largas.

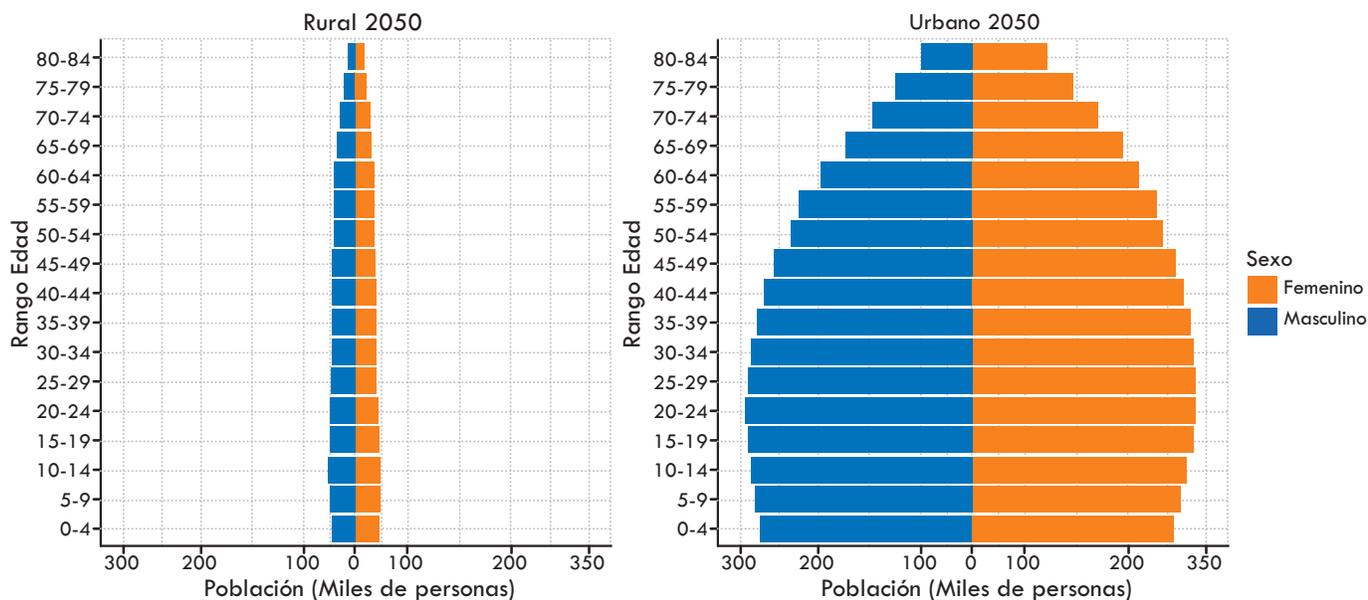
1.6.2. Los cambios en la estructura por edad y zona de residencia

El análisis de la estructura de edades por zona de residencia permite identificar algunas diferencias, en particular en el volumen de la población en cada grupo etario. En 1950, en cada grupo de edad, el número de habitantes de la zona rural era significativamente superior al entorno urbano. Sin embargo, en ambas zonas se tenía una pirámide poblacional con predominancia de las primeras edades del ciclo vital (Gráfico 23). En 1985 es importante resaltar el acelerado crecimiento poblacional en el sector urbano, hasta el punto de sobrepasar de forma ligera la cantidad de habitantes de las zonas rurales. En términos de la composición de edades, ambas zonas se caracterizaban por contener sociedades jóvenes, con un peso relativo de las personas mayores muy bajo y dominio de niños, adolescentes y adultos jóvenes.

Gráfico 23: Cambios de la estructura poblacional por zona de residencia y edad (1950, 1985, 2015, 2050)







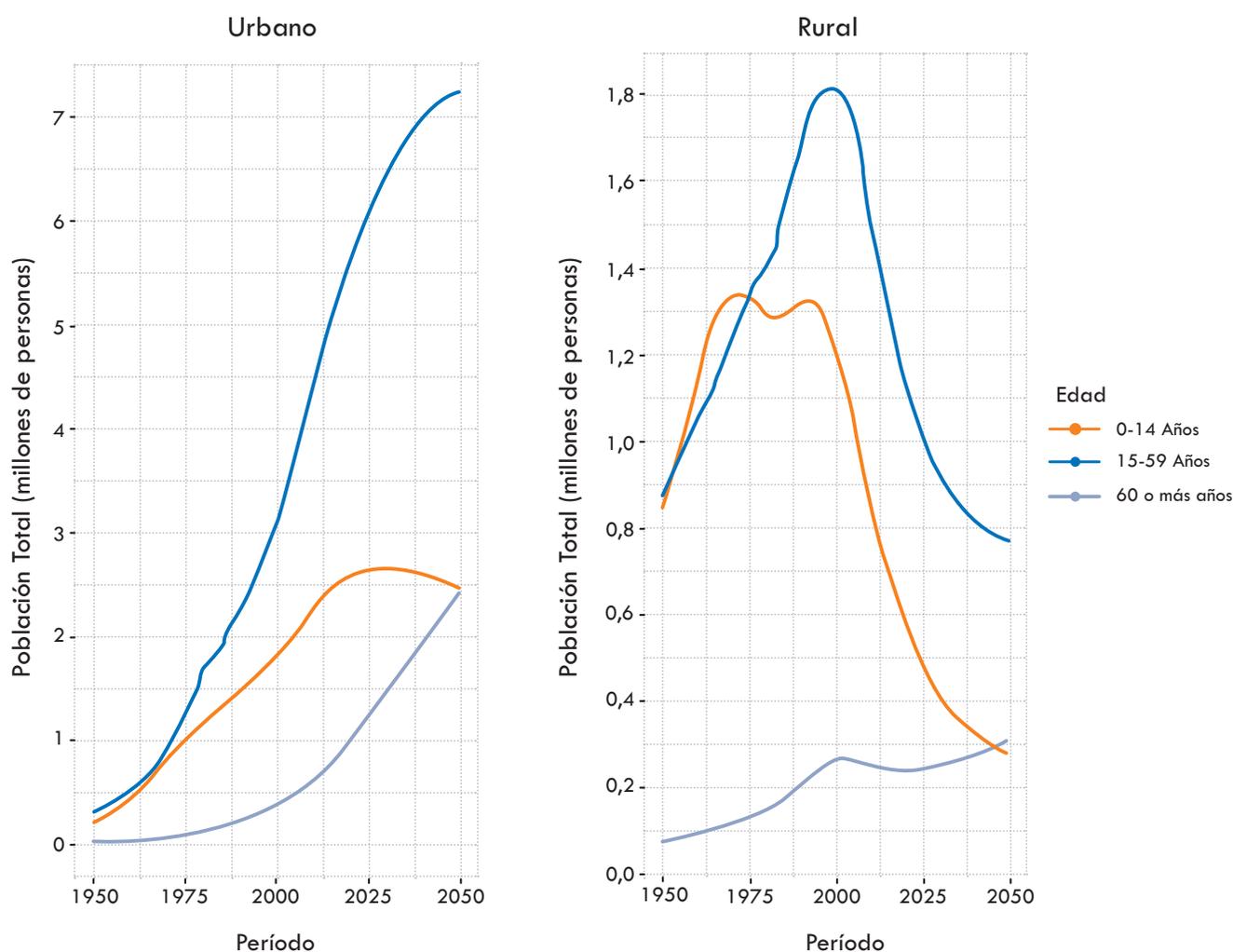
Fuente: Elaboración propia a partir de CELADE (2016)

En 2015, se evidencia una transformación tanto de la estructura de edades como de la distribución de población de acuerdo con la zona de residencia (Gráfico 23). Es necesario resaltar, como se mencionó en secciones anteriores, la inminente existencia de un proceso de migración interna que derivó en el descenso sistemático de la población rural que, como era de esperarse, condiciona –en parte– el crecimiento acelerado en el número de personas residentes en la zona urbana. Respecto a la composición etaria, aunque en 2015 los niños, adolescentes y adultos jóvenes siguen siendo los grupos de edad predominantes, es claro el aumento significativo y acelerado de adultos de edad mediana, es decir, quienes empezarán a ser personas mayores en un lapso no mayor a 30 años. También es importante destacar el aumento de la proporción de mujeres a partir de los subgrupos de personas adultas de mediana edad y personas mayores, especialmente en el sector urbano.

En 2050, hay dos cambios significativos (Gráfico 23). En primera instancia, la consolidación del proceso de migración interna del campo a las ciudades determinará un aumento de la población en las ciudades, que en volúmenes será aproximadamente tres veces la población en el sector rural. Por otra parte, por primera vez en los cuatro periodos analizados, los niños y adolescentes dejan de ser las personas con mayor peso relativo dentro de la estructura de edades. La composición etaria adopta una forma cada vez más rectangular, en la cual los adultos jóvenes y los adultos de mediana edad son las personas con más representación dentro de la estructura de edades. Además, en términos de tasa de crecimiento, son las personas mayores quienes crecen de manera más acelerada, ejemplificando así el proceso de envejecimiento demográfico.

La tendencia del volumen de la población por rangos de edad en cada zona muestra con claridad la transformación de la estructura de edades en la sociedad dominicana (Gráfico 24). En el entorno urbano, para 2050 el único grupo de edad que tendrá tendencia de crecimiento positiva serán las personas de 60 años o más. El grupo entre 0-14 años habrá alcanzado el punto de inflexión aproximadamente en 2030 y el de las personas entre 15 y 59 años cerca al final del periodo de estudio (2050). Por otra parte, aunque en el sector rural también son las personas de 60 o más las únicas con crecimiento positivo luego de 2050, es importante destacar que la tendencia del crecimiento de personas entre 0 y 14 es negativa pocos años antes del inicio del nuevo milenio y, en el caso de las personas entre 15 y 59 años, alrededor del año 2000.

Gráfico 24: Tendencia del volumen de la población por rangos de edad según zona de residencia



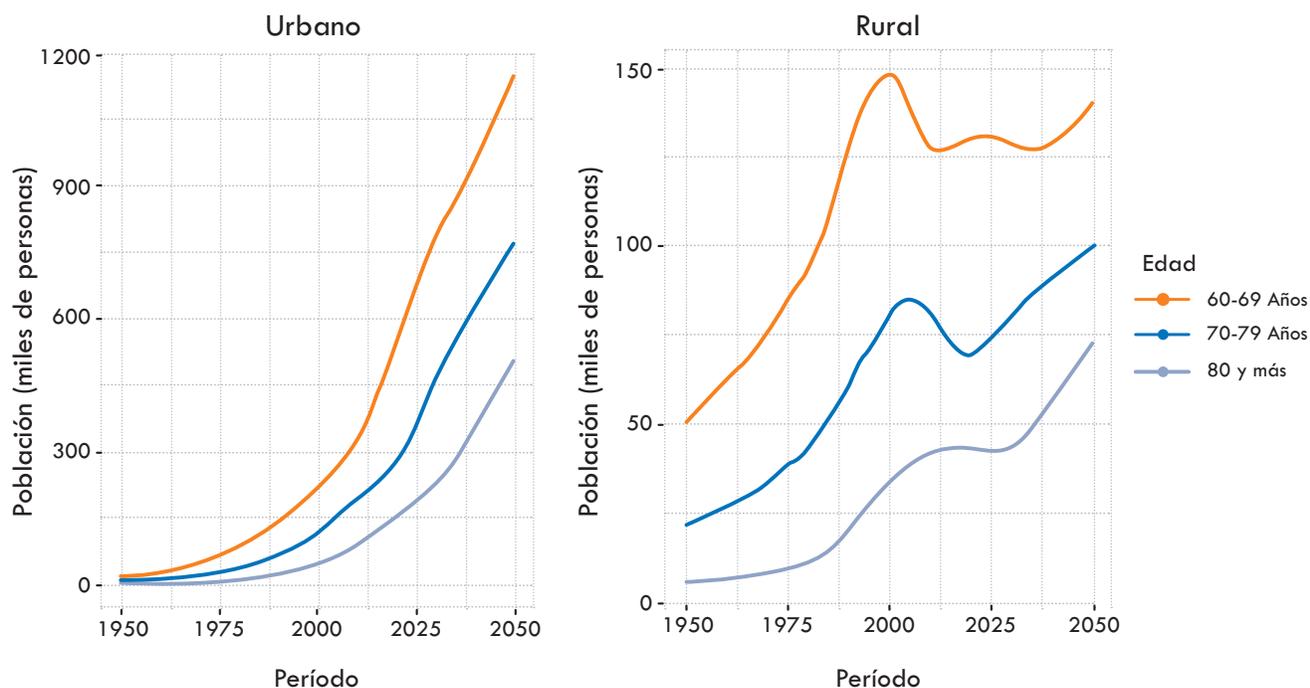
Fuente: Elaboración propia a partir de ONE (2014)

De acuerdo con el Gráfico 25, dentro del grupo de personas mayores quienes tienen un mayor peso relativo son las personas entre 60 y 69 años. La información contenida en el panel b) permite evidenciar que en volúmenes hay más personas en ese rango de edad, independientemente de la ubicación. No obstante, el ritmo de crecimiento para cada subgrupo evidencia que son las personas de 80 años y más quienes crecen de forma más acelerada entre las personas mayores. Tanto en el sector urbano como rural, el crecimiento porcentual que determina el peso relativo sobre el total de personas permite identificar un crecimiento mayor a pesar de seguir siendo el subgrupo con menos representación entre las personas de 60 y más.

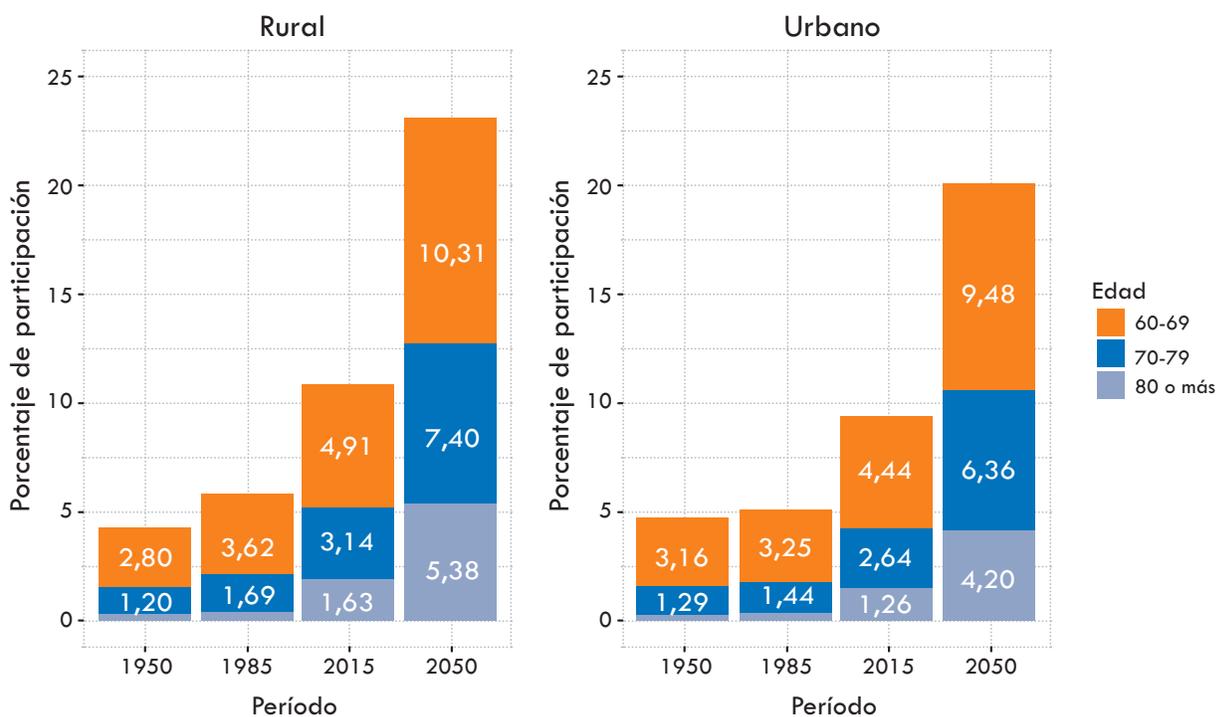
El crecimiento acelerado de las personas de 80 y más sobre los demás subgrupos de personas mayores implica que con el paso del tiempo las demandas por acceso a pensiones, salud y cuidado serán cada vez más recurrentes, toda vez que el aumento de la edad cronológica de las personas mayores viene acompañado de este tipo de necesidades. En ese orden de ideas, las decisiones de política pública al respecto deben tener en cuenta los desafíos presupuestales en un contexto de envejecimiento.

Gráfico 25: Tendencia del volumen y porcentaje de los mayores por rangos de edad

Panel a) Tendencia del volumen de la población de 60 años por rangos de edad (60-69, 70-79, 80 o más años) y zona de residencia 1950-2050.



Panel b) Tendencia del porcentaje de la población de 60 años o más respecto del total, por rangos de edad (60-69, 70-79, 80 o más años) por zona de residencia 1950-2050.



Fuente: Elaboración propia a partir de CELADE (2016)

1.6.3. La relación de dependencia y el índice de envejecimiento

(Flórez, Villar, Puerta, & Berrocal, 2015) describen la relación de dependencia como “la relación entre la población potencialmente dependiente (menor de 15 años y mayor de 60 años) y la población económicamente activa (15-59 años)”. El resultado del indicador permite identificar las necesidades de soporte intergeneracional que se requiere en la sociedad. Dadas las restricciones presupuestales y los recursos limitados, para los países es conveniente una relación de dependencia baja, toda vez que los recursos pueden asignarse –en mayor proporción– a los determinantes del crecimiento económico y, adicionalmente, habrá más personas aportando al sistema de seguridad social. La literatura especializada sobre el tema identifica la ocurrencia de un bono demográfico cuando la relación de dependencia registra menos de 66 dependientes por cada 100 activos. El bono demográfico suele considerarse como una oportunidad para la acumulación de capital.

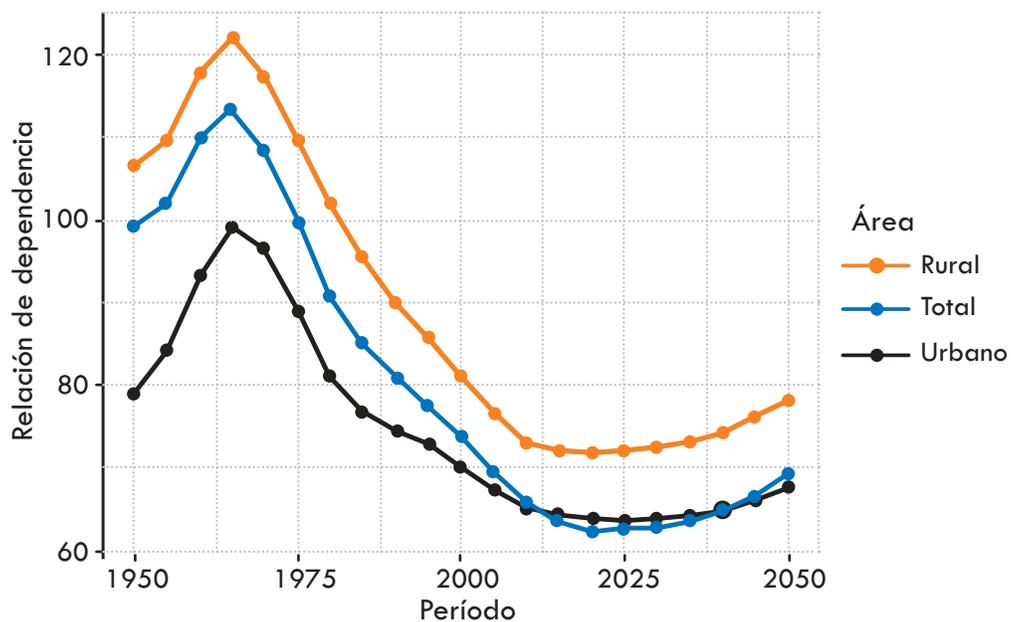
En contraparte, una relación de dependencia alta –o al menos mayor o igual a 66 dependientes por cada 100 activos– determina el establecimiento del impuesto demográfico, es decir, aumento sistemático de las necesidades de soporte por parte de la población dependiente. La noción de impuesto se refiere a la asignación de recursos en la sociedad. Dadas las necesidades de soportar una proporción mayor de población, la sociedad debe sacrificar –en cierta proporción– la acumulación de capital que determinaría una oportunidad de crecimiento económico. En teoría, cuando los países tienen bono demográfico deberían acumular lo suficiente para que la provisión de bienes públicos y servicios asociados a las poblaciones envejecidas pueda ser solventada en una forma sostenible en la fase de impuesto demográfico.

Actualmente (2017), República Dominicana está dentro de la fase de bono demográfico, toda vez que su relación de dependencia –aunque cercana– aún sigue siendo menor a 66 por cada 100 (Gráfico 26). Se estima que esta característica se mantenga aproximadamente hasta 2040. No obstante, el comportamiento es disímil de acuerdo con la zona de residencia. La relación de dependencia en la zona rural no alcanza a llegar por debajo de 66 por cien. Por tanto, entre 1950 y 2050 no habrá bono demográfico para el sector rural, y las políticas públicas focalizadas a las zonas rurales deben tener en cuenta que las necesidades de soporte son altas en la zona rural, ya que la tendencia de la relación de dependencia en 2050 es creciente y se acerca a los 80 dependientes por cada 100 activos.

Según (Flórez, Villar, Puerta, & Berrocal, 2015), el fin del bono demográfico coincide con lo que (CELADE, 2014) define como el final de la sociedad juvenil. En ese sentido, la transición hacia una fase de impuesto demográfico en República Dominicana no es atemporal a la realidad de Latinoamérica y el Caribe. Por el contrario, tanto en República Dominicana como en la región, la relación de dependencia empieza a ser igual o mayor a 66 dependientes por cada 100 económicamente activos alrededor del año 2040.

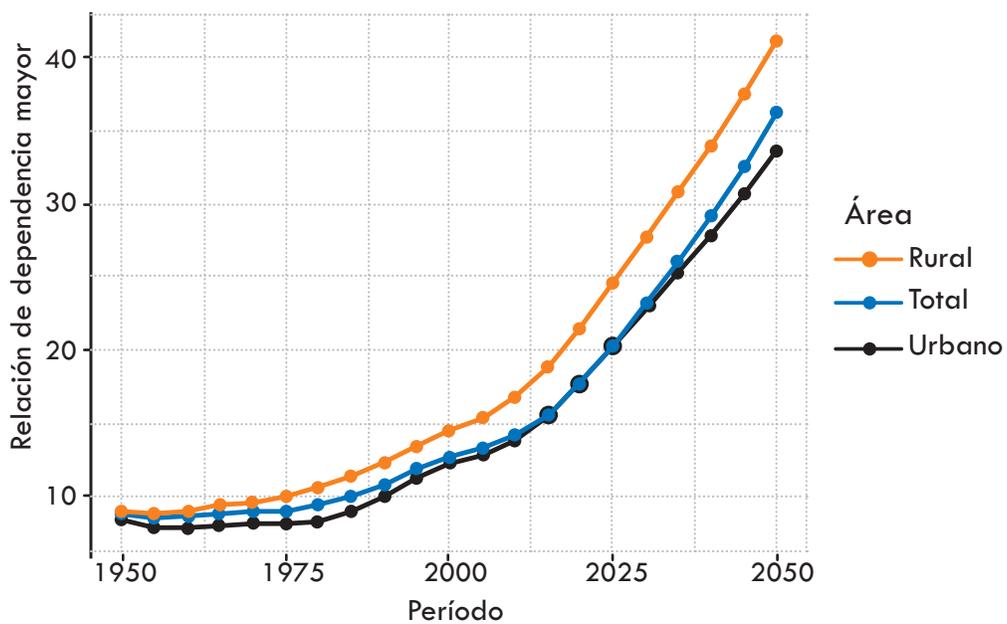
La relación de dependencia tiene dos componentes: los menores de 15 años y los adultos mayores. Dado el proceso de envejecimiento, es importante analizar la contribución de las personas mayores al aumento de este indicador. En el Gráfico 27 se presenta la tendencia de la relación de dependencia mayor, es decir, el número de personas de 60 años o más por cada 100 individuos potencialmente activos (15-59 años). Tanto a nivel agregado como en cada zona, en 2040 ya habrá más de 33 personas mayores por cada 100 activos, por lo tanto, la contribución de los mayores en la composición de la relación de dependencia es mayor que aquella provista por los menores de 15 años.

Gráfico 26: Relación de dependencia total por zona de residencia. 1950-2050



Fuente: Elaboración propia a partir de CELADE (2016)

Gráfico 27: Tendencia de la relación de dependencia mayor por zona de residencia. 1950-2050



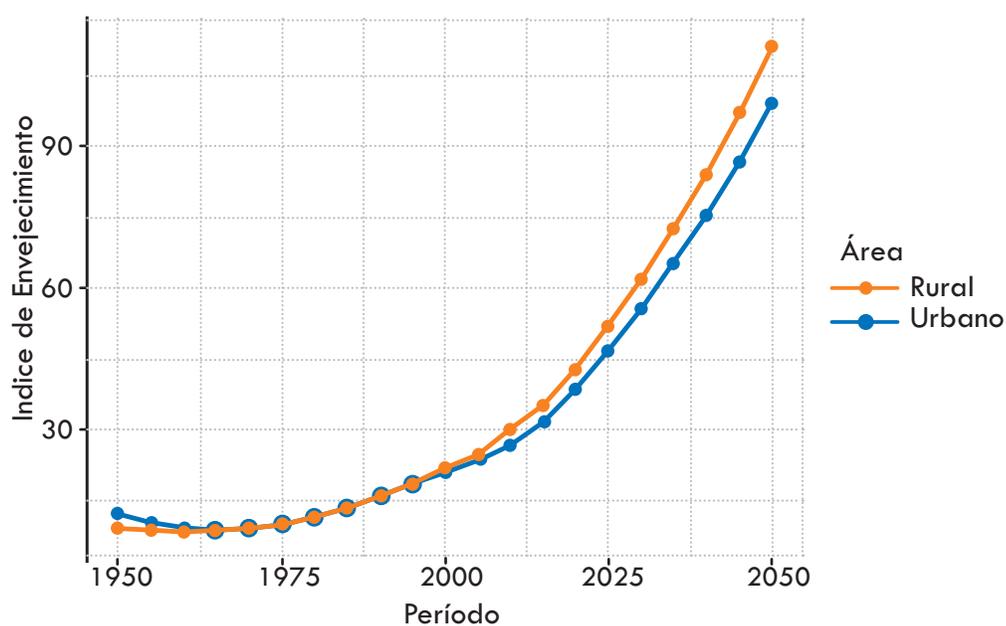
Fuente: Elaboración propia a partir de CELADE (2016)

Además, vale la pena destacar el ritmo de crecimiento de la relación de dependencia mayor en República Dominicana. En 1950, el número de personas de 60 o más por cada 100 activos no alcanzaba los 10 individuos y se mantuvo así por aproximadamente dos décadas más. En 2000, el indicador registraba alrededor de 15 y para 2025 se espera llegue a las 25 personas de 60 años o más por cada 100 personas pertenecientes a la población de 15-59 años. Para 2050, serán poco más de 40 personas con tendencia al alza, por lo que es previsible un aumento considerable de las demandas de bienes y servicios propios de las sociedades en proceso acelerado de envejecimiento.

Según (CELADE, 2009), República Dominicana está en la segunda fase de la transición demográfica (envejecimiento moderado), es decir, el nivel de fecundidad está entre 2,3 y 3,3 y el índice de envejecimiento oscila entre 20 % y 32 %. De la región acompañan a República Dominicana en la fase de envejecimiento demográfico moderado Bahamas, Santa Lucía, Brasil, Jamaica, Surinam, Costa Rica, Panamá, México, Guyana, Perú, Colombia, Ecuador, Venezuela y El Salvador. No obstante, es necesario tener en cuenta que República Dominicana se ubica cerca al límite inferior del intervalo, por lo tanto, dentro del proceso, está más cerca del envejecimiento incipiente que del envejecimiento moderadamente avanzado.

Por último, el Gráfico 28 presenta —desde 1950 hasta 2050— el índice de envejecimiento, es decir la relación entre las personas de 60 o más y aquellos menores de 15 años. De acuerdo con (Flórez, Villar, Puerta, & Berrocal, 2015), “este indicador muestra la capacidad de renovación de una población, ya que a medida que el volumen de la población de 60 años o más supere el de la población menor de 15, esta última no reemplazará a la población mayor en el futuro. El índice muestra qué tan rápido deben ajustarse las ofertas sociales para una población adulta mayor creciente”. El índice de envejecimiento ha crecido de una forma acelerada desde 2000 y se espera que siga el mismo patrón incluso luego del periodo de estudio (2050). De acuerdo con las proyecciones, se prevé que alrededor del año 2040 la población mayor sobrepase a la población menor de 15 años, es decir, que a partir de ese año no haya renovación entre generaciones.

Gráfico 28: Índice de envejecimiento por zona de residencia a través del tiempo



Fuente: Elaboración propia a partir de CELADE (2016)

1.7. Conclusiones

República Dominicana está experimentando la fase moderada del proceso de transición demográfica. Actualmente el país tiene una tasa de fecundidad baja y el índice de envejecimiento está entre 20 % y 32 %. Según las estimaciones, en el quinquenio 2015-2020, el número promedio de hijos por mujer en edad reproductiva es 2,29 y se espera que en el periodo 2025-2030 la TGF sea igual a la tasa de reemplazo (2,1 hijos por mujer). En ese orden de ideas, en poco más de 10 años no habrá renovación generacional, dando paso a un inminente envejecimiento acelerado de la población.

En términos de crecimiento poblacional, la interacción entre sus tres componentes determina una tasa de crecimiento poblacional con tendencia a la baja a partir de la década de 1960 y se prevé que al final del periodo de estudio (2050) se aproxime al crecimiento nulo. En el primer quinquenio del periodo de estudio (1950-1955), la tasa de crecimiento poblacional para República Dominicana era 32,4 %, en el periodo 2010- 2015 fue 12,4 %, se espera que en el quinquenio 2050-2055 sea 3,6 % y a partir del periodo 2070-2075 será negativa (-0,1 %).

Como consecuencia de los descensos en mortalidad, República Dominicana es una sociedad cada vez más longeva. En el transcurso de 80 años, los hombres han ganado 32 años en esperanza de vida y las mujeres 33. En 2020 se espera que la esperanza de vida al nacer sea de 72 años en el caso de los hombres y 78 para las mujeres. Por su parte, el análisis de la esperanza de vida a edades específicas evidencia que los mayores tendrán vidas más prolongadas. En 1960 un hombre dominicano de 60 años podría esperar vivir, en promedio, 13 años adicionales, mientras que en 2020 la expectativa de vida a esa edad aumenta a 21 años y en 2040 será 23. En el caso de las mujeres, en 1960 una mujer de 60 años esperaba vivir 15 años más, en 2020 sube a 24 años y en 2040 alrededor de 27 años adicionales. Es decir, en los hombres la esperanza de vida a los 60 años aumenta 10 años, mientras que en las mujeres aumenta 12 años.

La información referida permite identificar la feminización del envejecimiento en República Dominicana. Dentro del grupo de personas de 60 y más, especialmente en las edades finales del ciclo vital, la razón de feminidad muestra un crecimiento constante, es decir, a medida que pasa el tiempo y aumenta la edad cronológica de las personas, hay más de 100 mujeres por cada 100 hombres. Iniciando la segunda mitad del siglo XX, había mayor proporción de mujeres únicamente en la zona urbana, mientras que en el sector rural había aproximadamente 82 mujeres por cada 100 hombres. A medida que avanza el proceso de transición demográfica, y que sobreviven más mujeres que hombres en las edades adultas mayores, aumenta la razón de feminidad tanto en zonas urbanas como rurales. Se estima que en 2050 en las ciudades habrá alrededor de 125 mujeres por cada 100 hombres, mientras que en el entorno rural, aunque la tendencia también es positiva, en 2050 habrá 97 mujeres por cada 100 hombres.

El descenso en la tasa de crecimiento de la población acompañado del posicionamiento de una sociedad cada vez más longeva determinan una nueva composición de los hogares caracterizada por un proceso de envejecimiento doméstico. En 2013, en República Dominicana el 27,3 % de los hogares tenía al menos una persona de 60 años o más y en el 13 % habitaba al menos una persona de 70 años o más. Es decir, en más de la cuarta parte de los hogares hay por lo menos una persona adulta mayor. Adicionalmente el 12,3 % de los hogares dominicanos son monoparentales (solo está el jefe, sin cónyuge) y el jefe de hogar es una persona mayor, por lo tanto, asume responsabilidades relacionadas con el sostenimiento del hogar. Por su parte, alrededor del 10 % de los hogares son biparentales y la jefatura del hogar también recae en la persona mayor.

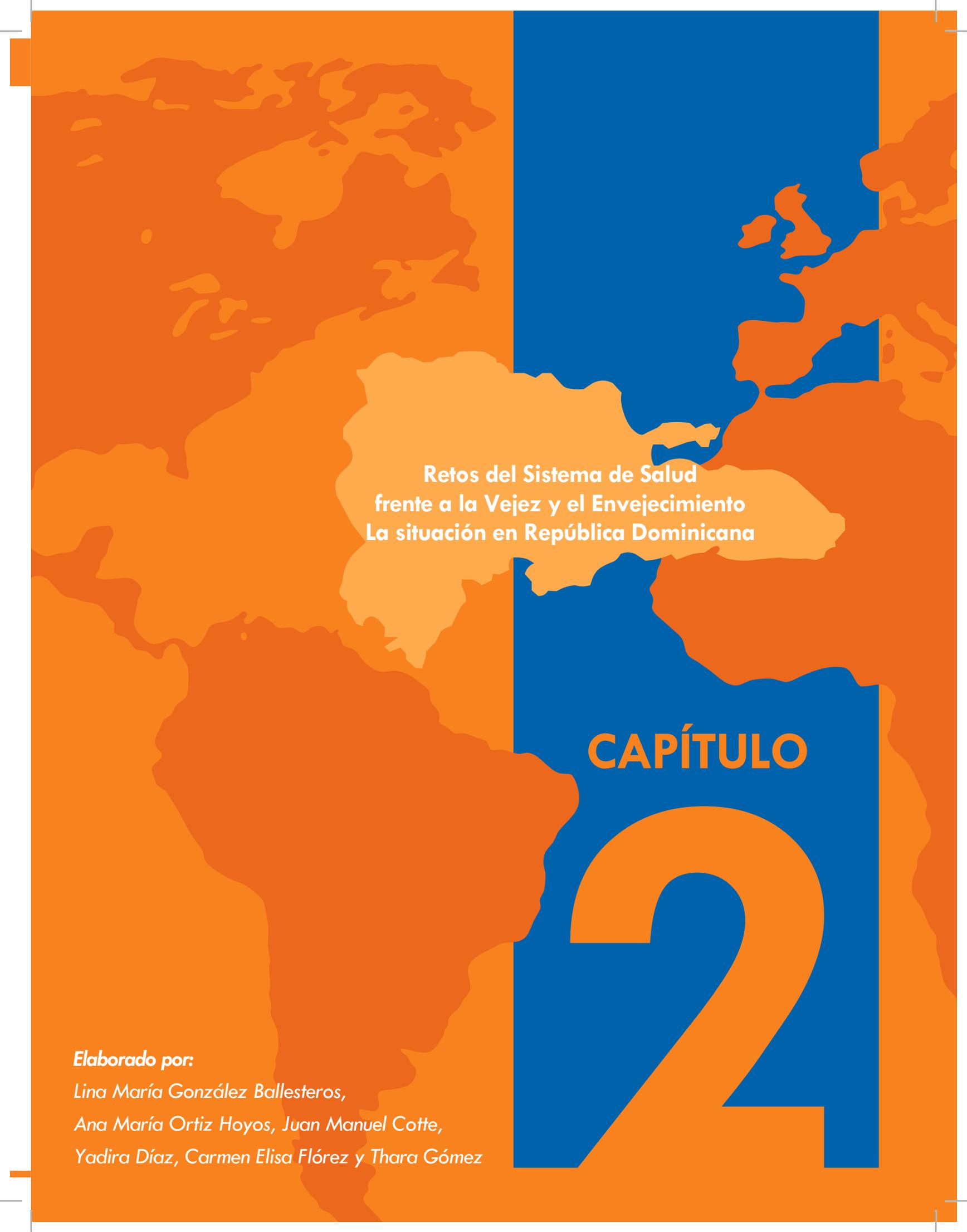
En términos de envejecimiento demográfico es importante tener en cuenta que en 2015 los niños, adolescentes y adultos jóvenes siguen predominando en la estructura etaria de la sociedad. No obstante, las personas de 60 y más son quienes crecen a un ritmo más acelerado y por lo tanto ganan peso relativo dentro de la estructura de edad. Al cabo de 30 años será la primera vez en un siglo que los niños y adolescentes dejan de ser el grupo de edad con mayor proporción, para darles lugar a los adultos jóvenes y adultos de mediana edad, es decir, quienes más pronto serán personas mayores. Adicionalmente, en términos de tasa de crecimiento, son las personas mayores quienes crecen de forma más acelerada, ejemplificando así el proceso de envejecimiento demográfico.

Para finalizar, la tasa de dependencia de República Dominicana muestra que actualmente pasa por bono demográfico, es decir, hay menos de 66 dependientes (personas menores de 15 más las personas de 60 y más) por cada 100 individual potencialmente activos (personas entre 15 y 59 años). Eso quiere decir que las necesidades de soporte para una población dependiente son bajas y, por lo tanto, la asignación de recursos puede direccionarse a la acumulación de capital y crecimiento económico. No obstante, la relación de dependencia en el país será mayor a 66 en el término de 20 años, dando paso a la fase de impuesto demográfico. En ese orden de ideas, dentro de dos décadas el país deberá estar preparado para soportar una proporción considerable de su población, sacrificando así parte de los recursos que podrían asignarse en factores que potencialicen el crecimiento económico.

En conclusión, la sociedad dominicana está envejeciendo a un ritmo acelerado y por lo tanto debe prepararse para afrontar los desafíos de una sociedad envejecida. Entre otros, los sistemas de pensiones deben ser coherentes con el incremento de la longevidad, los sistemas de cuidado deberán estar acorde con la dinámica del envejecimiento doméstico y los sistemas de salud tendrán que responder a las demandas de acceso y atención de una población mayor cada vez más representativa dentro de la estructura etaria del país. Paralelamente, deberán impulsarse desde ya políticas que contribuyan a la equidad de género, toda vez que serán las mujeres quienes predominen en las edades mayores y, por ende, quienes requieran de los servicios sociales.

1.8. Bibliografía

- Cardona Arango, D. & Peláez, E. (2012). Population aging in the twenty-first century: opportunities, challenges and concerns. *Salud Uninorte*, 28(2), 335-348.
- CELADE. (2008). *World Population Prospect: The 2008 Revision*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: CEPAL.
- CELADE. (2009). *El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe*. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), División de Población de la CEPAL. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- CELADE. (2014). *La nueva demografía en América Latina y el Caribe*. CELADE- División de Población, Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: CELADE.
- CELADE. (2017). *Derechos de las personas mayores: retos para la independencia y autonomía*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), División de Población. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- CEPAL. (2014). *Proyecciones de población*. Naciones Unidas, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Del Rosario, P. J., Morrobel, J. & Martínez, C. (2009). *Crisis y pobreza rural en América Latina: el caso de República Dominicana*. Documento de Trabajo N.º 42. Programa Dinámicas Territoriales Rurales. Rimisp, Santiago, Chile.
- Flórez, C., Villar, L., Puerta, N. & Berrocal, L. (2015). *El proceso de envejecimiento de la población en Colombia: 1985-2050*. Bogotá, D. C.: Fundación Saldarriaga Concha.
- Jiménez Zabala, M. (1992). *República Dominicana. Migraciones internas 1986-1991*. CEPAL, CELADE. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Montero Sánchez, J. (2013). OPD. Recuperado el 18 de septiembre de 2017 de Observatorio Político Dominicano: <http://www.opd.org.do/index.php/analisis-gobiernolocal/421-desarrollo-provincial-desigual-motor-de-la-migracion-interna-en-republica-dominicana>.



**Retos del Sistema de Salud
frente a la Vejez y el Envejecimiento
La situación en República Dominicana**

CAPÍTULO

24

Elaborado por:

Lina María González Ballesteros,

Ana María Ortiz Hoyos, Juan Manuel Cotte,

Yadira Díaz, Carmen Elisa Flórez y Thara Gómez

RESUMEN

República Dominicana ha pasado de tener 2,7 % de habitantes mayores de 60 años en 1950 a cerca de 6,1 % en el año 2015. Esta tendencia al envejecimiento poblacional se mantendrá durante los próximos años y tiene consecuencias importantes en el nivel socioeconómico, el estado de salud y la calidad de vida de la población. Además, genera un reto importante para el sistema de salud, ya que aumenta la demanda por atención de personas con limitaciones físicas y enfermedades crónicas no transmisibles, cuya prevalencia aumenta con la edad. Considerando lo anterior, es importante generar medidas que mitiguen este impacto y ayuden a optimizar la utilización de los recursos del sistema de salud y otros entes que pueden verse afectados directa o indirectamente por este fenómeno.

En cuanto al perfil epidemiológico de la población, uno de los indicadores que ha presentado mayores cambios ha sido la expectativa de vida al nacer que pasó de 46 años para los hombres y 49 años para las mujeres en 1960, a 70,6 años y 76,9 años, respectivamente, en la actualidad. Esto se explica en primer lugar por una disminución significativa de la mortalidad infantil, ya que mientras para 1950, 60 % de las personas morían antes de los 5 años, en la actualidad más de la mitad de las personas mueren a edades superiores a los 60 años. Además, al presente, alrededor del 30 % de las defunciones en mujeres y el 22 % en hombres se presentan a edades superiores a los 80 años.

Con respecto a las causas de muerte de esta población, en los últimos 20 años han venido disminuyendo las enfermedades infecciosas como la tuberculosis, y han venido ganando importancia las enfermedades crónicas no transmisibles, como la enfermedad cardiovascular isquémica que hoy en día es la causa de alrededor del 30 % de las defunciones en las personas mayores. Otras causas que han venido en aumento, particularmente en la población mayor de 60 años, son la diabetes y la enfermedad cerebrovascular. Con respecto a diferencias por género, las mujeres presentan mayor mortalidad por diabetes y cardiopatía hipertensiva que los hombres, mientras que los hombres presentan mayor mortalidad por neoplasias del tracto genitourinario.

En lo correspondiente a la prevalencia de evento de morbilidad reciente, una enfermedad crónica o discapacidad, la población mayor de 60 años tiene una prevalencia del 79,5 % de al menos una de las anteriores. Esta prevalencia aumenta con la edad, ascendiendo a 86,5 % en el grupo de personas de 80 años o más.

En cuanto a las enfermedades crónicas en personas mayores de 60 años, la hipertensión es la más común con una prevalencia del 48 % (36,3 % en hombres y 60 % en mujeres), seguida por diabetes (12,6 % en hombres y 18,2 % en mujeres), artritis (5,6 % en hombres y 21,6 % en mujeres), enfermedad



cardiovascular (7,9 % en hombres y 12,4 % en mujeres), insuficiencia renal (4,8 % en hombres y 3,1 % en mujeres). En cuanto al manejo de estas condiciones, 1 de cada 4 adultos mayores con diagnóstico de alguna de estas no se encuentra recibiendo tratamiento, y en cuanto al uso de servicios de salud preventiva, únicamente el 11,6 % de las personas mayores hicieron uso de estos en los últimos 12 meses.

La discapacidad en las personas mayores es del 23,6 % (21,4 % en hombres y 25,6 % en mujeres), siendo mayor a la prevalencia en la población entre 0 y 59 años que es del 3 %. Esta prevalencia aumenta con la edad, al pasar de 12,9 % en las personas entre 60 y 69 años a 44,4 % en las personas mayores de 80 años. A su vez, la prevalencia de morbilidad reciente (en los últimos 30 días) no presenta un crecimiento tan marcado con la edad, el ser de 33 % en personas entre 0 y 59 años, y 39,5 % en personas de 60 años o más. Con respecto a las personas mayores que reportaron una morbilidad reciente, cabe resaltar que únicamente el 30 % recibió algún tipo de atención para esta.

La cobertura en aseguramiento dentro del sistema de salud ha presentado un aumento importante en los últimos 10 años, al pasar de ser el 28,1 % en las personas mayores en 2007, al 87,1 % en 2016. No hay diferencia en el porcentaje de afiliación entre hombres y mujeres. Dentro del componente cualitativo para este tema, uno de los aspectos que más llamó la atención es que las personas que se pensionan son retiradas del sistema de salud. Por otra parte, las personas también manifestaron falencias en la calidad del servicio.

En cuanto a los determinantes de salud, las variables que más se correlacionaron con la variabilidad en el estado de salud de las personas fueron la edad, el sexo y el estado ocupacional. Con respecto al estado ocupacional, estar desempleado o inactivo económicamente, se correlacionó con peores resultados en salud, al comparar con la población con algún tipo de ocupación o actividad económica regular. En el componente cualitativo, las personas mayores tenían clara la importancia de la actividad física y la nutrición para un envejecimiento saludable, pero no reconocían la relevancia de medidas para prevenir el deterioro cognoscitivo. Por otra parte, los individuos reconocían la enfermedad como punto de inicio para la prevención, sin reconocer las acciones que se puede realizar previo a la aparición de esta. Por último, las personas que participaron en los grupos focales, daban más valor a la influencia de elementos externos sobre su salud que a la responsabilidad propia.

Un último elemento que se valoró fue la protección financiera y el gasto en salud de los hogares. En este tema se evidenció que para el 22,4 %, el gasto en salud por morbilidad sentida fue superior al 10 % del ingreso total del hogar, para el 12,7 % el gasto fue superior al 20 % y para el 8 % superior al 30 %. Pertenecer a un nivel socioeconómico bajo se asoció con un mayor porcentaje de gasto en salud por morbilidad sentida, cuando se comparó con los hogares de alto ingreso.

CONTENIDO

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 1. | Introducción | 58 |
| 2. | Perfil de morbilidad y percepción del estado de salud | 59 |
| 2.1 | Preguntas e hipótesis | 59 |
| 2.2. | Marco conceptual | 59 |
| 2.2.1. | ¿Qué es la transición demográfica y el perfil de morbilidad? | 59 |
| 2.2.2. | Perfil de morbilidad a nivel mundial | 61 |
| 2.2.3. | Perfil de morbilidad en Latinoamérica y el Caribe | 62 |
| 2.2.4. | Perfil de morbilidad en República Dominicana | 64 |
| 2.2.5. | Enfermedades crónicas no transmisibles: definición y resultados en salud | 66 |
| 2.2.6. | Promoción frente a ECNT | 66 |
| 2.2.7. | Prevención frente a ECNT | 66 |
| 2.2.8. | ¿Qué es percepción de salud? | 67 |
| 2.3. | Metodología | 67 |
| 2.4. | Resultados | 68 |
| 2.4.1. | Los cambios en el perfil de mortalidad | 68 |
| 2.4.2. | Los cambios en el perfil de morbilidad | 74 |
| 2.4.3. | Percepción del estado de salud | 79 |
| 3. | Cobertura, aseguramiento, uso y acceso a los servicios de salud | 81 |
| 3.1. | Preguntas e hipótesis | 81 |
| 3.2. | Marco conceptual | 82 |
| 3.2.1. | ¿Qué es un sistema de salud y cuál es su objetivo? | 82 |
| 3.2.2. | El sistema de salud de República Dominicana | 83 |
| 3.3. | Metodología | 84 |
| 3.3.1. | Cuantitativo | 84 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| 3.4. | Resultados | 85 |
| 3.4.1. | Cuantitativo | 85 |
| 3.4.2. | Cualitativo: percepción sobre el sistema de salud | 91 |
| 4. | Determinantes del estado de salud | 94 |
| 4.1. | Preguntas e hipótesis | 94 |
| 4.2. | Marco conceptual | 94 |
| 4.2.1. | ¿Qué son los determinantes del estado de salud? | 94 |
| 4.2.2. | ¿Qué son los hábitos de vida saludable? | 96 |
| 4.2.3. | Envejecimiento saludable | 97 |
| 4.2.4. | Resumen de la situación en RD frente a los determinantes sociales | 98 |
| 4.3. | Metodología | 100 |
| 4.4. | Resultados | 101 |
| 4.4.1. | Cuantitativo | 101 |
| 4.4.2. | Cualitativo | 103 |
| 5. | Protección financiera en salud | 105 |
| 5.1. | Preguntas e hipótesis | 105 |
| 5.2. | Marco conceptual | 106 |
| 5.3. | Metodología | 107 |
| 5.4. | Resultados | 108 |
| 6. | Conclusiones | 111 |
| | Referencias | 113 |
| | ANEXOS | 117 |

1. Introducción

El cambio en el proceso de envejecimiento en el ámbito mundial se ha relacionado directamente con cambios en el perfil epidemiológico de las sociedades. El aumento en la edad promedio al morir y la postergación de la muerte (a edades más avanzadas) han traído consigo modificaciones en el perfil de morbimortalidad. Esto tiene consecuencias importantes a nivel socioeconómico, de salud y en la calidad de vida de la población. Diagnósticos integrales del uso, acceso y estado de salud en el país y la región se hacen necesarios para el diseño de políticas públicas y programas que respondan a estas necesidades y que cubran a las poblaciones más vulnerables o en riesgo.

República Dominicana viene en un proceso de envejecimiento similar al de Centroamérica. De acuerdo con las proyecciones de población de la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE), mientras en 1950 las personas mayores representaban el 2,7 % de la población total, en 2015 este porcentaje asciende al 6,1 %. Existen a su vez estimaciones del porcentaje de la población adulta mayor en el total de la población que incluso reportan que en el 2015 este porcentaje asciende al 10 % del total (United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division, 2015). Tanto las proyecciones de la ONE como las del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, prevén un incremento de la proporción del adulto mayor en el total de la población en las próximas décadas. En particular, las proyecciones de la ONE prevén que la cantidad de adultos mayores en la población llegará en el año 2050 a más del doble de la participación alcanzada en 2015, esto es 15,2 % del total de la población.

El creciente aumento en términos absolutos y relativos de la población mayor de 60 años en el total de la población nacional impone retos importantes sobre el sistema de salud dominicano. La transición demográfica y los nuevos perfiles epidemiológicos obligan al sistema a dar respuesta a los cambios en incidencia, composición y tamaño de la carga de la enfermedad.

Así como ha ocurrido en los diferentes países que han experimentado el proceso de transición demográfica y el envejecimiento de su población, se ha presentado un aumento en la necesidad de servicios de salud y por ende en los gastos en salud. Lo anterior, está claramente asociado a los avances tecnológicos en medicina, los ajustes de un sistema de salud aún en proceso de maduración y una mayor utilización de servicios. Las acciones de salud requieren, frente a este cambio demográfico, la búsqueda de nuevas y novedosas estrategias que le permitan a los sistemas de salud enfrentar el impacto del envejecimiento y los cambios poblacionales a los que se enfrenta. De igual manera, es importante considerar como factores asociados que inciden en los resultados en salud de una población, el acceso y la cobertura a los servicios de salud y los determinantes sociales directa e indirectamente relacionados con la población.

Este capítulo presenta los resultados de la investigación mixta (cuantitativa y cualitativa) de Misión República Dominicana Envejece en el área específica de salud y tiene tres grandes objetivos: 1. Realizar un diagnóstico del perfil de morbilidad de la población relacionado con el envejecimiento de la población junto con la percepción del estado de salud y del concepto de salud de la población. 2. Conocer las condiciones y determinantes de salud de la población adulta mayor y 3. Describir el sistema de salud de República Dominicana en términos de la cobertura del sistema, el aseguramiento de la población, el uso y acceso a los servicios de

salud, la protección financiera que este brinda, así como la percepción que la población adulta mayor tiene frente al sistema de salud.

El capítulo inicia con la descripción del perfil de morbilidad y percepción del estado de salud. En lo correspondiente a este tema se pone especial énfasis en las enfermedades crónicas no transmisibles y las estrategias de prevención y promoción frente a estas, con un enfoque centrado en factores de riesgo individuales. Posteriormente se realiza un análisis y diagnóstico del sistema de salud de República Dominicana, con especial énfasis en temas de cobertura y aseguramiento del sistema de salud, acceso a los servicios de salud y utilización de estos. Por último, se hace un análisis de los determinantes de salud en el ámbito nacional para la población adulta mayor y un análisis de protección financiera ante eventos adversos en salud.

2. Perfil de morbilidad y percepción del estado de salud

2.1 Preguntas e hipótesis

Esta investigación pretende profundizar sobre los perfiles de morbilidad de las personas mayores de República Dominicana, así como en la relación de este perfil con la cobertura y el acceso a los servicios de salud. Para lograr este objetivo se llevó a cabo una revisión de estadísticas existentes con miras a realizar una caracterización inicial de la población mayor. Las preguntas por resolver en esta sección son: ¿cuáles son las condiciones de salud que más afectan a la población de República Dominicana en relación con su proceso de envejecimiento?, ¿cuál es la relación de las condiciones de salud de la población mayor en República Dominicana con los indicadores de salud del sistema de salud del país?, ¿cómo se perciben en términos de salud las personas mayores? A partir de la literatura, la hipótesis planteada es la presencia de una relativa alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, en particular enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, depresión, cáncer y demencias. Para este ejercicio se utilizaron los datos de la Oficina Nacional de Estadística (ONE) y de otras encuestas que evaluaron el estado de salud de la población general. Esta información fue complementada con datos de la Organización Mundial de la Salud sobre tasas de mortalidad a través del tiempo y por causa y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA) de 2015. La ENDESA es una encuesta nacional de hogares que mide las condiciones de vida de la población de República Dominicana en una muestra efectiva de 11.464 hogares entrevistados, que permite el análisis de resultados a nivel nacional, urbano, rural y para ocho regiones. Dentro de esta muestra total, la información concerniente a estado de salud, uso y acceso a servicios de salud está disponible para una submuestra de 5.758 hogares conformados por 20.769 individuos. Así mismo se analizan las entrevistas a profundidad y los grupos focales desarrollados en el marco de la investigación.

2.2. Marco conceptual

2.2.1. ¿Qué es la transición demográfica y el perfil de morbilidad?

Como parte del proceso de transición demográfica está el descenso de la mortalidad y el proceso de transición epidemiológica. La transición epidemiológica expresa un cambio en los patrones de las enfermedades, en los cuales las causas endógenas de muerte comienzan a adquirir una mayor importancia frente a las causas exógenas. En los estadios iniciales de la transición demográfica y de la transición epidemiológica,

se observa una alta mortalidad y fecundidad, bajo crecimiento poblacional, baja expectativa de vida al nacer, estructura por edad joven, y predominan las enfermedades infecciosas, transmisibles, perinatales, maternas y nutricionales. Gradualmente, a medida que se avanza en el proceso de transición demográfica y epidemiológica se van controlando esas enfermedades exógenas, y se llega a un estadio final de baja mortalidad y fecundidad, estructura de edad vieja, expectativa de vida creciente y predominancia de las enfermedades degenerativas, endógenas y aquellas producidas por el hombre (Flórez, 2016).

El perfil epidemiológico (o de morbimortalidad) se refiere a la caracterización de la carga de enfermedad que afecta a un grupo poblacional. Los aspectos que se deben identificar para su descripción son aquellos que definen el estado de salud de la población, entre los que están incluidos la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida (Alarcón Villaverde, 2003). El estado de salud usualmente es medido indirectamente por medio del grupo o conjunto de problemas de salud que afectan al bienestar de la población, lo cual se ha definido como morbilidad. Por otro lado, la morbilidad de una población se entiende como la cantidad o el número de individuos que son considerados como enfermos en un espacio determinado. Para hablar epidemiológicamente del perfil de morbilidad de una población se tienen en cuenta la prevalencia y la incidencia. La prevalencia se define como la frecuencia de todos los casos, antiguos y nuevos, de una enfermedad y de acuerdo con el tiempo en el que se lleve a cabo la medición de esta frecuencia, esta puede ser prevalencia de punto (durante un momento determinado) o prevalencia de periodo (durante un lapso definido). La incidencia, por su parte, son los nuevos casos de una enfermedad durante un periodo y unas áreas específicas (Ruiz Morales & Morillo Zárata, 2004).

Una de las particularidades importantes de anotar en el perfil epidemiológico, especialmente en los adultos mayores, es la coexistencia de dos o más problemas de salud crónicos en la misma persona en un momento del tiempo. Esta multimorbilidad es un desafío a los sistemas de salud y de manera particular en los países en vías de desarrollo. Sin embargo, el paradigma dominante en la investigación médica, el entrenamiento y la provisión de cuidado están dirigidos a una única enfermedad, lo cual genera problemas de coordinación entre el cuidado primario y el especializado, y entre el cuidado rutinario y el de urgencia para los pacientes con multimorbilidad. La coordinación insuficiente del cuidado genera un cuidado en salud inefectivo, inadecuado e inseguro que ocasiona insatisfacción entre el paciente y el médico. En los pacientes geriátricos, la multimorbilidad está vinculada con la polifarmacia, la fragilidad, el uso inadecuado de los servicios de salud y la pérdida de coordinación con consecuencias en el incremento de la mortalidad, frecuencia de los eventos adversos, reducción en la calidad de vida y capacidad funcional, junto con un mayor estrés frente a los sistemas de cuidado en salud. En España, por ejemplo, aproximadamente 7 de cada 10 individuos mayores de 65 años tienen dos o más enfermedades crónicas. Alrededor del 80 % de estas personas presentan por lo menos un patrón de multimorbilidad y 12 % por lo menos dos (Abad-Díez et al., 2014). La multimorbilidad es uno de los grandes retos en salud y cuidado que implica un entendimiento mucho más amplio desde lo etiológico, terapéutico, preventivo y los impactos en los resultados en salud.

Es así que, cuando los niveles de esperanza de vida al nacer son menores a los 50 años, hay un predominio de las enfermedades transmisibles de tipo infeccioso; sin embargo, cuando este promedio aumenta (niveles de esperanza de vida) la proporción de muertes atribuidas a causas infecciosas disminuye y aumenta la proporción de muertes por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) (Camargo, 2008).

2.2.2. Perfil de morbilidad a nivel mundial

Uno de los estudios en los que se ha evidenciado el perfil de morbilidad en el mundo y sus cambios a través del tiempo es el Global Burden of Disease Study (Estudio de Carga Global de Enfermedad) llevado a cabo en el año 2010 y en el cual se incluyeron 189 países. Este estudio midió los años de vida perdidos, ajustados por discapacidad (DALY, por su sigla en inglés), asociados a las condiciones más prevalentes a nivel mundial, en tres puntos en el tiempo (años 1990, 2005 y 2010). De acuerdo con lo evidenciado en ese estudio, para 1990 las enfermedades transmisibles y desórdenes maternos, neonatales y nutricionales estaban asociadas al mayor número de DALY en el mundo, con un 47 %, seguidas por las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), a las que se les atribuyó un 43 %. Esta relación se invirtió en el año 2010, cuando se evidencia que 54 % de los DALY eran atribuibles a ECNT y 34 % a las enfermedades transmisibles, trastornos maternos, neonatales y nutricionales (Murray et al., 2012).

Con respecto a condiciones específicas, se ha visto un marcado aumento de DALY atribuible a la enfermedad isquémica cardíaca (primera en la lista en 2010 y con un aumento del 19 % entre 1990 y 2010), enfermedad cerebrovascular (aumento del 19 %), VIH/SIDA (pasó del lugar 33 en 1990 al quinto lugar en 2010, con un aumento del 351 %) y el trastorno depresivo mayor (pasó del lugar 15 al 11 entre 1990 y 2010, con un aumento del 37 %). En contraste, hubo una marcada disminución en la discapacidad asociada a condiciones transmisibles como las enfermedades respiratorias infecciosas (primeras en la lista en 1990, presentaron una disminución del 44 % en DALY en 2010) y la enfermedad diarreica aguda (segunda en 1990, presentó reducción del 51 %). Es importante mencionar que a pesar de que estos resultados muestran una tendencia de cambio en el perfil epidemiológico mundial, existe una brecha muy grande entre los países de alto, mediano y bajo ingreso, por lo que hay grandes diferencias entre los países analizados (Murray et al., 2012).

Es claro que en la actualidad la mayor causa de mortalidad mundial es la enfermedad cardiovascular. En Estados Unidos, de acuerdo con las estadísticas del Instituto Nacional de Salud (NIH, por su sigla en inglés) la mortalidad por enfermedad cardiovascular en este país fue de 168,6 por 100.000 habitantes, correspondiente al 22,98 % de la mortalidad total (National Center for Health Statistics, 2017). En cuanto al impacto económico de la enfermedad cardiovascular, un reporte publicado por la Universidad de Columbia en el año 2004, en Brasil, India, China, Suráfrica y México se perderán al menos 21 millones de años anuales de vida productiva futura, como consecuencia de las enfermedades cardiovasculares (Leeder, Raymond, Greenberg, Liu, & Esson, 2004), mientras algunas estimaciones sugieren que el incremento del 10 % en las muertes relacionadas con enfermedades crónicas no trasmisibles está asociado a una reducción del 0,5 % anual en crecimiento económico (Beaglehole et al., 2011).

Uno de los factores de riesgo más estudiados en el mundo para la enfermedad cardiovascular y otras ECNT ha sido la obesidad. En la actualidad la prevalencia de esta condición se ha doblado en más de 70 países con respecto al año 1980. Esto se ve reflejado en más de 700 millones de personas con obesidad para el año 2015, 107,7 millones de niños y 603,7 millones de adultos. Aparte de esto, también se ha visto un aumento en la prevalencia de sobrepeso y de la mortalidad asociadas a un alto índice de masa corporal (IMC). Esto se ha traducido en 4 millones de muertes en el mundo causadas por un alto IMC y un marcado aumento de la carga de enfermedad de la obesidad desde 1990 (The GBD 2015 Obesity Collaborators, 2017).

La diabetes también se asocia con la obesidad y el sobrepeso y en los últimos años se ha evidenciado que esta condición presenta altos costos para los países. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la pérdida económica asociada a esta condición en un estudio realizado en los países de África subsahariana, donde 7,02 millones de personas padecen esta condición es de USD 25,51 billones. Esta cifra correspondía al 7,6 % del PIB de estos países en el momento cuando se llevó a cabo el estudio (Kirigia, Sambo, Sambo & Barry, 2009).

Otra condición que ha tomado especial importancia con el envejecimiento de la población es el cáncer. Múltiples tipos de cáncer han venido aumentando su incidencia debido al envejecimiento de la población y a una alta prevalencia de factores de riesgo establecidos como el tabaquismo, el sobrepeso, el sedentarismo y patrones de urbanización y desarrollo económico. Para el año 2012 se presentaron más de 14 millones de casos nuevos de cáncer y 8,2 millones de muertes atribuibles a este en el mundo. En países desarrollados, el cáncer de pulmón es el tipo de cáncer que produce la mayor mortalidad en hombres y mujeres. Por otra parte, en países en vías de desarrollo, el cáncer de pulmón es la mayor causa de mortalidad por cáncer en hombres, mientras que en las mujeres sigue siendo el cáncer de seno. Cabe resaltar que a pesar de que los países desarrollados tienen el doble de la incidencia de cáncer que los países en vías de desarrollo, la mortalidad por cáncer de los primeros supera la de los segundos únicamente entre un 8 % y un 15 % (Torre et al., 2015). Para finalizar, es importante mencionar que a pesar de que la enfermedad cardiovascular sigue siendo la primera causa de mortalidad en el mundo, el cáncer se ha ido acercando sustancialmente, en especial en los países desarrollados.

2.2.3. Perfil de morbimortalidad en Latinoamérica y el Caribe

Con respecto al perfil epidemiológico de Latinoamérica y el Caribe, teniendo en cuenta que esta región se compone principalmente de países de ingreso medio, en su mayoría estos están haciendo una transición similar a la tendencia mundial, en la cual van adquiriendo un peso mayor las ECNT y disminuye la carga atribuible a condiciones transmisibles, maternas y neonatales (Murray et al., 2012). En la mayoría de países de América Latina y el Caribe se han dado importantes transformaciones en las prioridades en salud, similares a las que se presentaron hace varios años en Europa y Asia principalmente, en las que se destaca en particular el aumento en las enfermedades crónicas no transmisibles. Mientras en 1985, por cada 10 muertes relacionadas con una enfermedad transmisible, se daban 15 por enfermedades crónicas no transmisibles, para el año 2015 se prevé que por cada 10 defunciones por causas infecciosas se darán 75 muertes por causas no transmisibles (Schroeder, 2000).

Un aspecto que vale la pena resaltar es que, debido al envejecimiento de la población, la urbanización y un aumento de la prevalencia de hábitos de vida poco saludables (tabaquismo, dieta, obesidad y sedentarismo), en esta región con cerca de 600 millones de habitantes se espera que haya un aumento del 60 % en la mortalidad atribuible a enfermedad cardiovascular, en contraste con países desarrollados donde este aumento será únicamente del 5 %. Las enfermedades cardiovasculares son las principales causas de muerte en Latinoamérica, siendo responsables de un 33,7 % de la mortalidad total. Con respecto a las causas de mortalidad cardiovascular más comunes en la población latinoamericana, fueron la enfermedad coronaria (42,5 %), el accidente cerebrovascular (28,8 %), cardiopatía hipertensiva (11,8 %), otras cardiopatías, miocarditis y endocarditis (3,5 %), enfermedad

reumática cardíaca (1,1 %) y otras (12,3 %). En cuanto a factores de riesgo cardiovasculares, se evidencia que entre el 17,4 % y el 46,2 % de la población es sedentaria de acuerdo con el país. La prevalencia de obesidad oscila entre el 13 % y el 25 %, y una mayor prevalencia se asocia con sexo femenino, bajo nivel socioeconómico y bajo nivel educativo. La diabetes tiene una prevalencia media de 5 % en los países de Latinoamérica, siendo más alta en Chile y México, donde está alrededor del 9 %. Por último, el tabaquismo se encuentra entre el 12,8 % y un 42 %, dependiendo del país, teniendo una prevalencia más alta en los países del sur del continente (Lanas, Serón & Lanas, 2014). Al comparar Latinoamérica y el Caribe con Estados Unidos se evidencia que la región tiene una prevalencia significativamente menor de hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, obesidad medida por índice de masa corporal y obesidad abdominal (Miranda et al., 2013).

Un estudio publicado en el año 2012 analizó las causas de mortalidad de las personas mayores de 65 años en cinco países de Latinoamérica y el Caribe (Cuba, República Dominicana, México, Perú y Venezuela). En todos estos se evidenció que la principal causa de muerte en esta población fue el Accidente Cerebrovascular (ACV), a excepción de México donde la enfermedad hepática ocupaba el primer lugar. Las otras causas dentro de las primeras cinco razones de muerte fueron las enfermedades infecciosas del tracto respiratorio, la enfermedad cardiovascular, la diabetes y la tuberculosis. En los sitios donde se diferencia entre población rural y urbana, condiciones como la enfermedad hepática y la tuberculosis fueron causas más comunes en la población rural (Ferri et al., 2012).

En lo correspondiente al cáncer, se ha evidenciado que la información con la que se cuenta en la región proviene principalmente de registros de mortalidad y de registros poblacionales limitados. Para el año 2012, se diagnosticaron aproximadamente 533.000 casos nuevos de cáncer y se presentaron 3.138.000 muertes por cáncer en hombres, mientras que en las mujeres se diagnosticaron 563.000 casos nuevos y 289.500 muertes. Se espera un aumento de alrededor del 70 % en incidencia de cáncer y mortalidad asociada para el año 2030, tanto en hombres como en mujeres. En cuanto a los tipos de cáncer, en la Tabla 1 se pueden observar los más comunes. Por otra parte es importante resaltar que en los países de mayores ingresos de la región (Uruguay, Brasil, Barbados y Martinica) es donde se presenta la mayor incidencia, mientras los de menores ingresos tiene las menores tasas de incidencia (Curado & De Souza, 2014). Esto puede explicarse por la calidad de los datos y la implementación de programas de prevención primaria para llegar a un diagnóstico temprano.

Tabla 1: Incidencia y mortalidad asociada a los tipos de cáncer más comunes*

| Tipo de Cáncer | Incidencia Hombres /100.000 | Mortalidad Hombres /100.000 | Incidencia Mujeres /100.000 | Mortalidad Mujeres /100.000 |
|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Cáncer de próstata | 54 | 17 | - | - |
| Cáncer de seno** | - | - | 47 | 13 |
| Cáncer cérvix | - | - | 22 | 9 |
| Cáncer de pulmón | 19 | 17 | 10 | 8 |
| Cáncer de colon y recto | 15 | 8 | 13 | 7 |
| Cáncer de estómago | 13 | 11 | 7 | 6 |
| Cáncer de hígado | 7 | 6 | - | - |

* Adaptado de Curado & De Souza (2014).

** A pesar de que existen casos de cáncer de seno en hombres, la incidencia es muy baja y no se cuenta con datos para reportar.

Con respecto a enfermedades transmisibles es importante mencionar que Latinoamérica y el Caribe son altamente susceptibles a epidemias por enfermedades tropicales transmitidas por vectores, como se evidenció con las epidemias de zika y chikunguña (United Nations Development Programme, 2016). Por otra parte, hay que considerar la carga de discapacidad que implican condiciones como el VIH, la malaria y la tuberculosis en Latinoamérica y el Caribe, con DALY asociados de 84,5 millones, 46,5 millones y 34,7 millones, respectivamente. De igual forma la región presenta una alta carga de enfermedad asociada a parasitosis endémicas (Hotez, Bottazzi, Franco-Paredes, Ault & Periago, 2008).

Para cerrar esta sección es importante hablar del VIH/Sida. La prevalencia de esta condición se ha mantenido estable en Latinoamérica en los últimos años al oscilar entre 0,2 % y 0,7 %. Sin embargo, a pesar de una marcada disminución de la incidencia en la región (disminuyó un 50 %), algunos países y poblaciones vulnerables en el Caribe presentan una de las prevalencias más altas de VIH a nivel mundial, pudiendo ascender al 3 %. Con miras a direccionar los programas de prevención para esta condición, es importante tener en cuenta que la mayoría de los casos incidentes se presentan en grupos de riesgo como mujeres transgénero, trabajadoras sexuales, usuarios de drogas intravenosas y hombres que tienen sexo con hombres. Por último, a pesar de que existe una amplia mejoría en la cobertura de la terapia antirretroviral en la región (63 %), es importante considerar que aún 37 % de las personas con VIH no están recibiendo adecuado tratamiento (Boni, Veloso & Grinsztejn, 2014).

2.2.4. Perfil de morbilidad en República Dominicana

En primer término, cabe mencionar la expectativa de vida al nacer de las personas en República Dominicana que es de 76,9 años en mujeres y 70,6 años en hombres. Estas cifras son similares a las de otros países de la región y reflejan la transición demográfica que vive el país. El otro dato relevante es la expectativa de vida a los 60 años de edad, que se encuentra en 21,7 años, es decir, que una persona que llegue a los 60 años de edad en promedio vivirá hasta los 81,7 años (United Nations Development Programme, 2016). Este hecho representa un aumento de enfermedades crónicas no transmisibles y un incremento en la demanda de los servicios de salud.

La encuesta poblacional más grande que se tiene respecto al perfil de morbilidad de República Dominicana es la Encuesta Demográfica y de Salud del 2013. Las enfermedades crónicas no transmisibles más comunes en esta fueron la hipertensión, con una prevalencia del 14 % en la población mayor de 15 años, y la diabetes con 5 % de la población mayor de 15 años. La prevalencia de diagnóstico de hipertensión fue mayor en mujeres entre 15 y 59 años (18 %), que en hombres entre 15 y 49 años (11 %). Con respecto a la diabetes, la prevalencia también fue mayor en mujeres entre 15 y 49 años (4 %), que en hombres entre 15 y 59 años (3 %). Llama la atención que, en el caso de la diabetes para ambos sexos y la hipertensión en los hombres, la prevalencia aumenta con un mayor nivel socioeconómico, hecho que sugiere que puede haber una falta de acceso y un subdiagnóstico en niveles socioeconómicos bajos. Por otra parte, 8 % de las mujeres y 6 % de los hombres encuestados reportaron haber sido diagnosticados con colesterol alto. Otras enfermedades crónicas sobre las que se indagó en la encuesta fueron: artrosis (3,2 %), problemas de la vista (3,2 %), enfermedad de los riñones (2,8 %), problemas del corazón (2,4 %), asma o bronquitis (1,8 %), enfermedad mental (0,9 %), epilepsia (0,5 %), cáncer (0,4 %), enfermedad del hígado (0,4 %), obesidad (0,3 %) y otra enfermedad crónica, 2,9 % (Centro de Estudios Sociales y Demográficos, 2014).

Otros estudios han sido llevados a cabo en población de personas mayores de 65 años (Acosta et al., 2010; Caban-Martínez et al., 2012; Sousa et al., 2009). Acosta y colaboradores llevaron a cabo un estudio publicado en el año 2010 que documentó prevalencias de 73 % hipertensión arterial, 39,6 % síndrome metabólico, 35 % anemia, 17,5 % diabetes mellitus, 13,8 % depresión, 11,7 % demencia, 8,7 % ACV, 6,8 % EPOC, y 1,7 % infarto agudo de miocardio, en la población de adultos mayores de República Dominicana. Este estudio también calculó la prevalencia de otras limitaciones funcionales en esta población, la más común fue problemas visuales (39,6 %), seguida de artritis o artrosis (36,7 %), problemas del tracto gastrointestinal (19,3 %), hipoacusia o sordera (12,7 %), tos persistente (10,3 %), dificultad respiratoria, disnea o asma (9,5 %), parálisis o debilidad en las extremidades (5,1 %), dolor torácico (4,6 %), lipotimia o síncope (3,5 %) y desórdenes de la piel, 1,9 %. El muestreo para este estudio fue realizado por conveniencia y sus resultados no serían extrapolables a la población total, a diferencia de la ENDESA, pero cuenta con la fortaleza que los diagnósticos fueron realizados serológicamente, con medidas antropométricas o instrumentos validados (Acosta et al., 2010).

Los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular en República Dominicana se compararon con los de otros países de Latinoamérica en un estudio publicado en el año 2013, en el cual no se evidenciaron diferencias significativas para hipertensión, diabetes mellitus, hipercolesterolemia y tabaquismo (Miranda et al., 2013). En los habitantes de zonas rurales el tabaquismo se presentó en 33,4 % de los entrevistados y 61,7 % fueron clasificados como consumidores pesados de alcohol. Además de esto, al indagar sobre su percepción de salud, reportaron que este era malo o regular en el 69,2 % de los casos. El mismo estudio indagó sobre la prevalencia de ECNT en la población rural y encontró una prevalencia de hipertensión del 35 %, diabetes 15 % y asma 14,2 % (Caban-Martínez et al., 2012).

Con respecto a enfermedades infecciosas, la Encuesta Demográfica y de Salud evaluó la prevalencia de síntomas respiratorios por más de 15 días, caso sospechoso de tuberculosis. La prevalencia fue del 2 % en la población general y del 4 % en población mayor de 65 años. De los que refirieron esta sintomatología, únicamente el 36 % asistió a un centro de salud. La prevalencia de tuberculosis diagnosticada en población mayor de 15 años reportada por la encuesta fue menor al 0,05 % (Centro de Estudios Sociales y Demográficos, 2014). La mortalidad por tuberculosis de acuerdo con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) fue de 3,9 por 100.000 habitantes, mientras que la mortalidad por malaria fue de 0,1 por 100.000 habitantes (United Nations Development Programme, 2016).

En cuanto al VIH, la prevalencia reportada en la población general fue del 0,1 % y en mayores de 15 años, del 0,2 %. Este porcentaje fue mayor en mujeres, 0,3 %, que en hombres, 0,1 % (Centro de Estudios Sociales y Demográficos, 2014). También se cuenta con los indicadores de las Naciones Unidas para VIH del año 2011-2012, cuando se habla de una prevalencia estimada de 0,7 %, mayor en mujeres que en hombres (0,4 %/0,1 %), una prevalencia del 7,1 % en hombres que tienen sexo con hombres y del 3,1 % en trabajadoras sexuales. Esta prevalencia se encuentra muy por debajo que la de otros países del Caribe, particularmente el país vecino: Haití. Se resalta positivamente un marcado aumento en la cobertura de terapia antirretroviral y una disminución mayor al 50 % en la mortalidad por causas relacionadas con el VIH (Boni et al., 2014). Por otra parte, datos más recientes publicados por el PNUD sugieren un prevalencia del 1 % en personas entre 15 y 49 años (United Nations Development Programme, 2016).

2.2.5. Enfermedades crónicas no transmisibles: definición y resultados en salud

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) afectan a todos los grupos socioeconómicos, aunque su distribución no es equitativa en tanto que la población con niveles educativos o ingresos más bajos, de ciertos tipos raciales y en localizaciones geográficas específicas tienen una afectación desproporcionada por las ECNT, muchas veces como resultado de las desventajas sociales y la vulnerabilidad (Braveman et al., 2011). Además son la causa de las dos terceras partes de las muertes en el mundo, afectan de manera similar a los dos sexos, con particularidades en cada uno de ellos, generando pobres niveles de calidad de vida y salud en la población, importantes discapacidades secundarias, aumento en los costos de los servicios de salud por incremento en el consumo de servicios tanto curativos como rehabilitatorios, junto con disminución de la productividad laboral e incremento de las incapacidades como resultado de la enfermedad (Bauer, Briss, Goodman & Bowman, 2014).

2.2.6. Promoción frente a ECNT

Además del envejecimiento de la población, otras razones relacionadas con el incremento en las enfermedades crónicas no transmisibles en la población son los desarrollos de la medicina, la urbanización e industrialización que ha disminuido la actividad física, los cambios en los estilos de vida, el incremento en la ingesta de comidas rápidas y procesadas con alto contenido calórico, el consumo incrementado en azúcar y sal, y el consumo de alcohol y cigarrillo. Por otra parte, se ha dado una disminución de las enfermedades transmisibles gracias al advenimiento de los antibióticos y las medidas preventivas de índole sanitario incluyendo la vacunación, así como otros.

Los anteriores son algunos ejemplos de cómo el entorno y ciertas conductas del individuo pueden tener efectos positivos o negativos en su salud. De acuerdo con esto, es importante considerar que la salud no solo depende del individuo ni de factores propios, y por ende las políticas públicas en salud y otras áreas que pueden tener algún efecto en la salud de la persona deben enfocarse en modificar el entorno del individuo para facilitarle el cuidado de su salud. Este tema será tratado de manera más profunda en la sección de determinantes de salud de este capítulo.

2.2.7. Prevención frente a ECNT

La etiología de las enfermedades crónicas no transmisibles no es monocausal, por el contrario, tiene una génesis multifactorial en la cual están interrelacionados factores genéticos, biológicos, ambientales y, de manera particular, condiciones psicológicas y sociales que modifican o generan conductas claramente relacionadas con las patologías. Todos estos factores etiológicos se van presentando en el proceso del ciclo vital y en la mayoría de ocasiones la aparición de la enfermedad se da gracias a la unión de todos o algunos de ellos.

Los enfoques de prevención frente a las ECNT buscan identificar estos factores e implementar medidas para mitigar el efecto que estos confieren al individuo. Teniendo en cuenta que estos factores le conceden un riesgo a la persona para desarrollar una condición, se denominan también factores de riesgo, en los casos en los que se logra establecer una relación causal. Existen dos tipos de factores de riesgo: los que son sensibles a intervención, denominados modificables, y los que son inherentes al individuo (p. e. genética, edad y sexo) llamados no modificables (Ruiz Morales & Morillo Zárate, 2004).

Los factores de riesgo modificables se pueden eliminar, como es el caso de la exposición a alguna sustancia nociva (tabaquismo, alcohol, asbesto), o su efecto se puede mitigar, proveer un manejo adecuado a una condición establecida para prevenir complicaciones en el futuro. Con respecto a los no modificables también es importante conocerlos, ya que esto define la aplicación de medidas específicas para grupos poblacionales determinados. Un ejemplo de esto son los programas de tamizaje para algunos tipos de cáncer.

Otro aspecto importante es conocer los diferentes niveles de prevención. La epidemiología define tres niveles de prevención que están establecidos por el momento dentro del curso de una enfermedad en la cual se implementa la prevención. La prevención primaria comprende medidas que se llevan a cabo en una población a riesgo para evitar el desarrollo de una condición, es decir, todo lo que se puede hacer antes de que se desarrolle la enfermedad. Algunos ejemplos para esta categoría serían los programas de vacunación, uso de antibióticos profilácticos e intervenciones en hábitos de vida saludables previo a presentar una enfermedad crónica. Estas intervenciones, en su mayoría se dan en el contexto de la atención primaria en salud y van muy de la mano con las acciones de promoción. La prevención secundaria se refiere a todas las medidas que se llevan a cabo para lograr el diagnóstico o manejo temprano de una condición, en una fase asintomática de esta. Dentro de esta categoría entran todos los programas de tamizaje para cáncer y los tratamientos administrados de forma temprana para evitar el deterioro del individuo. Para terminar, la prevención terciaria tiene que ver con todas las acciones que una realiza para reducir el daño que puede llegar a causar una enfermedad sintomática. A este nivel entran procedimientos como la hemodiálisis, las cirugías y los desfibriladores implantables, entre otras. En contraste con las intervenciones de prevención primaria, la prevención terciaria suele darse en un ámbito intrahospitalario de mediana o alta complejidad (Ruiz Morales & Morillo Zárata, 2004).

2.2.8. ¿Qué es percepción de salud?

Se refiere a la evaluación subjetiva que realiza el individuo con respecto a su estado de salud en un momento dado. Esta se encuentra condicionada por aspectos biológicos, psicológicos, sociales y ambientales y es un concepto importante debido a que tiene un alto valor pronóstico. Existe evidencia que ha asociado la percepción de salud con la incidencia de ECNT, la recuperación de una enfermedad, el deterioro funcional, utilización de servicios de salud y mortalidad. En consecuencia, la percepción de salud evalúa aspectos que van mucho más allá de la condición física de la persona. Lo anterior explica que individuos con sobrepeso, inactividad física, tabaquismo, un bajo nivel socioeconómico y baja autoestima, entre otras condiciones que tienen efectos deletéreos sobre la salud de la personas, califiquen su estado de salud como “muy bueno” y “excelente” (Shields & Shoostari, 2001). Por esta razón, a pesar de ser un aspecto importante a la hora de determinar el estado de salud de una persona, la percepción de salud es una medida subjetiva y debe complementarse con otros aspectos objetivos al ser interpretada.

2.3. Metodología

Para el análisis se usa información de la Organización Mundial de la Salud sobre tasas de mortalidad a través del tiempo y por causa y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA) de 2015. La ENDESA es una encuesta nacional de hogares que mide las condiciones de vida de la población de República

Dominicana en una muestra efectiva de 11.464 hogares entrevistados. Permite el análisis de resultados a nivel nacional, urbano, rural y para ocho regiones. Dentro de esta muestra total, la información concerniente a estado de salud, uso y acceso a servicios de salud está disponible para una submuestra de 5.758 hogares conformados por 20.769 individuos.

Así mismo se analizaron las entrevistas a profundidad y grupos focales desarrollados en la investigación.

A partir de esta información, este capítulo analiza primero la evolución del patrón de mortalidad por edad en el país, luego el perfil de morbilidad actual (2013), la cobertura que el sistema de salud provee, el uso y acceso a servicios de salud de la población adulta mayor, y finaliza con un análisis del nivel de protección financiera que el sistema provee en los hogares con población adulta mayor.

2.4. Resultados

2.4.1. Los cambios en el perfil de mortalidad

El Gráfico 1 muestra la evolución del patrón de mortalidad por edad que el país registra desde 1950 hasta 2050 (proyección).¹ Como es de esperarse, el patrón de mortalidad por edad muestra una forma de U, siendo la probabilidad de muerte relativamente más alta durante los cinco primeros años de vida, al igual que durante la tercera edad (60 años o más).

Al analizar esta probabilidad de muerte desde 1950 hasta el 2015, se observa que la mortalidad ha venido reduciéndose en el país para todas las edades y por sexo. Estas mejoras en la mortalidad son evidencia de mejoras sostenidas en los niveles de calidad de vida para toda la población del país.

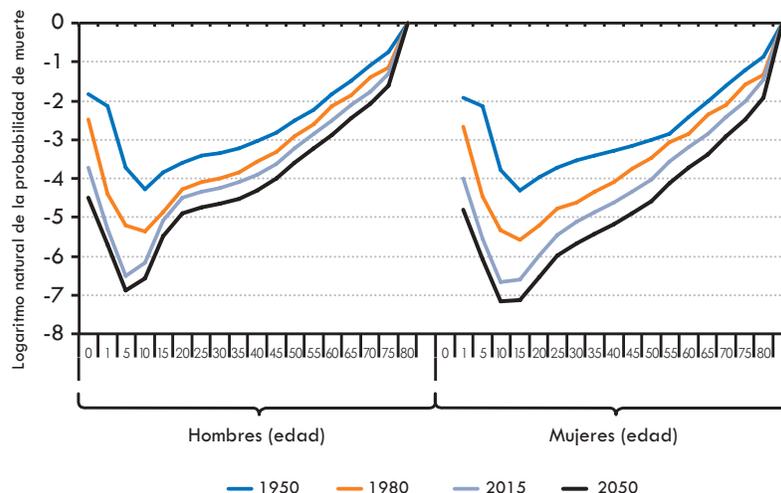
En el grupo de población adulta mayor, como es de esperarse, la probabilidad de muerte aumenta conforme aumenta la edad. De hecho, la probabilidad de muerte incrementa con la edad desde los 10 años de vida, tanto para hombres como para mujeres.

Como se observa en el Gráfico 1, la pendiente de la curva es positiva desde los 10 años, y esta se acentúa a partir de los 60 años. Es así como en 2015, la probabilidad de muerte de una mujer de 75 años es 170 veces mayor que la probabilidad de muerte de una niña de 10 años. Mientras en la primera la tasa de mortalidad es del 23,3 % en la segunda es del 0,1 %. En el caso de los hombres, la tasa de mortalidad a los 75 años es del 26,8 % y para un niño de 10 años, del 0,2 %.

En general, a lo largo de la serie se observa un decrecimiento de la tasa de mortalidad femenina un poco más rápido que el de la tasa de mortalidad masculina. A 2015, la tasa de mortalidad infantil masculina registra una disminución del 85 % con respecto al valor observado en 1950, en comparación con un 87 % de reducción de la tasa de mortalidad infantil femenina.

1. Para fines ilustrativos, el gráfico presenta el logaritmo natural de las tasas de mortalidad.

Gráfico 1: Patrón de mortalidad por edad y sexo, 1950-2050

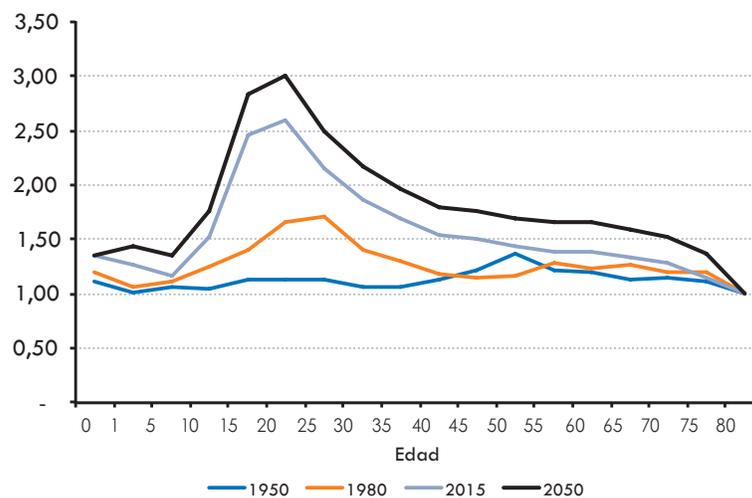


Fuente: Cálculos propios en uso de ONE, 2014

Al comparar el patrón de mortalidad por edad entre hombres y mujeres, la tasa de mortalidad masculina es siempre mayor en cada edad que la femenina. El Gráfico 2 presenta la razón entre la tasa de mortalidad masculina y la tasa femenina por edades. Las mayores diferencias en tasa de mortalidad entre los dos sexos dentro de una misma edad se observan entre los 15 y los 35 años, con un máximo a los 20 años. En 2015, la tasa de mortalidad masculina fue 2,6 veces más alta que la femenina para la población de 20 años.

Sin embargo, los datos actuales no permiten determinar qué tanto de las diferencias en tasas de mortalidad femenina y masculina corresponden a diferencias justificables y no evitables, y qué tanto de estas diferencias corresponden a causas evitables que el sistema de salud y educativo del país podría abordar. Este análisis se subraya como relevante en futuros esfuerzos de investigación en equidad en salud para República Dominicana.

Gráfico 2: Razón tasa de mortalidad masculina / femenina por edad, 2015



Fuente: Cálculos propios en uso de ONE, 2014

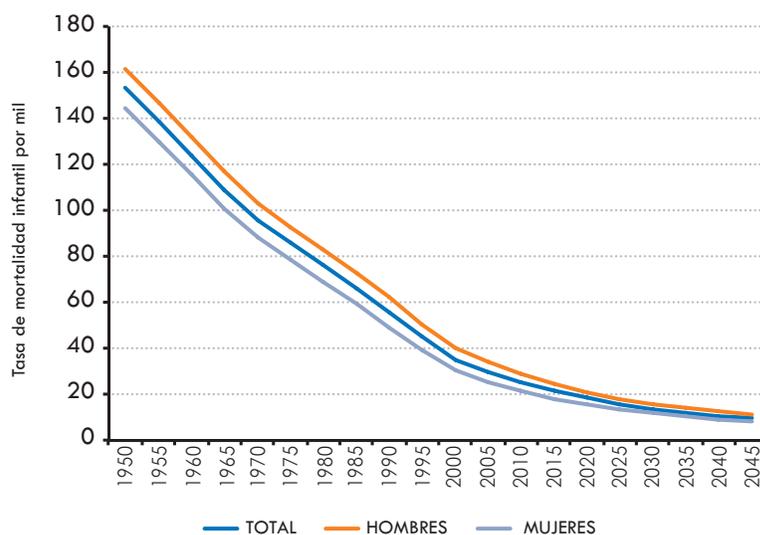
En términos relativos, y de acuerdo con la transición epidemiológica, las mayores reducciones a través del tiempo se observan en la mortalidad infantil y en la niñez, debido a que las enfermedades infecciosas y nutricionales responden rápidamente a mejoras en los estándares de vida, a avances en nutrición, y a programas de sanidad y salud. Mientras en 1950 la probabilidad de muerte de un niño menor de 1 año estaba alrededor de 160 por cada mil menores de un año, en 2015 la mortalidad infantil en los niños menores de 1 año es tan solo de 25 de cada mil niños nacidos vivos (Gráfico 3).

En 1950, morían 161 niños menores de un año por cada mil niños nacidos vivos, y 141 niñas menores de un año de cada mil niñas nacidas vivas no lograban sobrevivencia tampoco; esto es, la tasa de mortalidad infantil masculina era 1,1 veces mayor que la tasa de mortalidad infantil femenina. En 2015, según la OMS, estas tasas son 25 y 18, respectivamente; siendo entonces la tasa de mortalidad masculina 1,3 veces mayor que la femenina. Para el 2045, se espera una tasa de mortalidad infantil masculina de 11 de cada mil y femenina de 8 de cada mil.

De acuerdo con las proyecciones para 2050, se espera que las reducciones en mortalidad conducentes a mayor longevidad continúen a través del tiempo. Las proyecciones indican, como es universalmente observado, que persiste el diferencial de mortalidad por sexo, favorable a las mujeres.

Un indicador resumen del patrón de mortalidad es la expectativa de vida al nacer y a cada edad. Como se mostró en el Capítulo 1 de demografía, la esperanza de vida al nacer ha aumentado de manera importante, tanto para hombres como para mujeres. Igualmente, debido a las mejoras en mortalidad en todas las edades, la expectativa de vida a edades mayores también incrementa, siempre manteniendo la brecha favorable a las mujeres. De acuerdo con los hallazgos del Capítulo 1, mientras en 1960 la expectativa de vida al nacer para los hombres era 46 años y para las mujeres 49 años, en 2020 se espera que la esperanza de vida al nacer sea de 72 años para hombres y 78 para mujeres.

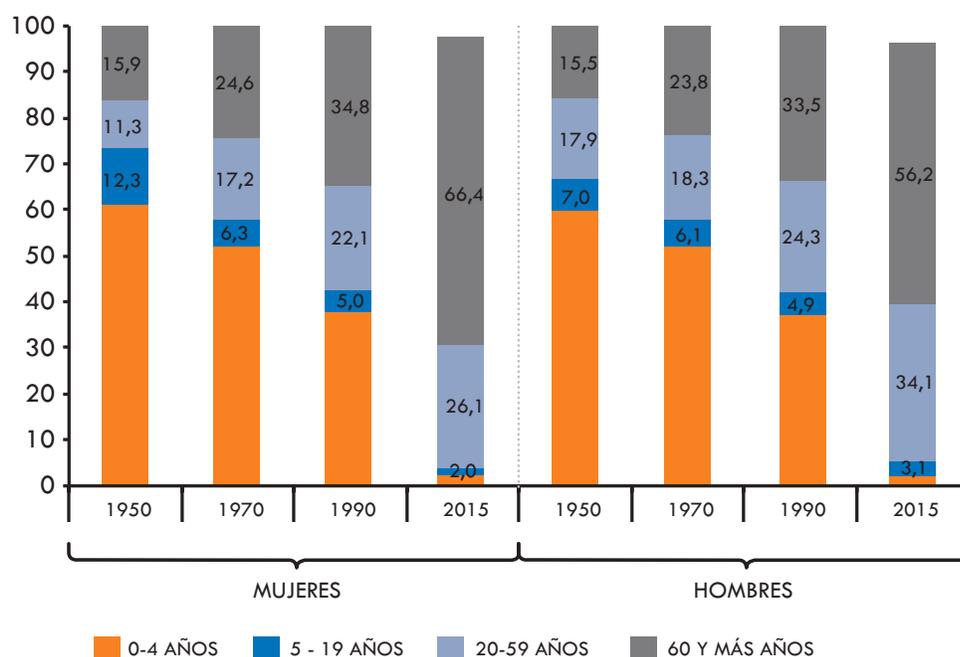
Gráfico 3: Tasa de mortalidad infantil por sexo, 1950-2050



Fuente: Cálculos propios en uso de ONE, 2014

La distribución de las defunciones por edad cambia a medida que avanza la transición epidemiológica debido a que desciende más rápido la mortalidad infantil y en la niñez que en las demás edades, como también debido al envejecimiento de la población que hace que aumenten las defunciones de la población adulta mayor a medida que esta población cobra importancia relativa. Así, el Gráfico 4 muestra que mientras en 1950 el 60 % de las defunciones correspondía a niños menores de 5 años, en 2015 la mayor proporción de defunciones se concentra en la población adulta mayor. En 2015, el 66,4 % de las defunciones de mujeres correspondió a población de 60 años o más. Para el caso de los hombres la situación es similar. En 2015, el 56,2 % de las defunciones masculinas es de población de 60 años o más.

Gráfico 4: Distribución de las defunciones por grupo de edad y sexo. 1950-2015



Fuente: Cálculos propios en uso de Boletín Demográfico, 21 y UNSTATS (2015). Nota: El porcentaje faltante en cada año corresponde a muertes con sexo o edad indeterminada

Dentro de las defunciones de la población adulta mayor por grupos de edad, la mayor concentración se observa, tanto para hombres como para mujeres, en la población de 80 años y más. Así, a medida que aumenta la edad, el número de muertes incrementa. Dentro del total de defunciones femeninas, el 30,7 % se concentra en mujeres de 80 años o más y el 14,5 % en mujeres de 60-69 años; similar es el comportamiento de la distribución de muertes masculinas (Tabla 2).

Al comparar la participación porcentual de defunciones por rangos de edad, entre hombres y mujeres, se observa que la mayor concentración de muertes femeninas se registra en la población de 80 años o más. Las defunciones de mujeres de 80 y más años representan el 30,7 % del total. Diferente es el caso de los hombres, en los cuales la mayor concentración de defunciones se observa en la población de 20 a 59 años; las defunciones en este rango de edad representan el 34,1 % del total.

Tabla 2: Participación porcentual de las defunciones de adultos mayores por grupo de edad en el total de muertes según sexo. 2015

| Edad | Mujeres | Hombres |
|--------------------|---------|---------|
| 60-69 | 14,5 | 15,2 |
| 70-79 | 21,2 | 18,8 |
| 80 y más | 30,7 | 22,2 |
| Total adulto mayor | 66,4 | 56,2 |

Fuente: UNSTATS: United Nations Statistics Division (2015)

A medida que avanza la transición epidemiológica es de esperarse un cambio en la distribución de las defunciones por causas. Los datos de la OMS sobre mortalidad por causa indican que República Dominicana avanza en este proceso. Sin embargo, es necesario tener en cuenta las limitaciones de la información de mortalidad por causa analizada, correspondiente a los años 1996 y 2012, publicada por la Organización Mundial de la Salud en 2017.

Los datos deben ser leídos con precaución pues el porcentaje de codificación errada de causas de muerte reportado por la OMS fue del 41 % y 31 % para cada año, respectivamente.

Así, la distribución de causas de muerte presentada tanto en el Gráfico 5 como en el Gráfico 6 corresponde a las causas de muerte más importantes, una vez descontados los problemas de codificación. En particular, el Gráfico 5 presenta las diez principales causas de muerte de la población total para 1996 y 2015, y el Gráfico 6, las diez principales causas de muerte en la población adulta mayor para estos dos mismos años.

Los resultados de las principales causas de muerte para hombres y mujeres de la población total indican un cambio en el perfil epidemiológico de 2012 con respecto al de 1996, tanto para hombres como para mujeres, hacia enfermedades endógenas (de orden biológico) y las producidas por el hombre (muertes violentas). Mientras en 1996, tanto la cirrosis hepática como la tuberculosis se encontraban dentro de las diez principales causas de muerte, en 2015 estas enfermedades ya no se encuentran dentro de las diez principales causas de muerte. En 2015, por el contrario, cobra importancia la mortalidad por cardiopatía isquémica, que pasa del 16 % al 21 %. De igual forma, cobran importancia eventos de mortalidad debidos a agresiones con arma de fuego, que no estaban en 1996 dentro de las diez primeras causas y en 2012 ocupan el segundo lugar (Gráfico 5).

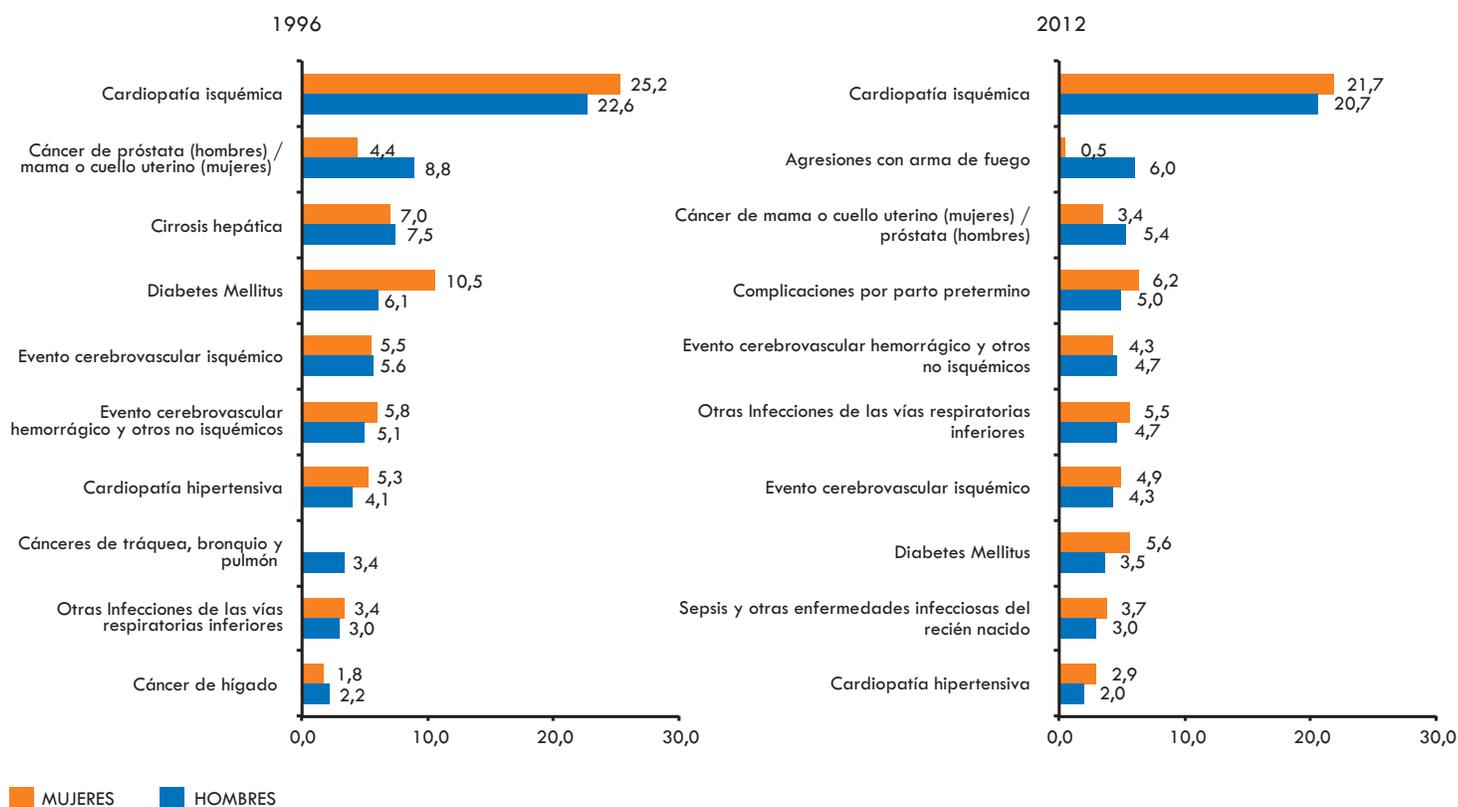
Diferente es el caso de la distribución de defunciones por causa de muerte en la población adulta mayor.

Los resultados indican que el perfil epidemiológico de la población adulta mayor durante los últimos 20 años en el país se mantiene relativamente estable. Las principales diez causas de muerte en 1996 son las mismas diez principales causas de muerte de 2015. Sin embargo, se observan diferencias en la composición relativa.

Mientras causas de muerte como eventos cerebrovasculares isquémicos y otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores ganan importancia como causa de mortalidad en 2015, condiciones como la cirrosis hepática tiende a disminuir como causa de muerte. Por ejemplo, adquieren importancia las causas endógenas: la cardiopatía isquémica pasa del 17 % al 21 %, el evento cerebrovascular isquémico aumenta de 5,6 % a 7,2 % (Gráfico 6).

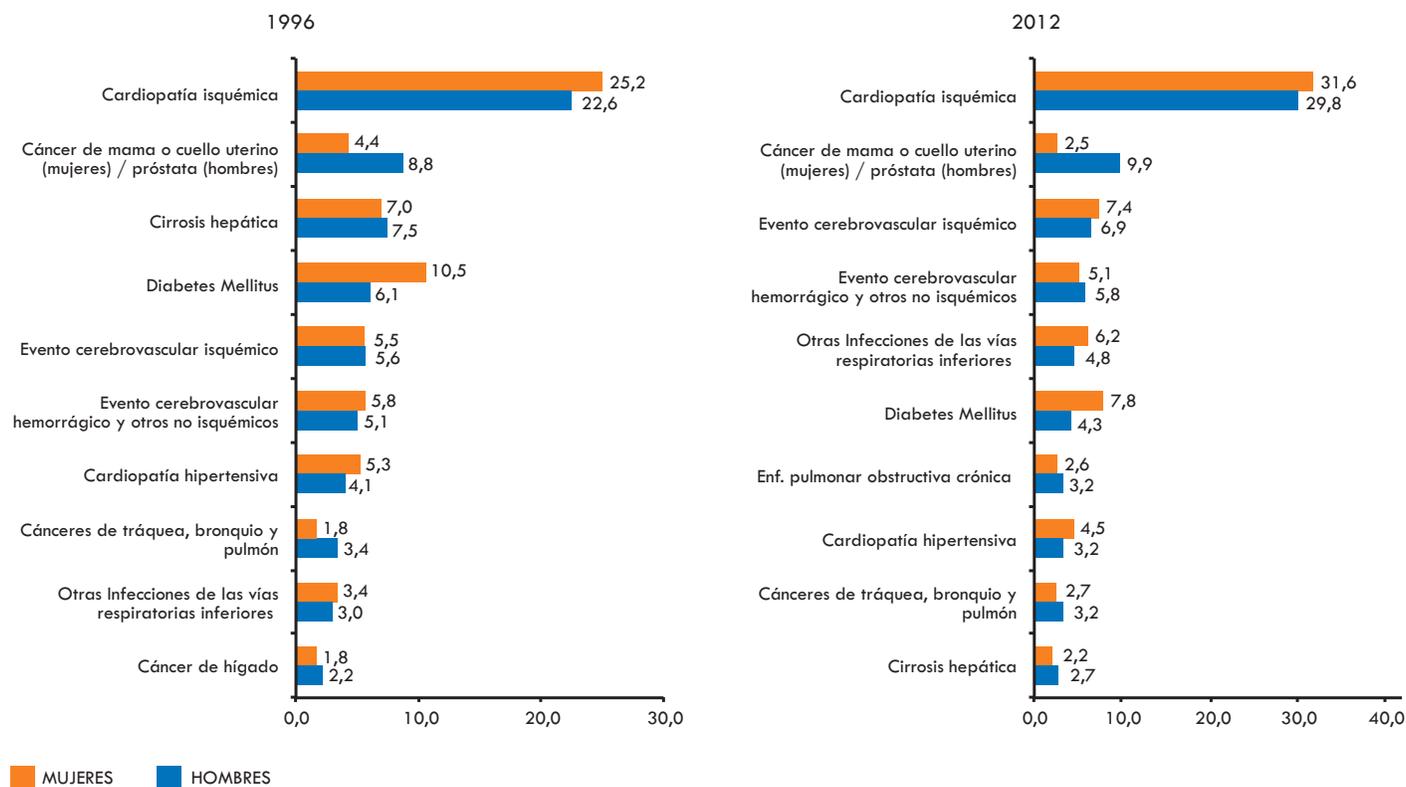
Resaltan las diferencias hombre-mujer, a favor de los hombres, en términos de muertes por diabetes mellitus y cardiopatía hipertensiva. Mientras el 12,3 % de la mujer adulta mayor muere por alguna de estas causas, en el hombre este porcentaje es del 7,5 %, lo cual significa una diferencia de 4,9 puntos porcentuales, es decir 40 % menor en los hombres. Del total de muertes de la mujer adulta mayor, 7,8 % se debe a diabetes mellitus y 4,5 % a cardiopatía hipertensiva. En los hombres, 4,3 % muere por diabetes mellitus y 3,2 % por cardiopatía hipertensiva. Estas dos causas de muerte están relacionadas con enfermedades de carácter crónico y señalan importantes inequidades en contra de las mujeres en términos de estado de salud. En la sección de estado de salud se presentan los resultados obtenidos por sexo para prevalencia de enfermedad crónica, consistentes con estas diferencias encontradas en el perfil de mortalidad.

Gráfico 5: Causas de muerte más comunes en la población total por sexo, 1996 y 2012



Fuente: Cálculos propios en uso de OMS (2017)

Gráfico 6: Causas de muerte más comunes en el adulto mayor por sexo, 1996 y 2012



Fuente: Cálculos propios en uso de OMS (2017)

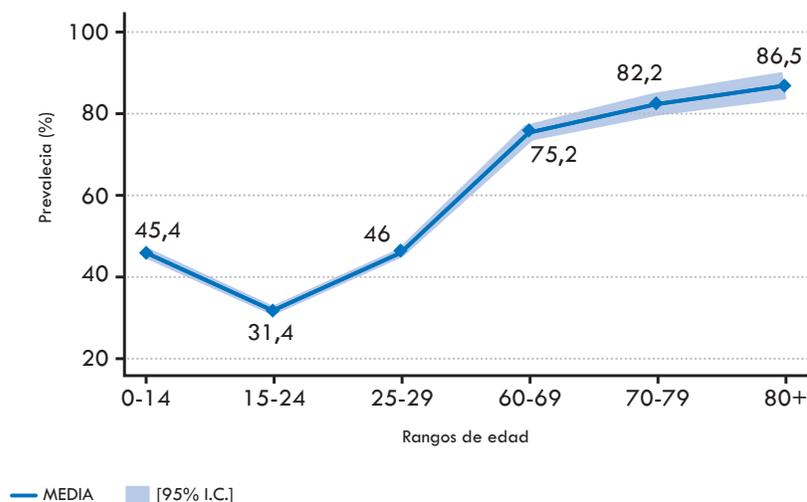
2.4.2. Los cambios en el perfil de morbilidad

Al igual que el patrón de mortalidad por edad, el patrón de morbilidad por edad muestra un aumento con la edad a partir de los 5 años. El Gráfico 7 muestra la proporción de personas que registraron por lo menos un evento de morbilidad reciente, una enfermedad crónica o discapacidad por grupos de edad en 2013, según la ENDESA. Mientras el 31,4 % de la población entre 15 y 24 años registra por lo menos un evento de morbilidad reciente, padece una enfermedad crónica o se encuentra en estado de discapacidad, el 86,5 % de la población de 80 años o más registra al menos uno de estos eventos en salud. Es decir, la prevalencia de al menos uno de estos eventos en salud en la población de 80 años y más es alrededor de tres veces la registrada en la población de 15 a 24 años. En promedio, 79,5 % de la población adulta mayor (60+) registra por lo menos un evento de morbilidad reciente, una enfermedad crónica o discapacidad.

El Gráfico 8 desagrega la prevalencia por edad de cada evento: morbilidad reciente, enfermedad crónica y discapacidad. Como se observa, mientras la prevalencia de un evento de morbilidad aumenta lentamente con la edad, la prevalencia de enfermedades crónicas o discapacidad incrementa de forma marcada con la edad: es significativamente mayor en edades más avanzadas. De la población de 0-14 años, solo el 1,2 % padece de algún tipo de discapacidad, mientras que el 44,4 % de la población de 80 años o más padece alguna limitación física o discapacidad. Las diferencias en prevalencia por enfermedad crónica por rangos de

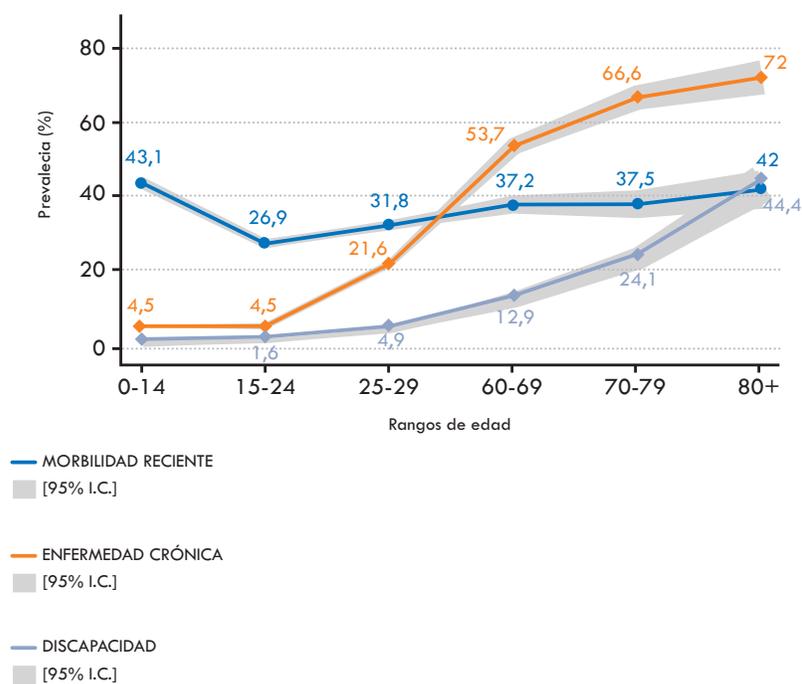
edad son aún más acentuadas. Mientras el 4,5 % de la población de 0-14 años sufre de alguna enfermedad crónica, el 72,0 % de la población de 80 años o más padece alguna de estas enfermedades. Se consideran enfermedades de larga duración o crónicas, la artritis, el cáncer, la diabetes, la enfermedad de los riñones o hígado, la enfermedad mental, el asma, la epilepsia, la hipertensión y la enfermedad cardiovascular.

Gráfico 7: Prevalencia de morbilidad reciente, crónica o discapacidad, por rangos de edad



Fuente: Cálculos propios en uso de ENDESA (2013)

Gráfico 8: Prevalencia de morbilidad reciente, enfermedad crónica y discapacidad, por rangos de edad



Fuente: Cálculos propios en uso de ENDESA (2013)

Al descomponer la prevalencia de morbilidad reciente, enfermedad crónica y discapacidad por rangos de edad y por sexo (Tabla 3), se observa que las diferencias por sexo son estadísticamente significativas para la enfermedad crónica. La mujer adulta mayor sufre una mayor prevalencia de enfermedad crónica que el hombre: 74,8 % de las mujeres mayores de 60 años sufre alguna enfermedad crónica, mientras solo el 49,2 % de los hombres padece el mismo tipo de condición. Esto es 25,6 puntos porcentuales de diferencia.

Al comparar esta brecha por sexo para la población adulta mayor con otros países, se encuentra que, en Colombia, por ejemplo, la prevalencia de enfermedad crónica aumenta conforme la edad incrementa y la brecha hombre mujer alcanza su mayor diferencia en la población de 80 años y más. Allí, el 69,9 % de las mujeres con 80 años o más padece una enfermedad crónica, mientras que solo el 51,6 % de los hombres de la misma edad padece este tipo de condición; esto es 18,3 puntos porcentuales de diferencia (Concha et al., 2015).

Tabla 3: Prevalencia de morbilidad reciente (últimos 30 días), enfermedad crónica y discapacidad. Total población y para el adulto mayor, por sexo

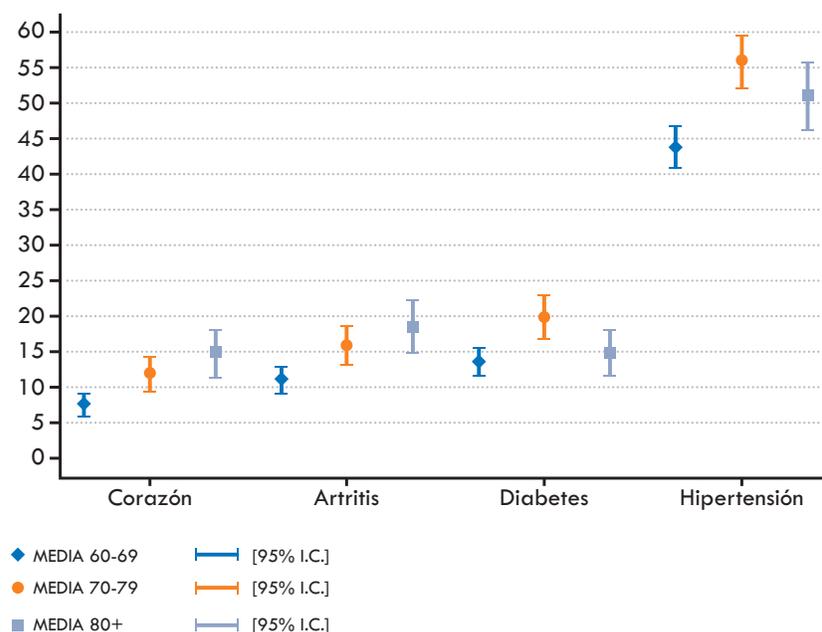
| | Total población | | | 0-59 años | | | 60+ años | | |
|--|-------------------|-------|-------|-------------------|-------|-------|-------------------|-------|-------|
| | Media [95 % I.C.] | | | Media [95 % I.C.] | | | Media [95 % I.C.] | | |
| Morbilidad reciente (últimos 30 días) | | | | | | | | | |
| Hombres | 32,2% | 30,0% | 33,8% | 31,6% | 30,0% | 33,2% | 37,3% | 32,6% | 42,0% |
| Mujeres | 35,0% | 33,5% | 36,5% | 34,3% | 32,7% | 35,8% | 41,6% | 37,4% | 45,9% |
| Total | 33,6% | 32,5% | 34,9% | 33,0% | 31,7% | 34,2% | 39,5% | 36,0% | 43,1% |
| Enfermedad crónica | | | | | | | | | |
| Hombres | 13,0% | 11,9% | 14,1% | 9,2% | 8,3% | 10,2% | 49,2% | 45,5% | 52,8% |
| Mujeres | 20,8% | 19,5% | 22,1% | 14,8% | 13,7% | 16,0% | 74,8% | 71,8% | 77,8% |
| Total | 17,0% | 16,0% | 17,9% | 12,1% | 11,3% | 12,9% | 62,5% | 59,8% | 65,2% |
| Discapacidad | | | | | | | | | |
| Hombres | 4,9% | 4,3% | 5,6% | 3,2% | 2,7% | 3,6% | 21,4% | 17,0% | 25,9% |
| Mujeres | 5,2% | 4,5% | 5,8% | 2,9% | 2,4% | 3,4% | 25,6% | 21,8% | 29,3% |
| Total | 5,0% | 4,6% | 5,5% | 3,0% | 2,7% | 3,4% | 23,6% | 20,7% | 26,4% |

Fuente: Cálculos propios en uso de ENDESA (2013)

Al descomponer la prevalencia de enfermedad crónica por tipo de enfermedad (Gráfico 9), se evidencia que las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en el adulto mayor son la hipertensión, seguida de diabetes, artritis y enfermedad cardiovascular. En términos de rangos de edad, dentro de la población adulta mayor se observan diferencias significativas para el caso de enfermedad del corazón y artritis. Esto implica que el proceso de transición epidemiológica acentúa la prevalencia de estas dos enfermedades, en particular para la población de 70 años o más. En el caso de hipertensión y diabetes, a pesar de ser las dos enfermedades con mayor prevalencia dentro del total de la población mayor, las diferencias por rangos de edad dentro la

población de 60 años o más no son estadísticamente significativas. Estos resultados indican que, desde inicios de la tercera edad, la prevalencia de este tipo de condición está relativa y homogéneamente distribuida a lo largo de la población y por ende el sistema debe estar preparado para atender este tipo de condición en toda la población adulta mayor.

Gráfico 9: Enfermedades crónicas con mayor prevalencia en el adulto mayor, según rangos de edad



Fuente: Cálculos propios en uso de ENDESA (2013)

Al desagregar estas prevalencias por sexo, se encuentran diferencias importantes en magnitud estadísticamente significativas. La Tabla 4 presenta la prevalencia de enfermedades crónicas en el adulto mayor, diferenciada por sexo. Del total de mujeres adultas mayores, 60 % reporta sufrir hipertensión, mientras que el 36,3 % de hombres de la misma edad registra una condición similar; la prevalencia en las mujeres es entonces alrededor del doble de la de los hombres. Similar es la prevalencia de artritis: el 21,6 % de las mujeres de 60 años o más sufre esta condición, mientras solo el 5,6 % de los hombres han sido diagnosticados con artritis.

Sin embargo, en diabetes, enfermedad cardiovascular, insuficiencia renal, asma, enfermedad mental, cáncer, enfermedad del hígado y epilepsia, la diferencia en prevalencia entre hombres y mujeres no es significativamente distinta entre sí. Es llamativo que la prevalencia de hipertensión es mayor en mujeres que en hombres, mientras la insuficiencia renal pareciera ser mayor en hombres que en mujeres. La diabetes y la hipertensión son los mayores factores de riesgo para presentar insuficiencia renal. Por esta razón se puede intuir que existe un subdiagnóstico en la población de hombres mayores de 60 años para algunas de las condiciones reportadas anteriormente, y por ende ausencia de tratamiento y presentación de estadios más avanzados de enfermedad.

Al desagregar las prevalencias por área de residencia (Gráfico 10), las diferencias son significativas para el caso de artritis en la mujer e hipertensión en el hombre, teniendo una mayor carga de enfermedad el área urbana. Esto es, del total de mujeres adultas mayores que viven en el área urbana, 24,4 % padecen de

artritis, mientras que en el área rural este porcentaje es inferior en casi 10 puntos porcentuales; el 14,8 % de las mujeres adultas mayores rurales padecen de esta enfermedad.

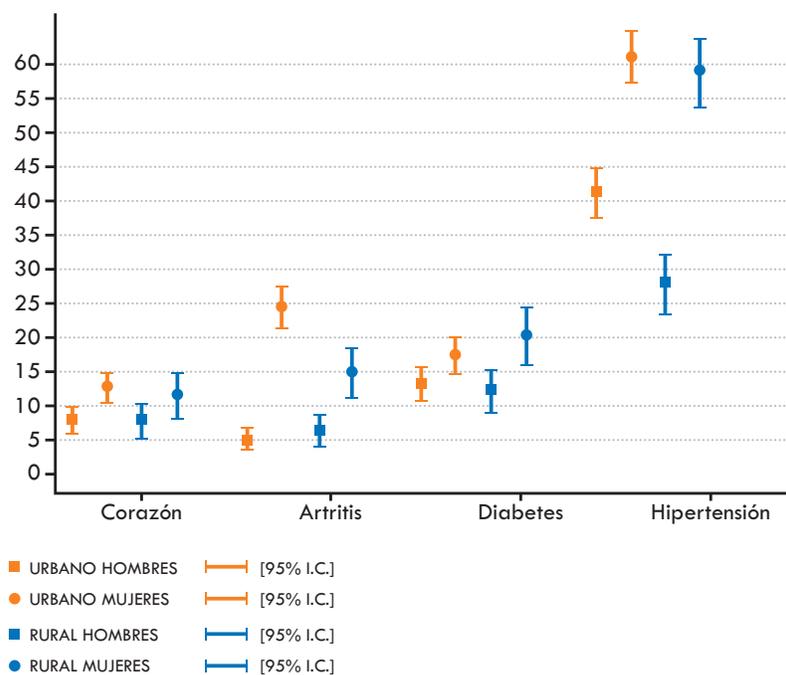
En términos de hipertensión, el 41,0 % de los hombres adultos mayores que viven en el área urbana padecen de hipertensión, mientras que el 27,6 % de los adultos mayores hombres del área rural tienen la misma condición.

Tabla 4: Prevalencia de enfermedades crónicas en el adulto mayor

| | Total adulto mayor | | | Hombres | | | Mujeres | | |
|---------------------------|--------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | Media [95 % I.C.] | Media [95 % I.C.] | Media [95 % I.C.] | Media [95 % I.C.] | Media [95 % I.C.] | Media [95 % I.C.] | Media [95 % I.C.] | Media [95 % I.C.] | Media [95 % I.C.] |
| Hipertensión | 48,6% | 45,6% | 51,6% | 36,3% | 32,5% | 40,0% | 60,0% | 56,2% | 63,8% |
| Diabetes | 15,6% | 13,5% | 17,6% | 12,8% | 9,9% | 15,7% | 18,2% | 15,2% | 21,1% |
| Artritis | 13,9% | 11,8% | 16,1% | 5,6% | 3,8% | 7,5% | 21,6% | 18,4% | 24,8% |
| Enfermedad Cardiovascular | 10,2% | 8,1% | 12,3% | 7,9% | 5,8% | 9,9% | 12,4% | 9,3% | 15,4% |
| Insuficiencia renal | 3,9% | 2,8% | 5,1% | 4,8% | 2,7% | 6,9% | 3,1% | 1,7% | 4,5% |
| Asma | 3,3% | 2,2% | 4,5% | 3,3% | 1,7% | 4,8% | 3,4% | 1,6% | 5,2% |
| Enfermedad mental | 1,9% | 1,0% | 2,7% | 1,4% | 0,6% | 2,1% | 2,3% | 0,8% | 3,8% |
| Cáncer | 1,7% | 1,0% | 2,5% | 1,8% | 0,8% | 2,9% | 1,7% | 0,7% | 2,7% |
| Enfermedad del hígado | 0,8% | 0,1% | 1,5% | 0,8% | 0,8% | 2,1% | 0,8% | 0,1% | 1,4% |
| Epilepsia | 0,6% | 0,2% | 1,1% | 0,3% | 0,3% | 0,5% | 1,0% | 0,2% | 1,7% |

Fuente: Cálculos propios en uso de ENDESA (2013)

Gráfico 10: Enfermedades crónicas con mayor prevalencia en el adulto mayor, según sexo y zona de residencia



Fuente: Cálculos propios en uso de ENDESA (2013)

En resumen, la carga de enfermedad por edad y sexo subraya los retos que trae consigo el envejecimiento relativo de la población, pues el aumento de la proporción de población adulta mayor implica un incremento de la población que padece alguno de los eventos adversos en salud (morbilidad, discapacidad), como también un aumento de la importancia de las enfermedades crónicas de mayor costo para el sistema.

2.4.3. Percepción del estado de salud

La investigación cualitativa se enfocó en el discurso de los participantes de los grupos focales, en las entrevistas a profundidad, así como en los diarios de campo de los investigadores. La categoría “percepción del estado de salud” fue definida en las categorías iniciales y fue el elemento central del instrumento realizado para los diferentes métodos de recolección de la información cualitativa. La “percepción del estado de salud” se entiende, para esta investigación, como una evaluación subjetiva del individuo frente a un concepto particular y amplio de salud sobre sí mismo y su comunidad, como un estado de bienestar integral, no meramente limitado a las alteraciones de tipo fisiológico o clínico.

En el proceso de análisis se establecieron subcategorías dentro de esta categoría, las cuales no tienen una connotación positiva o negativa, sino que son percepciones propias de los individuos o de los colectivos frente a su apreciación con respecto a salud. Las subcategorías fueron el resultado de categorías emergentes y la frecuencia de aparición en el discurso, estas fueron:

- Bienestar en relación con la percepción de salud, la cual fue definida como sentirse y percibirse bien tanto física como psíquicamente. En esta categoría se incluyeron las expresiones de bienestar que podían o no estar acompañadas con la presencia de una enfermedad.
- Salud relacionada con Dios, esta subcategoría es el resultado de la alta frecuencia encontrada en el discurso de los participantes de su salud en la creencia en Dios y la relación directa de tener fe con su bienestar en salud.
- Enfermedad y vejez, relaciona el no bienestar en salud, entendido como la presencia de enfermedad y el hecho de estar viejo o llegar a ser viejo.
- Ausencia de salud relacionada con presencia de enfermedad, implica la percepción de salud relacionada como la ausencia de la enfermedad que, si bien no es la definición autorizada de salud, es la percepción comunitaria que se encuentra con la definición de salud.

2.4.3.1. Percepción de bienestar en salud

El bienestar con respecto a la salud o como en muchas ocasiones fue referido “me siento bien”, es una referencia que se encuentra comúnmente en el discurso, especialmente en los participantes del sexo masculino. Es de anotar que la referencia no implicaba la ausencia de enfermedad, por el contrario, en muchas ocasiones en personas mayores que referían presentar algún tipo de patología e incluso discapacidades asociadas. Así, como en muchas referencias, la percepción de bienestar no se vinculaba a la ausencia de enfermedad, en otras se vinculaba con no “necesidad” de asistir a los servicios de salud o no estar usando algún tipo de medicación. No se encuentran diferencias significativas en las referencias asociadas a bienestar en salud entre los grupos rurales o urbanos, y es de resaltar que las personas entrevistadas en general no presentaban discapacidades que fuesen relevantes.

2.4.3.2. Salud relacionada con Dios

... Yo de salud me siento perfectamente bien, no tengo problemas, solamente los tuve una vez, una que tengo en mi mente que creía una cosa en... entonces eso me hizo, yo estuve... inclusive mandaron una ambulancia a nosotros, hasta me operaron, entonces, yo le vivo casi de eso porque de ahí para adelante no he tenido... ni de mi casa ni de... porque gracias a Dios no he tenido problemas así (GF Mujer 60+, Centro urbano, Santo Domingo, Altos ingresos).

Mi salud ahora mismo está bastante mejor por la gracia de Dios (GF Migrante, 40-60 años, Este rural).

Las citas previamente referidas muestran que, así como se encontró en Misión Colombia Envejece, la relación del bienestar en salud y la salud, entendida por los participantes de los grupos focales, en la mayoría de ocasiones, como ausencia de enfermedad, presenta un vínculo muy fuerte con la fe y con creer en un ser supremo, Dios, a quien entregan la responsabilidad, así como el resultado de su salud y la de sus familias. Esta referencia se encuentra en ambos sexos y se relaciona además con la expectativa y la posibilidad de vivir “saludablemente” a futuro.

2.4.3.3. Enfermedad y vejez

Para los participantes de los grupos focales, tanto de las zonas urbanas como rurales, la enfermedad tiene una asociación causal con el mismo proceso de envejecimiento. A pesar de que hay algunas referencias en torno a la posibilidad de prevención, se considera a la enfermedad y a la “sensación” de estar enfermo como una consecuencia “normal” de ser “viejo” y de estar envejeciendo. La enfermedad se convierte de esta manera en un referente propio y usual de la vejez, así como la percepción de “no estar bien a nivel de salud”.

Las siguientes citas ilustran la relación perceptual de enfermedad y vejez, que se evidencia en los dos grupos etarios entrevistados:

De la salud estoy bien porque eso llega cuando tú no lo estés esperando, dolamas, porque ya la edad, dolamas en el cuerpo, las rodillas, todo eso, pero lentamente no, porque si me pongo a darle mente, me vuelvo loca, si tengo que sobarme me sobo y me muevo para que se me quite un poco y seguir para adelante (GF Mujer 60+, Centro urbano, Santo Domingo).

... Usted ya con 80 años es un enfermo, eso lo pone peor entonces yo, el futuro mío yo creo que ya en la vejez son los hijos míos, pues son los que me están viendo (GF Hombre 60+, Norte rural).

2.4.3.4. Ausencia de salud relacionada con presencia de enfermedad

Los participantes de los grupos focales definen su salud en relación con la ausencia de enfermedad, lo cual contrasta con la primera subcategoría presentada, en la que el bienestar percibido se da a pesar de la presencia de enfermedad. A pesar de ser dos categorías que parecieran ser contradictorias, realmente se convierten en categorías paralelas, es decir la presencia de una enfermedad implica no tener una buena

salud, pero esto no está en contra de percibirse bien a sí mismo. En medio de este juego de palabras, resalta una definición común de los participantes con respecto a tener salud y cómo ella se vincula a la ausencia de enfermedad sin que esto implique per se una percepción de malestar.

Tal cual como lo ha presentado la literatura, la percepción de los estados individuales de salud y enfermedad son juzgados de manera diferente, y la evaluación de los estados de salud se deriva de la propia e individual comprensión de la salud que puede no estar de acuerdo con la evaluación de los expertos médicos. Tal como lo anota (Amartya Sen, 2002) se encuentra un contraste perceptual entre las opiniones “internas” de salud (basadas en las propias percepciones del paciente) y las opiniones “externas” (fundamentadas en las observaciones de los médicos o patólogos).

Estas son algunas citas que presentan la relación de ausencia de enfermedad como un marcador de salud en los participantes:

Yo soy una, así como ustedes me ven, (...) vean me dicen ‘no ella está, esa mujer está bien, esa mujer está en salud’, solamente Dios y yo y él saben de mí, yo tengo muchos problemas, sabes ¿por qué te digo?, yo tengo tres operaciones, me operaron de la columna le pidieron una operación aquí y operaba era que en este huesito, tengo tres en la columna y dos discos desgastados en la columna y tengo un desgaste en los huesos entonces imagínate, entonces no tengo hijos, no tengo mamá, no tengo papá, no tengo...” (GF Mujer 60+, Norte rural).

No estoy bien porque yo tengo una enfermedad, como se dice, que me descubrieron los médicos, que yo no me siento bien, tengo noches que duermo muy poco por el motivo que yo cuando me llevaron al médico hasta de que me iban a hacer una operación de corazón abierto, pero por la edad no me hicieron y yo no puedo hacer nada en un sentido o no de nada porque yo puedo caminar, no leo tampoco ni subir subida y entonces eso es lo que me tiene mal, como se dice (GF Mujer 60+, Norte rural).

Bueno de salud yo, bueno, más o menos, no tengo nada bueno, yo sufro de la presión del azúcar, tengo muchos problemas (GF Hombre 60+, Centro urbano, Santo Domingo).

3. Cobertura, aseguramiento, uso y acceso a los servicios de salud

3.1. Preguntas e hipótesis

Los mecanismos de operación de un sistema de salud determinan, entre otros, el acceso y la cobertura de la población a servicios de salud, sin embargo, también contemplan aspectos como el financiamiento y su sostenibilidad en el tiempo con los parámetros económicos de una nación. Es así como en este apartado se describe el funcionamiento del sistema de salud dominicano desde distintas perspectivas y se pretenden resolver las siguientes preguntas: ¿Cuál es el mecanismo de aseguramiento para la población mayor en República Dominicana? ¿Cómo es el acceso a los servicios de salud para la población mayor? ¿Las personas adultas mayores saben cómo utilizar los servicios de salud? ¿Qué tipos de servicios de salud se pueden prestar a la población mayor en condición de vulnerabilidad y a aquellos que tienen capacidad de pago? República Dominicana viene estableciendo con mayor fuerza desde hace algunos años un sistema de salud

que tenga mayores coberturas y permita el acceso a los servicios de salud de poblaciones excluidas con mayor efectividad; sin embargo, el proceso de puesta en marcha ha tenido dificultades las cuales en este momento impiden el acceso efectivo a la población adulta mayor.

3.2. Marco conceptual

3.2.1. ¿Qué es un sistema de salud y cuál es su objetivo?

La Organización Mundial de la Salud (2015) afirma que un sistema de salud vincula a todas las organizaciones, instituciones, recursos y personas que tienen como objetivo común mejorar las condiciones de salud de una población. Para que estos sistemas funcionen es necesario proveer personal calificado, infraestructura, tecnologías médicas, orientaciones técnicas, sistemas de información y mecanismos de financiamiento y seguimiento a la ejecución de recursos (OMS, 2015).

El objetivo principal de los sistemas de salud es mejorar el estado de salud de la población en general, garantizar un proceso de financiamiento justo —protección financiera y equidad de financiamiento— y promover una mayor equidad en el acceso a los servicios de salud. Con estos parámetros es necesario valorar la eficacia que puede estar teniendo el sistema de salud dominicano.

En el mundo, los sistemas de salud se crean a partir de los perfiles de salud de la población y sobre todo las disposiciones políticas y económicas de los estados. En este sentido, es necesario tener en cuenta cuáles son las funciones que esos sistemas de salud deben llevar a cabo para poder cumplir con el objetivo principal.

Figura 1: Funciones de los sistemas de salud



Kutzin, adaptado por Castro HE 2012

En general, los sistemas de salud tienen cuatro funciones específicas. La primera, la rectoría/gobernanza, busca dar línea tanto técnica como financiera para los diferentes actores del sistema de salud interponiendo siempre la necesidad de mejorar la salud de la población por encima de intereses particulares. La segunda, el financiamiento, pretende hacer sostenible el sistema en todos sus componentes, así como proveer servicios de salud equitativos de acuerdo con las necesidades de las personas y mejorar la calidad en la atención a través de la adquisición de tecnologías en salud. La tercera, la generación de recursos, busca la innovación tecnológica y de talento humano necesaria para mejorar el acceso a los servicios de salud y su calidad. Por último, la provisión de servicios de salud se refiere a la entrega pertinente de servicios de salud, tanto a nivel individual como comunitario.

Muy enfocado a la protección financiera, tanto de los usuarios de los sistemas de salud como de la economía de los países, entran los mecanismos de aseguramiento de la población a estos sistemas. El aseguramiento es definido por Roa (2009) como un mecanismo de gestión integrado que busca mitigar el riesgo financiero y los riesgos en salud, así como promover un acceso efectivo y de calidad a las distintas redes de prestación de servicios de salud. Este aseguramiento también funciona como mecanismo de mediación entre el encargado de administrar los recursos y las organizaciones que deben prestar los servicios de salud (Buitrago, 2013).

El aseguramiento en salud no garantiza en su totalidad el acceso a los servicios de salud ni la cobertura de estos, sobre todo porque este aseguramiento tiene limitaciones al tener recursos financieros finitos para delimitar los planes de aseguramiento. Los sistemas de salud están en capacidad de determinar planes de beneficios, que pueden entenderse como una lista de inclusiones o exclusiones de tecnologías en salud, que definen a qué tipo de servicios se puede acceder según el estatus de aseguramiento en salud de una persona.

El estatus de aseguramiento en salud o más bien el tipo de aseguramiento está determinado por la fuente de financiamiento que aporta a dicho seguro. Los recursos pueden provenir del sector público o del sector privado, entendiendo los recursos del sector público como aquellos recibidos de impuestos o disposiciones económicas generales de los gobiernos para la sostenibilidad del sistema, o del sector privado cuando hay aportes de empleadores, empleados y otros mecanismos ajenos a los gobiernos nacionales y territoriales.

3.2.2. El sistema de salud de República Dominicana

El sistema de Seguridad Social y Salud en República Dominicana fue promulgado por la Ley 42 y la Ley 87 de 2001, las cuales reglamentan tanto el Sistema de Salud como el de Seguridad Social en el país. El sistema fue creado bajo los principios de universalidad y equidad en el acceso.

Rathe y Moliné describen el sistema de salud dominicano a partir de los sectores que lo constituyen, que son el público y el privado. El Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS) es el órgano rector y superior del Sistema Dominicano de Seguridad Social, y cuenta con representación del Gobierno, todos los sectores de la sociedad civil y empleadores privados (CNSS, 2017). Por otra parte, el Ministerio de Salud Pública (MSP) es el encargado de la habilitación y vigilancia de los centros de salud y se encarga de administrar los recursos para la población de escasos recursos, no afiliada. Además del CNSS y el MSP, las principales entidades que conforman el sector público dentro del sistema son el Consejo Nacional de Salud (CNS), la

Tesorería de Seguridad Social y el Seguro Nacional de Salud (SENASA), principal aseguradora del régimen subsidiado. Los recursos para el sector público provienen de los impuestos y son adjudicados por el Gobierno para cubrir la población pobre no afiliada y las personas afiliadas al régimen subsidiado, en su mayoría afiliadas al SENASA. Los servicios para estas dos poblaciones se prestan principalmente a través de la red de proveedores públicos, aunque la población perteneciente al régimen también es atendida en la red de proveedores privados (Rathe & Moliné, 2011).

A su vez, el sector privado está financiado por las empresas que aseguran a sus trabajadores al régimen contributivo y los hogares con capacidad de pago para afiliarse a una aseguradora privada. Los principales administradores de los fondos de este sector son las administradoras de riesgo de salud privadas (ARP). Los servicios para la población cubierta dentro de este sector se prestan en la red de proveedores privados. Por otra parte, la población dominicana con capacidad de pago suficiente puede acceder a servicios de salud en establecimientos privados, aunque en este caso el 100 % del gasto proviene del bolsillo del usuario (Rathe & Moliné, 2011).

La gran bolsa de financiamiento del Sistema Dominicano está constituida a la fecha por recursos del Gobierno dominicano a través de un per cápita para cubrir a la población subsidiada, que se denomina régimen subsidiado (RS), y de los aportes realizados por empleados y empleadores privados, para cubrir sus propios gastos en salud. Estos fondos son recaudados por la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y luego son enviados a las Aseguradoras de Riesgos en Salud (ARS), las cuales también pueden ser públicas o privadas. La principal Aseguradora de Riesgos en Salud es el Seguro Nacional de Salud (SENASA) que se encarga de hacer la afiliación a la población del régimen subsidiado y pagar por los servicios contemplados en el Plan Básico de salud a través de la red pública contenida en el Ministerio de Salud Pública o por medio de organizaciones privadas sin ánimo de lucro. El SENASA también afilia a algunos sectores del Gobierno dominicano y trabajadores contribuyentes que eligen esta ARS (Rathe & Moliné, 2011).

3.3. Metodología

3.3.1. Cuantitativo

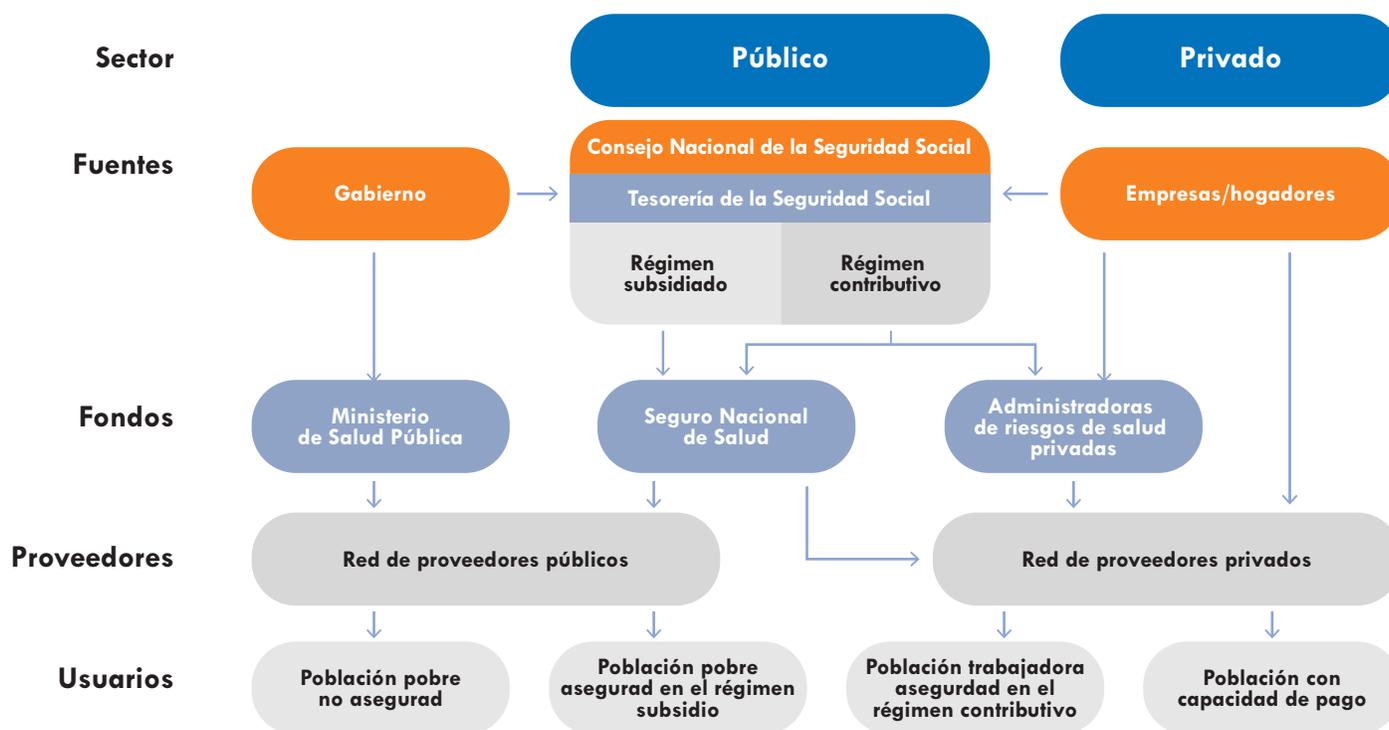
Esta sección analiza cómo el sistema de salud dominicano responde en términos de cobertura, acceso, uso de servicios a los retos que el nuevo perfil demográfico y de morbilidad le imponen al sistema.² Para el análisis se usa la información de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales en lo referente a afiliación al Sistema de Salud en República Dominicana, y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA) de 2013 para el análisis de uso de servicios de salud.

La ENDESA es una encuesta nacional de hogares que mide las condiciones de vida de la población de República Dominicana en una muestra efectiva de 11.464 hogares entrevistados. Permite el análisis de resultados a nivel nacional, urbano, rural y para ocho regiones. Dentro de esta muestra total, la información concerniente a estado de salud, uso y acceso a servicios de salud está disponible para una submuestra de 5.758 hogares conformados por 20.769 individuos.

2. El análisis de protección financiera que el sistema brinda a la población adulta mayor se presenta más adelante en este capítulo.

Figura 2: Esquema del sistema de salud dominicano

ARTÍCULO DE REVISIÓN



Fuente: Tomado de Rathe y Moliné, 2011

3.4. Resultados

3.4.1. Cuantitativo

3.4.1.1. El adulto mayor en el sistema de salud dominicano

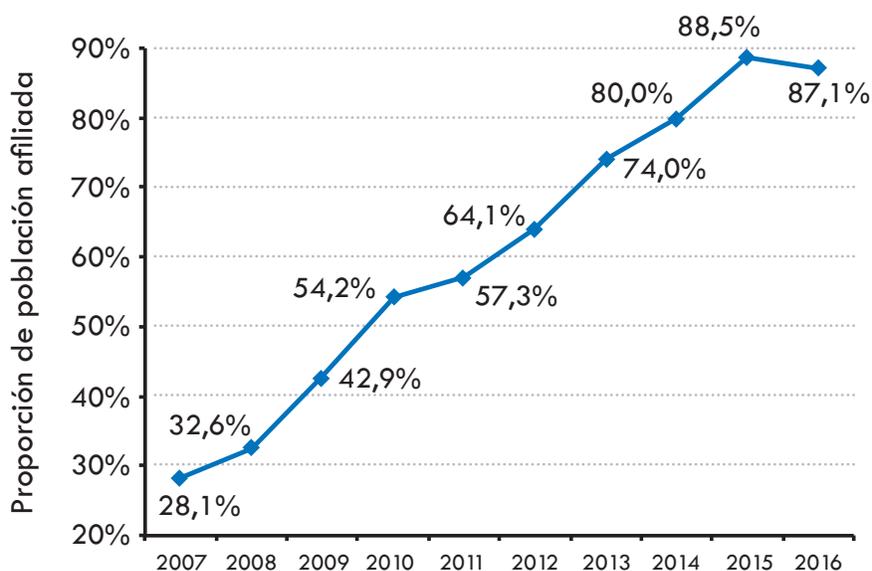
El Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) fue erigido en 2001 por la Ley 87 y contempla tres regímenes diferentes: uno subsidiado, uno contributivo y otro contributivo- subsidiado. Los tres regímenes cubren seguro de vejez, discapacidad y sobrevivencia y el Seguro Familiar de Salud. A diferencia de los regímenes subsidiado y contributivo-subsidiado, el régimen contributivo también ofrece aseguramiento en riesgos laborales por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

El régimen contributivo protege a los trabajadores asalariados públicos y privados, el régimen subsidiado a los trabajadores por cuenta propia con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, a su vez a los desempleados, discapacitados e indigentes. El régimen contributivo-subsidiado, por su parte, es el que protege a los profesionales y técnicos independientes y a los trabajadores por cuenta propia con ingresos promedio iguales o superiores al mínimo nacional. Se denomina contributivo-subsidiado porque está financiado por el aporte del trabajador, al igual que el régimen contributivo, pero mientras en el contributivo existe un aporte al sistema por parte del empleador, en el contributivo-subsidiado este aporte es subsidiado por el estado para suplir la falta de empleador (Art. 7, Ley 87-2001).

Dado que el SDSS está concebido a través de un sistema único de afiliación, cotización, plan de beneficio y prestación de servicios, en términos del Seguro Familiar en Salud, los tres regímenes ofrecen un Plan Básico de Salud que contempla una canasta de servicios para la población asegurada (Art. 11, Ley 87-2001). Le corresponde al Ministerio de Salud Pública la financiación y rectoría del sistema. Cada persona puede elegir la administradora de riesgos de salud (ARS) de su preferencia y afiliarse a ella.

Esta especificación del sistema ha traído consigo incrementos importantes en cobertura. De acuerdo con la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, en diciembre de 2007 el 28,1 % de los adultos mayores contaban con afiliación al Seguro Familiar de Salud, el país tenía 220 mil adultos mayores afiliados al sistema. A diciembre de 2016, dicha cifra asciende a 927 mil adultos mayores, lo que representa 87,1 % de los adultos mayores con afiliación al sistema. El Gráfico 11 presenta la evolución de la tasa de afiliación al sistema desde 2007 hasta 2016.

Gráfico 11: Proporción de adultos mayores con afiliación en salud. 2007-2016



Fuente: Cálculos propios en uso de información en afiliación SISARIL (2017) y proyecciones de población CELADE

En términos de afiliación por sexo, los resultados indican que en 2016 un 87,3 % de las mujeres adultas mayores cuentan con afiliación al Seguro Familiar de Salud, cifra mayor a la proporción de afiliación masculina en 0,4 puntos porcentuales, pues los hombres registran un porcentaje de afiliación del 86,9 %. A 2016, este porcentaje de afiliación ha aumentado en promedio tres veces con respecto a su nivel en 2007, tanto para hombres como para mujeres. La Tabla 5 presenta el porcentaje de afiliación del adulto mayor por sexo desde 2007 hasta 2016. Se destaca la muy similar y constante en el tiempo diferencia del porcentaje de afiliación por sexo.

Tabla 5: Proporción de población adulta mayor con afiliación en salud por sexo. 2007-2016

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Ambos sexos | 28,1% | 32,6% | 42,9% | 54,2% | 57,3% | 64,1% | 74,0% | 80,0% | 88,5% | 87,1% |
| Mujeres | 27,8% | 32,6% | 42,9% | 54,7% | 58,1% | 65,2% | 75,4% | 80,8% | 88,4% | 87,3% |
| Hombres | 28,5% | 32,5% | 42,9% | 53,6% | 56,4% | 62,9% | 72,4% | 79,1% | 88,7% | 86,9% |

Fuente: Cálculos propios en uso de información en afiliación SISARIL (2017) y proyecciones de población CELADE

Al analizar el aseguramiento por régimen y rangos de edad (Tabla 6) se observa que, a diciembre de 2016, el 57,9 % de los adultos mayores se encuentran afiliados al Sistema Familiar en Salud a través del régimen subsidiado y el 26,8 % a través del régimen contributivo. Como era de esperarse, la mayor proporción de adulto mayor la concentra el régimen subsidiado. Por rangos de edad se observa que, mientras en el régimen contributivo a mayor edad, menor nivel de porcentaje de afiliación del adulto mayor a dicho régimen; en el régimen subsidiado a mayor edad, mayor porcentaje de afiliación a dicho régimen. Esto es, 285 mil adultos mayores en 2016 pertenecen a dicho régimen, de los cuales el 43,4 % corresponde a adultos mayores que aún cotizan al sistema, 16,1 % son dependientes y 41,5 % son adicionales.

El Plan Especial de Pensionados y Jubilados se refiere al plan transitorio de salud, estipulado por el Decreto 379 de 2009, el cual establece un plan de salud especial para los pensionados y jubilados que reciben su pensión por parte del Fondo de Pensiones y Jubilaciones del Estado y que no están activos dentro de ninguna nómina del régimen contributivo o en la base de datos del régimen subsidiado. Como se observa en la Tabla 6, este Plan especial cubre el 2,4 % de la población adulta mayor, con una participación creciente a medida que aumenta la edad del adulto mayor.

Tabla 6: Proporción de población adulta mayor con afiliación en salud, según rangos de edad y régimen. 2009 y 2016

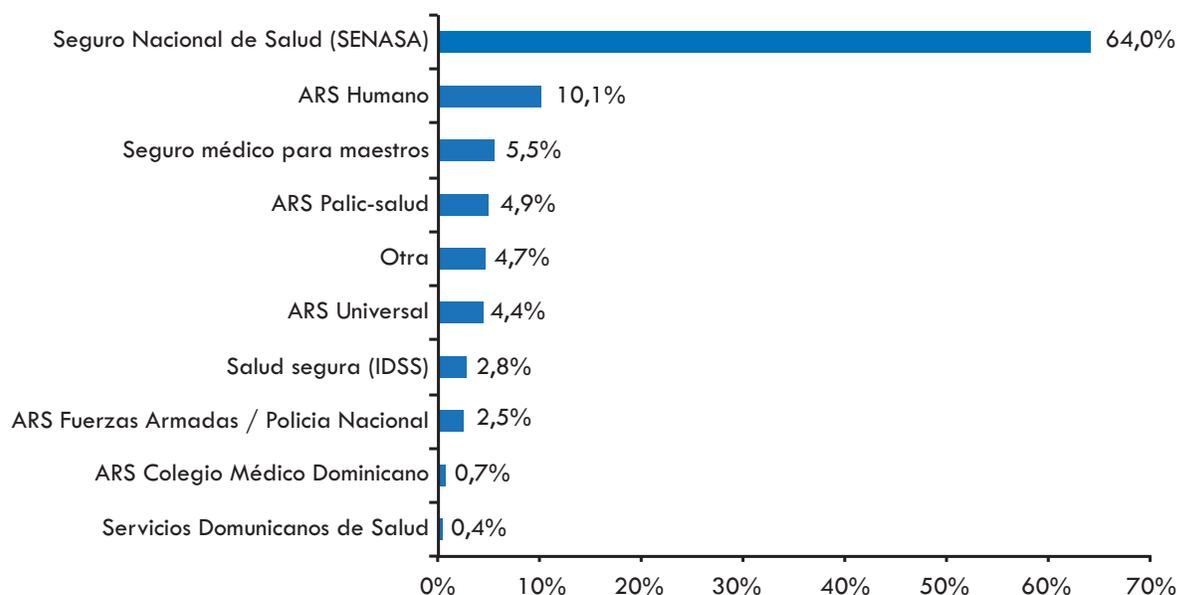
| | Régimen contributivo | Régimen subsidiado | Plan Especial de Pensionados y Jubilados | Total Seguro Familiar en Salud |
|----------|----------------------|--------------------|--|--------------------------------|
| 60-64 | 31,9 % | 50,8 % | 0,6 % | 83,3 % |
| 65-69 | 29,0 % | 55,6 % | 1,4 % | 85,9 % |
| 70-74 | 26,1 % | 60,3 % | 3,0 % | 89,4 % |
| 75-79 | 22,1 % | 58,2 % | 4,2 % | 84,6 % |
| 80-84 | 20,7 % | 74,8 % | 4,7 % | 100,1 % |
| 85 y más | 15,9 % | 69,1 % | 6,2 % | 91,2 % |
| Total | 26,8 % | 57,9 % | 2,4 % | 87,1 % |

Fuente: Cálculos propios en uso de información en afiliación SISARIL (2017) y proyecciones de población CELADE

Al comparar los datos de la ENDESA 2013 sobre afiliación al Seguro Familiar en salud con la información reportada por la SISARIL proveniente de la Base de Datos de Dispersión TSS-UNIPAGO, se encuentra que mientras en la ENDESA 2013 el porcentaje de afiliación del adulto mayor es del 70,2 %, en la información de la SISARIL este porcentaje asciende a 74,0 %. La diferencia de cuatro puntos porcentuales en términos de afiliación del adulto mayor puede ser atribuible al hecho de que la información del SISARIL corresponde a un registro administrativo y por tanto requiere tiempos de actualización para tener en cuenta defunciones y duplicaciones propias de este tipo de registros.

A partir de la información proveniente de la ENDESA 2013, se encuentra que la mayor proporción de adultos mayores asegurados (64 %) lo está por medio del Seguro Nacional de Salud (SENASA), seguidos de ARS Humano que concentra el 10,1 % del aseguramiento del adulto mayor y el seguro médico para maestros con el 5,5 % del total. Esta distribución de la afiliación del adulto mayor concentrada en SENASA se debe principalmente a que dicha institución pública es la responsable de administrar los riesgos de los afiliados subsidiados y contributivos del sector público y todos aquellos del sector privado que la escojan voluntariamente (CESDESM, 2013). El Gráfico 12 presenta la distribución del aseguramiento en salud por tipo de aseguradora para la población adulta mayor, según la ENDESA 2013.

Gráfico 12: Distribución de la población adulta mayor asegurada en salud, según ARS



Fuente: Cálculos propios en uso de ENDESA (2013)

Finalmente, al analizar el aseguramiento por grupos de ingreso del hogar —hogares de ingresos bajos, medios y altos— el aseguramiento en salud para el adulto mayor no tiene una concentración específica por grupo socioeconómico. Es decir, las diferencias en tasa de aseguramiento en salud por tercil de ingreso no son estadísticamente significativas para el caso de la población adulta mayor. Sin embargo, diferencias significativas se observan en el aseguramiento de la población de 0-59 años. Mientras 60,9 % de las personas de

0-59 años que viven en hogares de ingreso alto están aseguradas con alguna ARS, el 44,6 % de las personas de este mismo rango de edad, pero que viven en hogares de ingreso bajo (Tertil 1) están aseguradas; esto es 16,3 puntos porcentuales de diferencia en la tasa de aseguramiento en salud (Tabla 7).

Tabla 7: Proporción de personas con aseguramiento en salud. Total población y para el adulto mayor, por sexo

| | Total población | | | 0-59 años | | | 60+ años | | |
|----------|-------------------|-------|-------|-------------------|-------|-------|-------------------|-------|-------|
| | Media [95 % I.C.] | | | Media [95 % I.C.] | | | Media [95 % I.C.] | | |
| Tertil 1 | 46,4% | 44,0% | 48,8% | 44,6% | 42,0% | 47,2% | 70,4% | 65,1% | 75,7% |
| Tertil 2 | 54,9% | 52,4% | 57,4% | 53,2% | 50,5% | 55,9% | 70,4% | 66,1% | 74,7% |
| Tertil 3 | 62,0% | 58,7% | 65,3% | 60,9% | 57,3% | 64,5% | 69,7% | 64,8% | 74,6% |
| Total | 54,4% | 52,6% | 56,2% | 52,7% | 50,8% | 54,7% | 70,2% | 67,4% | 72,9% |

Fuente: Cálculos propios en uso de ENDESA: Encuesta Demográfica y de Salud (2013)

3.4.1.2. Uso y acceso a los servicios de salud en la población adulta mayor

Con base en los datos de la ENDESA (2013), se observa que del total de la población adulta mayor con por lo menos una enfermedad crónica (62,5 % del total de adultos mayores), el 77,6 % afirma haber tenido por lo menos una consulta de control de esta enfermedad durante el último año de la encuesta y el 94,1 % dice haber recibido tratamiento para esta enfermedad (Tabla 8). Al diferenciar el acceso a estos servicios por sexo, no se observan diferencias estadísticamente significativas, lo que indica un acceso equitativo entre hombres y mujeres a estos servicios.

Tabla 8: Uso de servicios médicos en la población adulta mayor con enfermedad crónica, por sexo. 2013

| | | Media | [95 % I.C.] | |
|---|---------|--------|-------------|--------|
| Porcentaje de adulto mayor con enfermedad crónica | Total | 62,5 % | 59,8 % | 65,2 % |
| Porcentaje de adulto mayor con enfermedad crónica que ha consultado un profesional de la salud durante los últimos 12 meses por dicha enfermedad | Total | 77,6 % | 74,2 % | 81,0 % |
| | Hombres | 74,5 % | 69,6 % | 79,4 % |
| | Mujeres | 79,4 % | 75,6 % | 83,2 % |
| Porcentaje de adulto mayor con enfermedad crónica que recibe tratamiento médico para dicha enfermedad. | Total | 94,1 % | 91,4 % | 96,8 % |
| | Hombres | 92,3 % | 88,2 % | 96,3 % |
| | Mujeres | 95,2 % | 92,7 % | 97,8 % |
| Porcentaje de adulto mayor con enfermedad crónica que no recibe tratamiento por dicha enfermedad o no ha consultado un profesional de la salud durante los últimos 12 meses por dicha enfermedad. | Total | 24,6 % | 21,3 % | 27,9 % |
| | Hombres | 28,8 % | 23,6 % | 34,0 % |
| | Mujeres | 22,1 % | 18,3 % | 25,9 % |

Fuente: Cálculos propios en uso de ENDESA (2013)

En términos de uso de servicios de salud preventiva para el adulto mayor, el 11,6 % de esta población usó por lo menos un servicio de salud preventiva durante los últimos 12 meses, es decir por lo menos se hizo una mamografía, una citología, examen de cáncer de próstata, examen cardiovascular o examen de detección de enfermedad infecciosa.

El acceso a este tipo de servicios registra diferencias por área de residencia, teniendo mayor acceso a servicios de salud preventiva los adultos mayores que residen en áreas urbanas (Tabla 9). Sin embargo, inequidades significativas por zona solo se observan para el acceso a servicios de mamografía.

En términos de uso de servicios de hospitalización, el 8 % de la población adulta mayor recibió servicios de hospitalización durante los últimos 6 meses, el 8,4 % en el área urbana y el 7,2 % en el área rural; 8,5 % para hombres y 7,6 % para mujeres. El promedio de días de hospitalización en esta población fue de 5,4 días por evento de hospitalización.

Tabla 9: Uso de servicios de salud preventiva en el adulto mayor, por zona. 2013

| | Total Nacional | | | Urbano | | | Rural | | |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | Media [95 % I.C.] |
| Proporción de adulto mayor que usó por lo menos un servicio de salud preventiva durante los últimos 12 meses | 11,6% | 9,3% | 13,9% | 13,2% | 10,2% | 16,2% | 8,1% | 5,3% | 11,0% |
| Mamografía | 2,1% | 1,2% | 2,9% | 2,8% | 1,6% | 3,9% | 0,6% | 0,0% | 1,2% |
| Citología | 3,6% | 2,6% | 4,6% | 4,0% | 2,7% | 5,3% | 2,7% | 1,4% | 4,1% |
| Examen de detección de cáncer de próstata | 4,6% | 3,0% | 6,2% | 4,9% | 2,9% | 7,0% | 3,8% | 1,3% | 6,4% |
| Examen cardiovascular | 3,1% | 1,9% | 4,3% | 3,3% | 2,0% | 4,7% | 2,5% | 0,1% | 5,0% |
| Examen de detección de enfermedad infecciosa | 0,2% | 0,0% | 0,4% | 0,2% | 0,0% | 0,5% | 0,1% | 0,1% | 0,4% |
| N | 2,173 | | | 1,416 | | | 757 | | |

Fuente: Cálculos propios en uso de ENDESA (2013)

La Tabla 10 presenta la tasa de uso de servicios de salud dado un evento de morbilidad reciente en el adulto mayor.

Como se observa, el 29,8 % de los adultos mayores que registraron un evento de morbilidad reciente recibieron atención por parte de un profesional de la salud. Los diferenciales en uso de este tipo de servicios por sexo y por área de residencia no son estadísticamente significativos, lo cual denota ausencia de inequidades en salud en términos de uso de servicios dado un evento de morbilidad por sexo o por área de residencia

Tabla 10: Uso de servicios de salud dado un problema de morbilidad reciente (últimos 30 días), por sexo y zona. 2013

| | Porcentaje de adulto mayor que registró un problema de morbilidad reciente. | | | Porcentaje de adulto mayor que consultó un profesional de la salud dado que necesitó (tuvo un problema de salud durante los últimos 30 días). | | |
|---------------------------|---|-------------|--------|---|-------------|--------|
| | Media | [95 % I.C.] | | Media | [95 % I.C.] | |
| Según sexo | | | | | | |
| Hombres | 37,3 % | 32,5 % | 42,0 % | 26,6 % | 19,9 % | 33,3 % |
| Mujeres | 41,6 % | 37,3 % | 45,9 % | 32,4 % | 26,2 % | 38,7 % |
| Zona de residencia | | | | | | |
| Urbano | 38,8 % | 34,8 % | 42,8 % | 30,1 % | 24,3 % | 35,9 % |
| Rural | 41,2 % | 34,1 % | 48,3 % | 29,2 % | 22,5 % | 35,9 % |
| Total nacional | 39,5 % | 36,0 % | 43,1 % | 29,8 % | 25,3 % | 34,3 % |
| N | 2,173 | | | 840 | | |

Fuente: Cálculos propios en uso de ENDESA (2013)

3.4.2. Cualitativo: percepción sobre el sistema de salud

La categoría Sistema de Salud fue definida como una categoría inicial dentro de las hipótesis planteadas en el protocolo de esta investigación, y es una de las categorías referentes en los instrumentos y la recolección de los datos, tanto en los grupos focales como en las entrevistas a profundidad. En el análisis de los textos, esta categoría se dividió en tres categorías emergentes que permitieron dar cuenta de las referencias que frente a la categoría Sistema de Salud los participantes refirieron sus percepciones. Estas subcategorías fueron señaladas de forma frecuente e hicieron parte del discurso de las diferentes modalidades de participación. Estas tres subcategorías son: Dos sistemas diferentes, Ausencia de cobertura a la población mayor, y Calidad del Sistema-Calidad del Servicio. A continuación, se revisa cada una de ellas.

3.4.2.1. Dos sistemas diferentes

Mientras la población mayor de altos ingresos, la cual fue entrevistada en las áreas urbanas tiene una buena percepción con el sistema de salud, ella está relacionada con su posibilidad de acceder al aseguramiento privado, en el cual encuentran facilidad para el acceso a los servicios y tecnologías del sistema, así como una atención que la valoran “de calidad”. Esta misma población hace referencia a las diferencias

significativas que perciben con los servicios de salud prestados por parte del sistema público, en los cuales subrayan dificultades particularmente en tiempos de espera, entrega de tecnologías médicas, acceso geográfico, trato e incluso calidad misma del servicio. Es así como podemos evidenciar que en la población se percibe la presencia de dos servicios diferentes en salud, a pesar mismo de los principios del sistema en el que se subraya la equidad como uno de los fundamentales para este.

Yo tengo mi seguro privado, mientras uno va a la clínica, porque uno puede ir, si uno necesita un medicamento, uno puede costearlo, está todo bien aunque sea medio carito, pero cuando es a nivel público, he visto casos y viví el caso de mi madre en un hospital que hay mucha deficiencia por todo lado, no solo de medicamento sino de atención a las personas. Yo he visto cómo llegan los pacientes, que es realmente una emergencia y se quedan hablando porque tú llegaste, oye espérate y a mi madre le dio un infarto y murió del corazón, pero no reciben atención rápido como tienen que recibirla a nivel público. Ahí yo me lamenté y dije mira, aunque yo no tengo mis recursos eran menos que ahora, pero sigue si tengo que pagar un seguro, de ahí para acá fue difícil porque mi esposo y yo quedamos sin trabajo, pero yo dije, déjenme morir si tienen que llevarme a un seguro, porque es demasiado difícil (GF Mujer 40 a 60 años, Urbano).

M1: Bueno, yo le voy a decir una cosa, yo con toda esta crisis que he tenido, en ya consumir una píldora, yo tengo un seguro que se llama (...)

H1: ¿Es un seguro privado?

M1: Privado, sí, de BHD.

H1: ¿Y cómo le ha ido?

M1: Yo creo que la operación mía debió haber costado más de un millón de pesos, me la cubrió completamente y a mí me pusieron un medicamento mensual que yo estuve tomando que vale, bueno ahora me están reembolsando un tanto de cien mil pesos, ese medicamento me lo pusieron, vale ocho mil, realmente, siete mil quinientos (GF Mujer 60+, Centro urbano, Santo Domingo, Altos ingresos).

De acuerdo con la cuestión de salud aquí, para los pobres no hay salvación. Porque no recibimos ayuda por ninguna de las partes. No tenemos esperanza (GF Hombre 60+, Sur urbano).

Aquí en esta frontera tenemos un problema aquí. Aquí a la frontera no vienen especialistas, si tenemos problemas es para la capital que tenemos que ir y hacer malabares para poder llegar a la capital, por lo tanto, el sistema de salud no está equilibrado, todo se concentra en la gran ciudad y nosotros los pueblitos, los pueblitos pequeños que nos lleve, como decimos, amigo Satanás, ese es el gran problema (GF Mixto 60+, Sur rural).

3.4.2.2. Ausencia de cobertura en la población mayor

Esta categoría emergente fue referida frecuentemente por parte de los participantes en los diferentes escenarios en donde fueron entrevistados, así como en los distintos grupos, hombres, mujeres, mayores de 60 años, entre 40 a 60 años, urbano, rural. Esta referencia se veía además asociada con una preocupación en relación con la ausencia de aseguramiento en salud a la población mayor, a pesar o no de la cotización al sistema por parte de esta, lo cual lo perciben como un riesgo creciente ante el incremento en las necesidades de salud de esta población, así como una sensación de vulnerabilidad por cuanto se desconoce y se ve de manera incierta las acciones para el manejo de la enfermedad en esta población.

... Hay otro problema en este país y es que las personas que nos pensionamos pasan a la pensión sin el beneficio del seguro, luego yo para ser dependiente de mi esposo que trabajó 52 años en la administración pública y cuando se enfermó lo pensionaron, lo mandaron a la casa sin seguro y nosotros tuvimos que... para dificultar casi cuatro millones de pesos para cubrir su enfermedad que tuvo, una enfermedad por deficiencia... entonces eso en un sistema así no se puede, aquí yo creo que una de las cosas que más hay que trabajar es eso, que las personas envejecientes pasen con un seguro cuando más lo necesitan (GF Mujer 60+, Centro urbano, Santo Domingo, Altos ingresos).

3.4.2.3. Calidad del sistema-Calidad del servicio

Bueno, el sistema de la salud aquí no está muy bueno porque aquí mismo, aquí mismo nosotros que somos munícipes de aquí, a veces uno va a la clínica y ni una jeringuilla para ponerse una inyección aparece, ni una jeringuilla aparece que es lo más barato, usted va y ni una curita a veces haya. Y entonces, ¿sí? Van a veces uno que se corta una cortaita y no hay ni hilo pa' coser. Inventando tantos millones y millones robando y ladrones robando (GF Hombre 60+, Sur rural).

Sin duda, este es uno de los temas de mayor referencia por parte de los participantes y si bien se encuentran posiciones distintas en términos de si es “bueno” o “malo”, se evidencia un alto grado de desconfianza hacia los servicios de salud en general, tanto en la institucionalidad como en el recurso humano. También hay desconfianza en el propio sistema de salud, el cual califican de baja calidad asociado a un bajo entendimiento del funcionamiento de este y a un alto costo en el “pago de bolsillo”, el cual perciben excesivo y pobremente asociado al real pago de servicios de calidad. Por otra parte, se referencia, en relación con el sistema de salud, cómo este no “cumple” con el pago a las instituciones prestadoras de servicios de salud, lo cual genera limitaciones al acceso del servicio y por ende bajos niveles en la atención.

Bueno, el seguro de nosotros, muchas veces no lo pagan, el ministerio no paga la clínica y ¡pam! lo cortan, no tenemos seguro por un mes, dos meses, hasta tres meses sin seguro, esa es una; los médicos solamente tienen límite de consulta, si uno llegó después de que ya pasó ese límite ya no tiene consulta, muchas veces o siempre, le cobran un extra, aparte de que uno paga su seguro, mil y pico de pesos de seguro, también le cobran en la consulta, y por ejemplo si uno es a Santo Domingo que va, la cita se la ponen a largo tiempo, un mes o mes y medio, que si uno está muy mal hasta puede morir y no sirvió (GF Hombre 60+, Sur urbano).

No son tan eficientes. No aquí en cuanto a la salud entendemos que no hay una salud de gran calidad como debe ser o como la demanda el pueblo. Aquí cuando usted va le ponen una cita, va un médico en la clínica privada, hay que tener recursos para pagar al médico y si va a un hospital público es a morir. Allí los médicos hacen lo que les da la gana, allí los médicos atienden a uno es a las malas. No hay un buen servicio, es un servicio mezquino, totalmente mezquino, la medicina uno allí va a un médico, a un hospital público, que es donde tenemos acceso, porque no hay dinero para pagar una clínica o un hospital privado, vamos cerca, a un hospital público y allí lo que le dan es una receta a uno y si no tiene dinero lo que va es a guardarla y usted se va a morir con sus problemas, porque no tiene dinero para comprar esas recetas, unas veces carísima y usted no tiene con qué comprarla. Qué vas a hacer, no vas a ir, cómo. La salud aquí no es buena, no es buena (GF Hombre 60+, Sur urbano).

4. Determinantes del estado de salud

4.1. Preguntas e hipótesis

En la actualidad, el cuidado de la salud busca pasar de un enfoque de prevención, basado en intervención de factores de riesgo, a un enfoque de promoción, fundamentado en determinantes de la salud. Estos dos conceptos están relacionados y deben ser complementarios, lo que los diferencia es el nivel al que se dan las intervenciones para lograr un efecto positivo en ellos. El enfoque de prevención está basado en intervenciones que van dirigidas al individuo, que buscan cambiar los factores de riesgo modificables para el desarrollo de distintas condiciones y mitigar el impacto de los factores de riesgo no modificables. A su vez, el enfoque de promoción se desarrolla a un nivel social, en el cual la unidad que se interviene es una comunidad, y aunque dentro de este también se busca tener un efecto sobre el individuo, este efecto se logra a través de intervenciones que modifican el entorno que rodea a dicho individuo.

En el contexto de poblaciones vulnerables, como es el caso del adulto mayor, intervenciones en los determinantes de la salud son altamente costo-efectivas y beneficiosas para los individuos, particularmente en el mediano y largo plazo. A esto se suma el efecto multiplicador que dichas intervenciones pueden tener más allá de la población objetivo. La efectividad de dichas intervenciones depende de la habilidad de ellas de responder a las necesidades específicas de la población objetivo.

Descriptores de las condiciones de vida de la población adulta mayor como nivel educativo, acceso a servicios públicos, infraestructura, hábitos de las personas, estado de salud, ocupación y situación económica, entre otros, son de vital importancia para la formulación de intervenciones de políticas públicas altamente efectivas y que permitan identificar los aspectos por priorizar dentro de dicho conjunto de políticas. Esta sección busca entonces determinar cuáles son los principales descriptores del estado de salud de la población adulta mayor en República Dominicana.

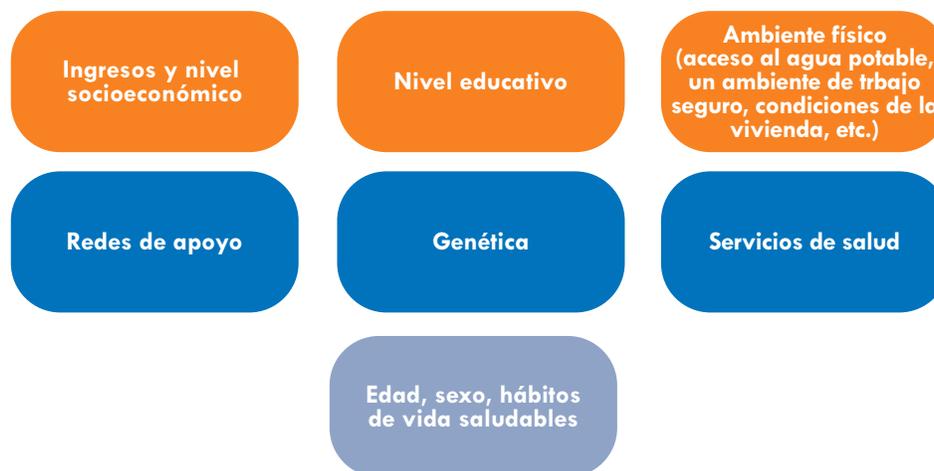
4.2. Marco conceptual

4.2.1. ¿Qué son los determinantes del estado de salud?

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, los determinantes del estado de salud son todos los factores que se combinan para afectar la salud de los individuos y las comunidades. Es decir, el estado de salud de un individuo está condicionado por circunstancias individuales y el ambiente que lo rodea. Según esto, el hecho de gozar o no de buena salud no es algo que dependa del individuo, ya que estos tienen muy poco control sobre ciertas condiciones que son necesarias para esto (World Health Organization, 2015).

Estos determinantes son diversos y pueden estar relacionados con condiciones económicas o medioambientales, del ambiente físico del individuo o con características individuales y comportamientos específicos. En la siguiente figura se muestran algunos de los determinantes del estado de salud (World Health Organization, 2015).

Figura 3: Ejemplo de algunos determinantes del estado de salud



Algunos determinantes con respecto a los cuales la Organización Mundial de la Salud tiene recomendaciones específicas por ser esenciales para una adecuada promoción de la salud, se encuentran en los siguientes grupos: transporte, seguridad alimentaria y agricultura, condiciones de vivienda, manejo de desperdicios, acceso a fuentes de energía limpias, industrialización, urbanización, calidad del agua, radiación, y nutrición y hábitos de vida saludables (World Health Organization, 2015). Estas categorías tienen un efecto variable en el estado de salud de la población y es esencial tener información específica de las comunidades por intervenir para conocer cuáles de estas áreas son las que se deben priorizar.

Uno de los determinantes más estudiados y que se ha asociado con el estado de salud es la pobreza. Estudios indican que las personas más pobres tienen mayores tasas de mortalidad y una menor expectativa de vida. Esta relación va muy de la mano con un bajo nivel educativo, en el cual se evidencia que los desenlaces en salud (medidos con indicadores) para personas con niveles educativos bajos, son menos favorables que en las personas con un nivel educativo alto. En general estos determinantes son producto de desigualdades sociales que hacen que subgrupos vulnerables dentro de las poblaciones deban asumir una carga desproporcionada sobre su salud, con respecto a la población general. Dicho en otras palabras, circunstancias de la vida diaria causan que una persona tenga una exposición diferencial a los factores que influyen en el desarrollo de las enfermedades (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

En general, los determinantes de la salud pueden agruparse a través de los siguientes niveles: contextuales, estructurales, intermedios e individuales. Los determinantes contextuales se refieren a aquellos factores socioeconómicos y políticos que generan estructuras y dinámicas sociales que conllevan la existencia de inequidades de carácter social. Este contexto se encarga de perpetuar, en muchos casos por simple omisión, el siguiente grupo de determinantes sociales que son los determinantes estructurales, que se refieren a atributos del individuo que refuerzan la estratificación social (posición social, género, raza, grupo étnico y acceso a la educación). Las inequidades relacionadas con determinantes estructurales deben ser desmanteladas, con el precepto de que “todos somos iguales”. Por último se tienen los determinantes intermedios, que suelen ser aquellos a través de los cuales operan los determinantes estructurales y se genera la exposición

diferencial a factores que pueden predisponer o causar una enfermedad. Dentro de estos se encuentran circunstancias materiales, circunstancias psicosociales, factores conductuales y biológicos, cohesión social y exposición y vulnerabilidad a factores de riesgo (Organización Panamericana de la Salud, 2012). Los determinantes intermedios, en muchos casos son factores de riesgo para condiciones específicas.

Algunos autores han denunciado una falta de evidencia que soporte los determinantes de la salud, debido a que muchos de los estudios que se han realizado no han logrado establecer una relación causal entre los determinantes y el estado de salud (Brug, 2009). Sin embargo, esto se debe al nivel al que operan los determinantes, ya que como exposiciones se acompañan de múltiples factores de confusión y puede ser difícil medir el efecto aislado de estos. Esto requiere diseño de enfoques experimentales innovadores y de ninguna manera sugiere que los determinantes sociales no son importantes (Basu, Meghani & Siddiqi, 2017). Las inequidades sociales son en sí un factor de riesgo para una mala salud, y por eso se debe trabajar en mejorar el acceso a servicios sanitarios, educativos, recreativos y al sistema de salud para toda la población.

En lo correspondiente a la población de adultos mayores, se considera que existen varias formas de calificar estos determinantes. En primer lugar, es importante considerar el momento del ciclo vital en el cual el determinante cobra su mayor importancia. Esto teniendo en cuenta que hay determinantes para un envejecimiento saludable, que actúan en etapas más tempranas de la vida y persisten a través del envejecimiento, otros que actúan tempranamente y se ven acentuados con el proceso de envejecimiento y, por último, los que emergen a edades más avanzadas. Por otra parte, los determinantes pueden tener un carácter macrosocial, cuyo efecto se ve reflejado en el imaginario y la calidad de vida de toda una sociedad, o microsociales, también denominados individuales. En la Tabla 11 se muestran los determinantes macrosociales y microsociales para un envejecimiento saludable (Steptoe, 2010).

Tabla 11: Determinantes macrosociales y microsociales para un envejecimiento saludable

| Macrosociales | Microsociales |
|--|---|
| Económicos/Pobreza | Relaciones sociales y participación social |
| Empoderamiento y participación política | Exposición al estrés/resiliencia y afrontamiento |
| Género | Salud mental |
| Distribución de recursos de salud | Hábitos de vida saludables |
| Diseño de ambientes de vivienda | |
| Vida laboral | |

Fuente: Steptoe, 2010

4.2.2. ¿Qué son los hábitos de vida saludable?

Las causas más importantes de morbilidad y mortalidad en la población de adultos mayores son las enfermedades crónicas no transmisibles. Con respecto a la prevención y el manejo de estas condiciones, estudios

evidencian que realizar actividad física de forma regular, llevar una dieta saludable, no consumir tabaco y un uso adecuado del alcohol y los medicamentos en edades avanzadas puede ayudar a prevenir enfermedades y deterioro funcional, aumentar la sobrevida y mejorar la calidad de vida. La actividad física regular reduce entre un 20-25 % el riesgo de muerte en personas con enfermedad cardiovascular establecida y reduce el grado de discapacidad asociado a diferentes ECNT (World Health Organization, 2002). Además, es un factor protector para el desarrollo de limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades de la vida diaria en personas mayores de 78 años, de acuerdo con un estudio llevado a cabo en una comunidad sueca (Sjölund, Wimo, Engström & Strauss, 2015). Por el contrario, la inactividad física o el sedentarismo son responsables de más de 3 millones de muertes al año a nivel mundial, ubicándose como uno de los cinco factores de riesgo más importante para morir junto a la obesidad, la hiperglicemia (niveles altos de azúcar en la sangre), las cifras de tensión arterial elevadas y el tabaquismo (Taylor, 2014).

Otro determinante fundamental en el contexto del envejecimiento saludable es un estado nutricional óptimo que se ha asociado con un mejor estado de salud y una mejor calidad de vida (Barkoukis, 2016). Por otra parte, las personas mayores que sufren de malnutrición viven en promedio 3 años menos que las personas con una nutrición adecuada, los que tienen riesgo de malnutrición viven en promedio 1,5 años menos (Shakersain, Santoni, Rizzuto, Fratiglioni & Xu, 2016).

4.2.3. Envejecimiento saludable

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el envejecimiento activo es “el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas a través del proceso de envejecimiento” y enfatiza que las personas mayores son sujetos activos en la sociedad (World Health Organization, 2002). Estos avances logrados a través del concepto de envejecimiento activo llevaron al desarrollo de un concepto más amplio con muchas más aristas y más retos, ‘envejecimiento saludable’. La Organización Mundial de la Salud en 2015 utiliza el término para describir el envejecimiento como un proceso que busca fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en esta etapa del ciclo de vida. Este concepto vincula las capacidades intrínsecas de los individuos relacionadas con sus capacidades físicas y mentales, las capacidades funcionales relacionadas con su nivel de independencia, el entorno entendido como los factores exteriores que interactúan con una persona en su vida diaria, y por último amplía el concepto de bienestar y lo lleva a la felicidad, la satisfacción y la plena realización (Organización Mundial de la Salud, 2015). Para el año 2050, se espera que la población de personas mayores de 60 años sea cuatro veces mayor que en 1970, llegando a 2.000 millones, de los cuales el 80 % vivirán en países en vías de desarrollo. Este es el grupo poblacional con mayor tasa de crecimiento a nivel mundial, y en consecuencia se está observando un envejecimiento de la población general con una inversión de la pirámide poblacional. Por esta razón, para el año 2015 la OMS adoptó el envejecimiento saludable como el eje central para las políticas de envejecimiento.

Con respecto a las características que deben tener las políticas basadas en el envejecimiento saludable, estas están enfocadas desde el área de salud pública al mantenimiento por el mayor tiempo posible de las capacidades intrínsecas de una persona, lo que llevarán a que el resto de actividades puedan desarrollarse sin mayor dificultad. Se resaltan cuatro características fundamentales para el desarrollo de políticas con

enfoque de envejecimiento saludable, (i) Tener en cuenta la diversidad desde el enfoque de necesidades diversas (ii) Reducir la inequidad, (iii) Garantizar el derecho a elegir y (iv) Propiciar el envejecimiento en el lugar en el que se desarrolla la vida de estas personas.

A través de políticas sociales, de salud tanto física como mental, promoción de redes de apoyo, trabajo y empleo que apoyen el envejecimiento saludable, se espera obtener beneficios en la disminución de la mortalidad prematura, de la morbilidad y los costos asociados a enfermedades crónicas, un aumento en la calidad de vida de las personas a través del envejecimiento y una mayor participación de las personas mayores en la vida doméstica, familiar, social y comunitaria y en las actividades económicas de los estados.

Por otra parte, cabe resaltar que el envejecimiento activo y saludable se debe ajustar a los distintos paradigmas culturales de cada sociedad, para que las políticas adoptadas sean realmente efectivas (Chao & Huang, 2016). No se debe ofrecer el envejecimiento activo y saludable como un medio para tener un mejor proceso de envejecimiento, ya que el envejecimiento activo es un proceso dinámico que abarca una amplia gama de aspectos relacionados con múltiples determinantes del individuo y el entorno el que vive (Boudiny, 2013).

4.2.4. Resumen de la situación en RD frente a los determinantes sociales

Dentro de las categorías de determinantes de la salud, resalta la importancia de la categoría que comprende los determinantes contextuales por cuanto estos condicionan en particular los factores individuales que caracterizan el estado de salud de la población e intermedian bien sea positiva o negativamente dicho estado. A su vez, algunos de estos pueden ser intervenibles a través de política pública, lo que subraya su importancia como instrumentos para la mejoría de las condiciones de salud de la población.

Con el objeto de analizar las características contextuales de República Dominicana y la inequidad socioeconómica, como uno de los determinantes sociales que intermedian las condiciones de salud de la población, esta sección analiza el contexto nacional en términos de las inequidades en el ingreso.

Una de las medidas más conocida para el análisis de las desigualdades en el ingreso es el índice de Gini. Este índice corresponde al área bajo la curva entre una línea de equidad absoluta y una curva de Lorenz del ingreso observado (Gastwirth, 1972). Este índice puede tomar valores entre 0 y 1 (que por lo general se multiplica por 100 para tomar valores entre 0 y 100). Un índice de Gini de 0 representa un estado de equidad absoluta y un valor de 100 significa inequidad absoluta. En República Dominicana la última medición disponible del índice de Gini corresponde a 2016 con un valor de 45,3. Al comparar con otros países de la región, este 45,3 representa un alto grado de desigualdad. En particular, República Dominicana se encuentra por encima de Uruguay (39,7), Argentina (42,4), Perú (43,8) y Ecuador (45,0), y por debajo de países como Guatemala (48,7), Chile (47,3), Brasil (52,8), Colombia (50,8) y Haití (60,79). Es importante resaltar que un grupo importante de países de la región no tienen información reciente sobre este índice (World Bank Group, 2016).

Otro índice importante para analizar las condiciones contextuales de República Dominicana es el Índice de Desarrollo Humano (IDH) desarrollado por el Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

El IDH es una ponderación de tres indicadores que dan cuenta de las condiciones de vida de un país: la expectativa de vida al nacer, años promedio de educación de la población adulta y el PIB per cápita. En la clasificación de países que hace PNUD a partir de los resultados del IDH, República Dominicana se ubica en un nivel alto de desarrollo humano con un valor de 0,722. En este grupo también están otros países de la región de Latinoamérica y el Caribe como Colombia, Brasil, México, Belice, Jamaica y Perú, entre otros. República Dominicana se encuentra en un nivel de desarrollo humano por encima de países como Paraguay, Nicaragua y Guatemala, que se ubican en el grupo de desarrollo intermedio, y por encima de países de desarrollo bajo como Haití, su país vecino, que a su vez es el país con peor desempeño de las Américas en este indicador (United Nations Development Programme, 2016).

Otro indicador de las condiciones socioeconómicas del país es el porcentaje de la población que vive bajo la línea de pobreza. De acuerdo con las cifras del Banco Mundial para 2015, el 32,4 % de la población dominicana vive por debajo de la línea de pobreza nacional. Este porcentaje es mayor que el de países como Brasil (7,4 %), Uruguay (9,7 %), Jamaica (19,9 %), Costa Rica (21,7 %), Perú (21,8 %), Paraguay (22,2 %), Ecuador (23,3 %), Panamá (23 %), Colombia (27,8 %), Nicaragua (29,6 %) y El Salvador (31,8 %), y menor que el de países como Bolivia (39,1 %), México (53,2 %), Haití (58,5 %), Guatemala (59,29 %) y Honduras (62,6 %). Sin embargo, cabe resaltar que este indicador está definido por la línea de pobreza nacional de cada país y pueden existir altas diferencias en los puntos de corte (World Bank Group, 2015).

En cuanto al nivel educativo de la población de República Dominicana se evidencia una tasa de alfabetización en las personas mayores de 15 años del 91,8 %, es decir que el 8,2 % de la población no sabe leer ni escribir. Además, únicamente el 56,4 % de las personas mayores de 25 años reportan tener algún grado de estudios por encima de la primaria completa. El 55,9 % de la población se encuentra trabajando, de los cuales 14,5 % se desempeñan en el sector agrícola y 41,9 % en el sector de servicios. La tasa de desempleo del 14,4 % y el porcentaje de personas empleadas en condiciones de empleo vulnerables es del 41,7 %. Por otro lado, del total de los empleados 7,8 % ganan menos de 3,10 dólares/día. Únicamente el 11,1 % de las personas en edad de recibir pensión reciben una pensión (United Nations Development Programme, 2016).

En cuanto a satisfacción con las condiciones de su entorno, 84 % reportan sentirse satisfechos con la calidad de la educación en el país, 89 % de los hombres y 91 % de las mujeres están satisfechos con su libertad de elección y 70 % de la población dice estar satisfecha con su nivel de vida. El nivel de satisfacción fue menor en temas como calidad de los servicios de salud (57 %), el trabajo ideal (56 %) y la percepción de seguridad (38 %) (United Nations Development Programme, 2016).

En particular para el caso de disponibilidad de servicios de salud, UNDP (2016) registra para República Dominicana una disponibilidad de 14,9 médicos por 10.000 habitantes, encontrándose dentro del promedio de los países de desarrollo humano alto y por debajo de la mayoría de los países de desarrollo humano muy alto. El gasto público en salud corresponde al 2,9 % del PIB (United Nations Development Programme, 2016).

En términos de las características de la vivienda, para el año 2012, 25,8 % de la población vivía en condiciones de hacinamiento, y este porcentaje ascendía al 40,9 % en el caso de las personas en condición de pobreza. Las mayores deficiencias reportadas fueron en las paredes del hogar, presentes en el 8,6 %

de los hogares de los encuestados, 15,7 % de las personas en condición de pobreza, mientras que las deficiencias en pisos y techos fueron del 2,8 % y el 1,7 %, respectivamente. En cuanto al acceso a agua conectada a la red pública, el 72,8 % de la población reportó tener acceso, pero en la población pobre la proporción fue menor, correspondiente al 61,2 %. Por otro lado, 13,2 % reportó que no tenía acceso a servicios sanitarios, porcentaje que ascendía al 20,7 % en las personas en condición de pobreza. Por último el 28 % de los hogares reportó que no tenía acceso a cobertura en salud, siendo un 40 % en los hogares de personas en condición de pobreza (Quinn, 2013).

La situación de ciertos determinantes ha sido evaluada en República Dominicana. Una de las fuentes de información con las que se cuenta son los resultados del censo del año 2010, publicados por la Oficina Nacional de Estadística (ONE). En el censo se evaluaron las fuentes de contaminación que perturban a los individuos en sus hogares. En este aspecto se evidenció que a nivel nacional la mayoría de la gente se queja de contaminación por ruido de vehículos y motores (1.435.892 personas) y música alta de bares, colmados o vecinos (1.021.763 personas). Otras fuentes de contaminación importantes a nivel nacional son acumulación de basuras (995.787), aguas estancadas (835.113) y cañada con basura o agua contaminada (736.979). No se evidenciaron diferencias grandes entre la población rural y urbana en las fuentes de contaminación reportadas. Aunque los problemas con las basuras fueron más prevalentes en la población rural (Oficina Nacional de Estadística, 2012).

4.3. Metodología

Una vez identificado el perfil de morbilidad y mortalidad de la población de personas mayores en República Dominicana, este capítulo explora los determinantes que se relacionan con este perfil. En particular para el análisis de determinantes, dos aproximaciones metodológicas se usan. Primero, una aproximación cuantitativa y luego una aproximación cualitativa.

En términos cuantitativos se usa la ENDESA 2013 que proporciona un grupo de variables que permiten analizar la distribución conjunta a nivel individual del estado de salud y algunas de las variables identificadas por la literatura como determinantes de la salud.

Específicamente se usa una regresión lineal multivariada, en la cual la variable dependiente es el estado de salud de la población y las variables independientes son aquellas identificadas en el marco teórico como determinantes del estado de salud y que la encuesta permite medir. Se incluyen en el modelo determinantes de tipo contextual, determinantes que caracterizan las condiciones de vida del hogar y por último aquellos determinantes de carácter individual como hábitos de vida y acceso a servicios de salud. Los resultados de la aplicación de esta metodología para el adulto mayor y en comparación con la población de 0 a 59 años se presentan en la siguiente sección.

Es de anotar, que va más allá de este trabajo establecer si las correlaciones encontradas tienen una dirección causal. Si bien la literatura en general encuentra que existen una serie de factores asociados con el estado de salud, establecer causalidad ha probado ser difícil y este tipo de análisis está por fuera del alcance de este capítulo.

4.4. Resultados

4.4.1. Cuantitativo

La Tabla 12 presenta los resultados obtenidos para el análisis de los determinantes de salud. Las cuatro primeras columnas muestran los determinantes de la salud para la población de 0-59 años (NAM-No Adulto Mayor) y las cuatro últimas columnas los determinantes de la salud para la población de 60 años o más (AM-Adulto Mayor).

El análisis se efectuó para los cuatro indicadores de salud analizados en este capítulo:

M - Morbilidad: la persona presentó un evento de salud durante el último mes de la encuesta.

C - Crónico: la persona tiene una enfermedad crónica diagnosticada.

D - Discapacidad: la persona sufre de una discapacidad.

S - Salud: la persona tiene una enfermedad crónica diagnosticada, sufre de una discapacidad o presentó un evento de salud durante el último mes de la encuesta.

Como factores explicativos de estos cuatro indicadores de salud y que expresan los determinantes de salud con los cuales se contó con información disponible, se incluyeron dentro de estas 8 especificaciones 33 variables. De estas 33 variables, 11 resultaron con poder explicativo en por lo menos uno de los modelos. El Anexo 1 de este capítulo presenta los resultados incluyendo cada uno de los 11 covariados usados.

Por otro lado, con fines ilustrativos y de síntesis, la Tabla 12 incluye los resultados de los coeficientes y sus errores estándar agrupados a través de dimensiones.

En los resultados resalta el bajo poder explicativo obtenido para todos los modelos, ningún R^2 alcanza un valor de 0,2, esto a pesar de incluir en los modelos un grupo importante de variables relacionadas con estado de salud. Este bajo poder explicativo se atribuye al hecho de que en el análisis no fue posible incluir variables que diesen cuenta de los hábitos de vida de la población, las cuales la literatura encuentra son las variables que tienen mayor efecto en los resultados de salud.

Para capturar el efecto contextual se usó un conjunto de variables dicotómicas de región. Los resultados indican que las variables que controlan por efectos contextuales a nivel de región son estadísticamente significativas para explicar morbilidad reciente y discapacidad, tanto para la población adulta mayor como para la población no adulta mayor. A su vez, este grupo de variables en conjunto con las variables de estado ocupacional son las que registran mayor valor en los coeficientes, tanto para la población adulta mayor como no adulta mayor. Esto indica que de las variables observadas estas son las que explican, en mayor magnitud, la varianza del estado de salud.

Cabe anotar que con el fin de determinar si existen diferencias significativas por área se especificaron los modelos usando área como indicador contextual. Sin embargo, en ninguna de las especificaciones el coeficiente de la variable área resultó estadísticamente diferente de cero. Estos resultados implican que, en el

contexto de República Dominicana, las diferencias urbano-rurales no explican en importancia la variabilidad en los resultados de salud. Por el contrario, otro grupo de variables resulta de mayor relevancia para explicar los resultados en salud y están son las variables de región, vivienda e individuales.

En seis de las ocho especificaciones, las variables de vivienda (material del piso, conexión de agua y letrina) resultan con coeficientes significativamente diferentes de cero. Este resultado sugiere que este grupo de determinantes, a pesar de no ser el de mayor importancia en los modelos, contribuye de forma significativa para explicar el estado de salud de la población y podría entonces ser intervenido en términos de política pública para mejorar las condiciones de salud de la población.

Resalta el bajo poder explicativo de las variables socioeconómicas del hogar, en las cuales se incluyó cuatro *dummies* para capturar el quintil de ingreso al que el hogar pertenece. En particular, las *dummies* de quintil de ingreso no son estadísticamente significativas en siete de los ocho modelos.

La ENDESA 2013 cuenta con una variable que determina si el hogar es beneficiario del programa comer es primero, solidaridad para asistencia escolar, bono de gas o de luz y programa para el adulto mayor. Sin embargo, de este grupo de variables, solo resultó relevante para explicar la varianza del estado de salud del adulto mayor la variable de participación del hogar en el programa comer es primero, tanto para el adulto mayor como para la población de 0-59 años.

De acuerdo con la ENDESA 2013, el 6,0 % de los hogares con por lo menos un adulto mayor son beneficiarios del programa solidaridad-asistencia al adulto mayor. No obstante, cabe destacar el efecto no estadísticamente significativo del programa de asistencia al adulto mayor en ninguno de los modelos concernientes a adulto mayor (ver Anexo 1).

Las variables individuales de edad, sexo y estado ocupacional resultan estadísticamente significativas para explicar la variabilidad del estado de salud, tanto en la población adulta mayor como en la población no adulta mayor. En el caso de la población adulta mayor, estas variables cobran relativamente mayor importancia en comparación con la población no adulta mayor. Este resultado sugiere que para el caso del adulto mayor, las intervenciones a nivel individual podrían tender a ser más efectivas para mejorar estado de salud que para el caso de población menor de 60 años.

Dentro de las variables individuales, para el caso del adulto mayor, se destaca el comportamiento de la variable de ocupación, pues los modelos reportan peor estado de salud para la población desempleada o inactiva con respecto a la población ocupada. Dado que el modelo ya está controlando por edad del adulto mayor y sexo, el resultado de la variable de ocupación confirma la importancia de las políticas de envejecimiento saludable con miras a mejoras en el estado de salud del adulto mayor.

Finalmente, los resultados indican que, controlando por el resto de variables, la incidencia de enfermedad crónica aumenta conforme aumenta la afiliación en salud. Este resultado podría sugerir un mayor nivel de afiliación en salud para las personas con enfermedad crónica, tanto adulto mayor como no adulto mayor.

Tabla 12: Resultados de los determinantes de la salud por dimensión

| Grupos de determinantes | (1) M-NAM | (2) C-NAM | (3) D-NAM | (4) S-NAM | (5) M-AM | (6) C-AM | (7) D-AM | (8) S-AM |
|------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------|----------------------|---------------------|----------------------|
| Contextuales | -0,321** (-0,102) | -0,094 (0,066) | -0,073* (0,039) | -0,274* (0,105) | -0,546* (0,324) | 0,252 (0,295) | -0,763** (0,276) | -0,147** (0,249) |
| Características de la vivienda | 0,125*** (0,032) | 0,035* (0,020) | -0,001 (0,011) | 0,120*** (0,033) | 0,080 (0,107) | -0,342*** (0,082) | 0,166* (0,094) | -0,131*** (0,095) |
| Programas sociales | -0,017 (0,032) | -0,005 (0,021) | 0,019 (0,015) | -0,004 (0,035) | 0,104* (0,060) | -0,127* (0,056) | -0,038 (0,047) | -0,006 (0,039) |
| Condición socioeconómica del hogar | 0,052 (0,050) | -0,055* (0,030) | 0,002 (0,017) | 0,068 (0,051) | 0,027 (0,160) | -0,054 (0,143) | 0,069 (0,135) | -0,092 (0,129) |
| Edad y sexo | 0,033** (0,011) | -0,044*** (0,007) | -0,010* (0,004) | 0,052*** (0,011) | 0,011 (0,035) | 0,182*** (0,033) | -0,026 (0,032) | 0,084** (0,023) |
| Estado ocupacional | -0,442*** (0,052) | -0,441*** (0,327) | -0,094*** (0,018) | -0,706*** (0,054) | 0,293** (0,096) | 0,192* (0,092) | 0,264** (0,080) | 0,286*** (0,077) |
| Afiliación en salud | -0,015 (0,011) | 0,026*** (0,006) | 0,002 (0,004) | -0,004 (0,011) | 0,011 (0,034) | 0,129*** (0,031) | -0,026 (0,030) | 0,063* (0,026) |
| Observaciones | 16,130 | 16,130 | 16,124 | 16,139 | 1,847 | 1,846 | 1,845 | 1,847 |
| R2 | 0,022 | 0,135 | 0,027 | 0,040 | 0,032 | 0,160 | 0,151 | 0,089 |

Robust standard errors in parentheses, *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1,

4.4.2. Cualitativo

El análisis cualitativo se realizó con el enfoque de teoría fundamentada en la investigación cualitativa, en la cual se hizo la recolección de los datos a través de grupos focales y entrevistas a profundidad teniendo como categoría inicial el envejecimiento activo, definido como “el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas a través del proceso de envejecimiento” enfatizando que las personas mayores son sujetos activos en la sociedad (World Health Organization, 2002). Desde esta categoría se definieron categorías emergentes, las cuales se describen a continuación:

4.4.2.1. Preparación para la vejez desde una perspectiva de salud - Actividad física y nutrición

El concepto de preparación para la vejez desde una perspectiva de salud es entendido por parte de los participantes como “cualquier acción” que se realice para lo que podríamos enmarcar como “estar

bien” o “estar sin enfermedad”, lo que incluye desde acciones de la vida cotidiana hasta el ejercicio físico. En los discursos no se evidencia una mayor claridad frente a lo que implica, desde la perspectiva de salud, la preparación misma hacia un envejecimiento activo y saludable, sino que se convierte en una “intuición” desde la cotidianeidad que les favorece o no un mejor envejecimiento, es decir, el marco de la preparación no está mediado por acciones educativas que se encaminen al mantenimiento de la salud y a la prevención de la enfermedad.

Las acciones referidas en los discursos de los participantes implicaban desde actividad o ejercicio físico hasta alimentación saludable. Llama la atención que medidas en torno a prevención del deterioro cognitivo de manera directa no fueron incluidas, evidenciando, como lo ha demostrado la literatura, que este no es un tema preponderante dentro de lo que se entiende como salud para la población.

No, porque uno cuando está en su juventud pues uno no se sienta, porque vamos a decir que, ahora se usa que se corre mucho en las calles, en la carretera, pero nosotras las mujeres en el campo no nos sentábamos ni una hora, teníamos que buscar leña, agua casi a cinco kilómetros de lejos, uno tenía que ir a buscar sustento muy lejos, y uno no se sienta. Todavía yo para ir a comprar a un negocio camino dos kilómetros (GF Mujer 60+, Sur urbano).

Comía muchos vegetales, muchos vegetales para la salud y trabajando, porque trabajé desde que tenía 13 años, estaba trabajando y llegué a 15 años de trabajo noche y día (GF Mujer 60+, Centro urbano, Bajos ingresos).

4.4.2.2. La enfermedad como un punto de inicio para la prevención

Esta categoría contrasta muy bien con los diversos estudios (Bandura, 1998; Black & Babrow, 1991) que muestran que la perspectiva de prevención de la enfermedad y en particular las modificaciones o ajustes comportamentales se dan usualmente ante la presencia real de la “amenaza” o de la enfermedad instaurada y que es en ese momento cuando los individuos inician de manera un poco más consistente las acciones dirigidas a prevenir los posibles desenlaces de la enfermedad. Tal como lo refieren (Sullivan, Beckjord, Finney Rutten & Hesse, 2008) es la percepción de riesgo real la que favorece las intenciones de modificación comportamental en los individuos, lo cual se evidencia en las referencias encontradas con los participantes.

Bueno, yo estoy preparada porque, como te dije, no me siento nada, gracias a Dios ni nunca me he sentido nada, nada más un dolorcito que siento ahora actualmente pues (GF Mujer 60+, Este rural).

Bueno, yo me di cuenta de que mi hipertensión me puso a pensar en qué voy a hacer, ahora yo soy nadador y hago ballet, hago ballet por la mañana y nado, yo siempre he hecho ballet (GF Hombre 60+, Centro urbano, Santo Domingo - Altos ingresos).

Claro me estoy medicando y me estoy comiendo pechuga, yerbas, lo que sea menos carne, no como carne, la carne para mí no existe, yerbas, cualquier palo yo me lo como, pero no se la como a nadie (GF Hombre 60+, Este urbano).

4.4.2.3. Responsabilidad de la preparación para la vejez

Como se veía en la primera sección, la salud se convierte en un factor que cuestiona la responsabilidad frente a ella misma. De esta manera, se coloca la responsabilidad de la preparación de la vejez en una serie de elementos externos que van desde Dios como el proveedor o no de la salud, hasta el sistema de salud, en el cual, en ocasiones, no se evidenció una relación de las conductas propias de cada individuo con respecto al estar o no estar bien o enfermo.

¿Cómo se prepara en un sistema que te brinda tan poca cosa? Mayormente lo que tú haces es que caminas, haces los ejercicios, tratas de comer dentro de lo que se puede decir sano (GF Mixto 40-59 años, Sur urbano).

Yo hace muchos años le doy gracias al Señor que me ha permitido servirle y esa ha sido la principal medicina que uno pueda tener, que uno invita también a los jóvenes a que entiendan que el Señor ofrece sanidad y además en lo físico yo como que me he preparado porque yo he llevado (GF Mujer 60+, Centro urbano, Santo Domingo).

4.4.2.4. El baile, una forma de prevención de la enfermedad

Aunque esta categoría no fue de las más nombradas, desde el enfoque de envejecimiento saludable, el baile termina siendo fundamental para el mejoramiento y mantenimiento de la condición física de las personas mayores de 60 años, en este caso los reportes no presentaron una diferencia entre sexo, pero sí alusión a la importancia del baile como factor protector de la salud. El baile connota para la población entrevistada un elemento que no solo favorece la actividad física, sino que también implica relaciones con otros, espacios de esparcimiento y lúdicos, así como una buena forma para mantenerse activo en general. Se esperaba mayor presencia del baile relacionado con la actividad física en la totalidad de grupos focales.

Me gusta bailar, yo pongo mi música y yo siento... y muevo todo mi cuerpo y me llena mucho y además si estoy estresada y tengo una situación difícil por ejemplo, oiga en la otra vez le va a aparecer, yo acabo de perder dos hermanos, antes de ayer, el más reciente cumplió un mes y yo me dio duro y yo no me castigo, y cualquier día me puse a pensar mientras estaba bailando tengo que superarlo y tengo que superarlo, pero no estoy bailando por fiestear, yo estoy bailando por algo terapéutico, a mí me da resultados (GF Mixto 60+, Centro urbano, Santo Domingo, Altos ingresos).

Bueno, yo me di cuenta de que mi hipertensión me puso a pensar en qué voy a hacer, ahora yo soy nadador y hago ballet, hago ballet por la mañana y nado, yo siempre he hecho ballet (GF Mixto 60+, Centro urbano, Santo Domingo, Altos ingresos).

5. Protección financiera en salud

5.1. Preguntas e hipótesis

Si bien es cierto que el fin último de un sistema de salud es el mejoramiento del estado de salud de la población, un sistema de salud también busca proteger al individuo de las consecuencias financieras que

el acceso a los servicios de salud trae consigo. En particular, eventos adversos en salud pueden llegar a menoscabar no solo las condiciones de estado de salud, pero también acarrear una crisis económica en el hogar debido a los altos costos que estos traen consigo (Wagstaff, 2008).

El análisis de protección financiera en salud de este capítulo busca establecer qué tanto el sistema de salud de República Dominicana es capaz de subsanar y proteger a la población adulta mayor financieramente, dada su relativa mayor carga de enfermedad en comparación con la población no adulta mayor.

5.2. Marco conceptual

En 2010 el informe anual de la Organización Mundial de la Salud introduce el concepto de Cobertura Universal en Salud (CUS) y la define en términos tanto del acceso efectivo a servicios de salud, como en términos de la protección financiera de la población ante los costos asociados a dicho acceso en salud (World Health Organization, 2010).

Los sistemas de salud y en particular el sistema de salud dominicano se circunscribe dentro de este concepto de CUS. Como tal, los indicadores de resultado relevantes para evaluar la magnitud en que el sistema cumple con sus propósitos como intervención de CUS son de tres tipos: de acceso y uso de servicios de salud, de estado de salud y de protección financiera. Calidad, equidad y eficiencia también son análisis relevantes para evaluar la operación del sistema de salud como intervención de CUS (Guiedion et al., 2013).

Este capítulo se concentra en particular en analizar la protección financiera como indicador de resultado del sistema de salud dominicano. (Guiedion et al., 2013) citando a (Kutzin, 2008) definen como protección financiera la habilidad del sistema de salud de prevenir que la población se empobrezca o incurra en gastos que son el resultado de un problema de salud y que afectan los gastos de subsistencia del hogar, forzándolo a escoger entre su salud física o mental y su bienestar. Protección financiera se define aquí entonces como la protección que el sistema provee a la población contra el impacto económico de la enfermedad.

La protección financiera generalmente se asocia al gasto de bolsillo en salud por un evento de salud, debido a que dicho gasto de bolsillo se considera en su mayoría como un gasto involuntario que no contribuye al bienestar o la riqueza del hogar y que de hecho desplaza posibles gastos en bienes y servicios, que en algunos casos pueden corresponder a necesidades básicas de alimentación y vivienda por ejemplo (Wagstaff, 2008).

Sin embargo, como lo anotan (Guiedion et al., 2013), otros gastos derivados de tal evento de salud, como gastos en transporte y el costo de oportunidad de la búsqueda de atención médica también son relevantes para tener en cuenta. En particular, en este capítulo, tanto gastos en salud como gastos en transporte debidos a un evento en salud están disponibles en la ENDESA 2013 y como tales se incorporan en este análisis. A continuación, se describe la metodología específica implementada para operacionalizar este concepto de protección financiera y evaluar qué tanto el sistema en República Dominicana responde a este reto en el caso específico de la población adulta mayor.

5.3. Metodología

Dos metodologías de medición del nivel de protección financiera son de uso común en la literatura de economía de la salud. La primera establece qué tanto el gasto de bolsillo como proporción del gasto total del hogar (o el ingreso) supera un determinado punto de corte. Un hogar se clasifica en presencia de gasto catastrófico cuando los gastos de bolsillo en salud superan dicho punto de corte.

La segunda metodología de uso común en la literatura establece en desprotección financiera a aquellos hogares que incurren en un gasto en salud de carácter empobrecedor. Se define como gasto empobrecedor todo aquel que conduce al hogar a reducir su ingreso disponible por debajo de la línea de pobreza.

Este capítulo mide la protección financiera para el adulto mayor en República Dominicana al establecer la incidencia de gasto catastrófico en el hogar, es decir haciendo uso de la primera metodología. Se decidió usar esta metodología por encima de la metodología de gasto empobrecedor debido a la información disponible. La ENDESA 2013 cuenta con una estimación del ingreso del hogar limitada a algunos tipos de ingreso y no permite mediciones de pobreza.

A pesar de que la medición del ingreso es limitada en términos del número de rubros que incluye, la información registra consistencia interna en la encuesta, lo que permite el ordenamiento de los hogares de menor a mayor ingreso. A su vez, incluye información referente a gasto total en salud y gasto de bolsillo debido a un evento de salud. Información suficiente para efectuar análisis de protección financiera a través de los gastos catastróficos en salud.

En términos de gasto en salud, dos tipos de gasto en salud se analizan. Primero, el gasto en salud total del hogar, el cual incluye los gastos del hogar en aseguramiento de salud (pagos por afiliación), los gastos de bolsillo por compra de medicinas para el tratamiento de enfermedad crónica, por consulta médica en relación con el tratamiento de una enfermedad crónica y gastos de bolsillo debidos a un evento de morbilidad reciente (incluyendo hospitalización).

El segundo tipo de análisis es el gasto de bolsillo en salud ante un evento de morbilidad reciente. Este gasto incluye los gastos en salud y de transporte asociados a ese evento de morbilidad.

Cabe destacar entonces que, dado que el ingreso se mide en el ámbito del hogar, el análisis de esta sección se hace usando como unidad de análisis el hogar y compara entonces hogares con y sin adulto mayor. Así, tanto el gasto total del hogar en salud como el gasto de bolsillo debido a un evento de morbilidad reciente son expresados en términos per cápita y como proporción del ingreso per cápita del hogar.

En uso del gasto de bolsillo por morbilidad reciente se hace el análisis de gasto catastrófico. Dado que el establecimiento del punto de corte es arbitrario, se usan tres puntos de corte para comprar resultados. Estos puntos de corte son: 10 %, 20 % y 30 %. Se denomina catastrófico porque incurrir en ese gasto inesperadamente puede dejar al hogar sin recursos para cubrir otras necesidades básicas, como la de alimentación. Para una descripción detallada de la metodología comúnmente usada para medir el gasto catastrófico en salud, ver O'Donnell et al. (2008).

Como categorías importantes de análisis para la protección financiera, se analiza la distribución del gasto en salud del hogar y el gasto catastrófico por tercil de ingreso per cápita del hogar.

5.4. Resultados

El gasto total en salud del hogar obtenido como proporción del ingreso total del hogar y por tercil de ingreso, se presenta en la Tabla 13.

Los resultados indican que el gasto en salud de un hogar promedio dominicano representa el 6,2 % del ingreso del hogar. Este porcentaje es más alto en hogares con menores niveles de ingreso (tercil 1 de la distribución de ingreso per cápita el hogar) y más bajo en los hogares de mayor ingreso per cápita en el hogar. Esto es, 9,1 % del ingreso de un hogar del tercil 1 corresponde a gasto en salud, para el tercil 3 este porcentaje es 4,1 %. La diferencia del porcentaje del gasto promedio en salud entre estos dos grupos socioeconómicos es estadísticamente significativa. Esto indica que, en proporción a su ingreso, un hogar de menores ingresos debe gastar mayor proporción en salud. Se esperaría que, producto de la universalización del sistema de salud y la propensión a un acceso más equitativo de los servicios, el gasto en salud no fuese regresivo. Sin embargo, los resultados demuestran que, a pesar de los esfuerzos del sistema, aún los hogares de menores ingresos tienen acceso a una menor protección financiera.

Si comparamos hogares con por lo menos un adulto mayor con respecto a hogares sin adultos mayores, no se observan diferencias estadísticamente significativas (6,1 % vs. 6,4 %). Este resultado podría tener dos interpretaciones alternativas: primero, que el sistema de salud dominicano y la cobertura de servicios permite a los hogares con adulto mayor, a pesar de registrar mayor necesidad sentida, no verse más afectados financieramente; o de forma alterna que hogares con adulto mayor no están destinando recursos para el uso y acceso de los servicios de salud que el adulto mayor requiere.

Al analizar por nivel socioeconómico se encuentran diferencias que llaman la atención. Primero, aunque en ambos tipos de hogares (con y sin adultos mayores) la proporción del gasto en salud disminuye con el tercil de ingreso, la diferencia entre hogares de alto y bajo ingreso es mayor en los hogares sin adultos mayores que en los hogares con adulto mayor. Es decir, las inequidades en gasto en salud no son tan pronunciadas al comparar hogares con por lo menos un adulto mayor y diferentes niveles de ingreso.

Segundo, la diferencia en el porcentaje del gasto en salud entre hogares con y sin adulto mayor es diferente en los hogares más pobres que en los más ricos. En los hogares del tercil más bajo, el porcentaje de gasto en salud es mayor en los hogares sin adulto mayor que en los hogares con adulto mayor, mientras que la situación contraria se observa en los hogares del tercil más alto.

Así, el análisis de las estadísticas descriptivas del gasto promedio en salud de los hogares con adulto mayor en comparación con los hogares sin por lo menos un adulto mayor, sugiere mayor equidad por nivel socioeconómico en el gasto en salud en los hogares con adultos mayores que en los hogares sin adulto mayor.

Tabla 13: Gasto promedio mensual en salud como proporción del ingreso por tertil de ingreso del hogar, según presencia de adultos mayores. 2013

| | Total hogares | | | Hogares sin adulto mayor | | | Hogares con por lo menos un adulto mayor | | |
|----------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------------|-------------------|-------------------|--|-------------------|-------------------|
| | Media [95 % I.C.] | Media [95 % I.C.] | Media [95 % I.C.] | Media [95 % I.C.] | Media [95 % I.C.] | Media [95 % I.C.] |
| Tertil 1 | 9,1 | 7,5 | 10,6 | 9,4 | 7,4 | 11,3 | 8,1 | 5,9 | 10,2 |
| Tertil 2 | 5,6 | 4,7 | 6,5 | 5,4 | 4,5 | 6,3 | 6,2 | 4,1 | 8,4 |
| Tertil 3 | 4,1 | 3,6 | 4,7 | 3,6 | 3,1 | 4,2 | 5,4 | 4,3 | 6,5 |
| Total | 6,2 | 5,5 | 6,8 | 6,1 | 5,3 | 6,8 | 6,4 | 5,4 | 7,5 |

Fuente: Cálculos propios en uso de ENDESA (2013)

Un mejor indicador de qué tan protegido está el hogar ante un evento adverso de salud es el gasto catastrófico en salud. Se cataloga como gasto catastrófico en salud aquel gasto asociado a un evento de morbilidad reciente y que supera un porcentaje dado del ingreso per cápita del hogar. Es un indicador de qué tan susceptible es el hogar de sufrir una crisis financiera debido a un evento en salud. El gasto per cápita del hogar por un evento de morbilidad reciente como proporción del ingreso total del hogar se presenta en la Tabla 14 y se usan tres diferentes posibles puntos de corte para definir gasto catastrófico: 10 %, 20 % y 30 %.

Los resultados indican, para el total de hogares, que el gasto promedio en salud por un evento de morbilidad reciente representa el 10,5 % del ingreso del hogar. Esto implica que para el 22,4 % de los hogares el gasto en morbilidad reciente representa más del 10 % del ingreso del hogar, para el 12,7 % significa más del 20 % del ingreso del hogar, y para el 8 % representa más del 30 % de su ingreso. Estas cifras son similares a las registradas en países con sistemas de salud similares, como es el caso de Colombia. En Colombia, 4,7 % de los hogares incurre en un gasto en salud que representa más del 20 % de su ingreso y 11,5 % de los hogares con necesidad sentida incurren en un gasto que supera más del 20 % de su ingreso. Para el caso de República Dominicana, las cifras comparativas son 4,0 % y 12,7 %, respectivamente.

Como era de esperarse, el gasto del hogar por un evento de morbilidad reciente como porcentaje del ingreso del hogar aumenta a medida que el nivel de ingreso del hogar disminuye: en los hogares del tertil 1 representa el 17,9 % y en los del tertil 3 significa tan solo el 5 %. Esto hace que los hogares más pobres sufran más de gasto catastrófico en salud que los hogares más ricos. Aun con la medición menos estricta de gasto catastrófico en salud (10 %), se observan diferencias marcadas entre tertiles.

Al considerar la presencia de adultos mayores en el hogar, no se observan diferencias en el total de hogares en el gasto del hogar por un evento de morbilidad reciente como porcentaje del ingreso del hogar entre hogares, sin y con adultos mayores (10,5 % vs. 10,4 %). Sin embargo, el gasto catastrófico en salud es siempre mayor en los hogares sin adultos mayores que en los hogares con adultos mayores, independientemente del punto de corte usado para el gasto catastrófico. Por ejemplo, con el punto de corte de 10 %, el 23,2 % de los hogares sin adultos mayores y un 20,2 % de los hogares con adulto mayor sufren de gasto catastrófico.

Por nivel de ingresos del hogar, en ambos tipos de hogares el porcentaje de hogares con gasto catastrófico es mayor en los hogares más pobres que en los más ricos, pero se observan diferencias más marcadas entre los hogares sin adultos mayores que entre los hogares con adultos mayores. Así, para el 30,9 % de los hogares en el tercil 1 de ingreso con por lo menos un adulto mayor, el gasto en un evento reciente de salud representa más del 10 % de su ingreso, para el 18,6 % representa más del 20 % de su ingreso y para el 11,6 % más del 30 % de su ingreso. Para los hogares en el tercil 3 de ingreso con adultos mayores, los porcentajes son 16,2 %, 9,5 % y 3,6 %, respectivamente. Para los hogares sin adultos mayores, las diferencias entre el primer y tercer tercil son mayores. Esto implica una mayor equidad económica en los hogares con adultos mayores, que en los hogares sin adultos mayores.

Tabla 14: Gasto catastrófico en salud por tercil de ingreso del hogar, según presencia de adulto mayor. 2013

| | Total hogares | | | Hogares sin adulto mayor | | | Hogares con por lo menos un adulto mayor | | |
|---|-------------------|------|------|--------------------------|------|------|--|------|------|
| | Media [95 % I.C.] | | | Media [95 % I.C.] | | | Media [95 % I.C.] | | |
| Gasto promedio en salud debido a un evento en salud durante el último mes como proporción del ingreso | | | | | | | | | |
| Total | 10,5 | 9,1 | 11,8 | 10,5 | 9,0 | 12,0 | 10,4 | 7,7 | 13,0 |
| Tercil 1 | 17,9 | 14,7 | 21,0 | 18,8 | 14,9 | 22,7 | 14,8 | 10,2 | 19,3 |
| Tercil 2 | 9,4 | 7,2 | 11,5 | 8,8 | 7,1 | 10,5 | 11,0 | 4,6 | 17,4 |
| Tercil 3 | 5,0 | 3,9 | 6,1 | 4,4 | 3,2 | 5,6 | 6,7 | 4,2 | 9,1 |
| Proporción de hogares en los cuales el gasto en salud por morbilidad sentida supera el 10 % del ingreso per cápita | | | | | | | | | |
| Total | 22,4 | 20,6 | 24,3 | 23,2 | 21,0 | 25,5 | 20,2 | 17,0 | 23,3 |
| Tercil 1 | 37,3 | 33,4 | 41,1 | 39,1 | 34,4 | 43,9 | 30,9 | 22,8 | 39,0 |
| Tercil 2 | 18,8 | 15,9 | 21,8 | 19,8 | 16,4 | 23,3 | 16,2 | 11,2 | 21,1 |
| Tercil 3 | 12,9 | 9,8 | 15,9 | 11,5 | 7,8 | 15,3 | 16,2 | 11,2 | 21,3 |
| Proporción de hogares en los cuales el gasto en salud por morbilidad sentida supera el 20 % del ingreso per cápita | | | | | | | | | |
| Total | 12,7 | 11,2 | 14,3 | 13,3 | 11,3 | 15,2 | 11,3 | 8,6 | 13,9 |
| Tercil 1 | 22,6 | 19,4 | 25,8 | 23,8 | 19,8 | 27,7 | 18,6 | 11,9 | 25,3 |
| Tercil 2 | 10,2 | 7,8 | 12,6 | 11,2 | 8,3 | 14,0 | 7,5 | 4,2 | 10,8 |
| Tercil 3 | 6,6 | 4,0 | 9,2 | 5,4 | 2,2 | 8,7 | 9,5 | 5,2 | 13,7 |
| Proporción de hogares en los cuales el gasto en salud por morbilidad sentida supera el 30 % del ingreso per cápita | | | | | | | | | |
| Total | 8,0 | 6,6 | 9,4 | 8,7 | 6,9 | 10,5 | 6,1 | 4,3 | 7,9 |
| Tercil 1 | 15,8 | 13,0 | 18,6 | 17,0 | 13,4 | 20,7 | 11,6 | 7,1 | 16,1 |
| Tercil 2 | 5,6 | 3,9 | 7,3 | 6,0 | 4,0 | 8,0 | 4,5 | 1,9 | 7,1 |
| Tercil 3 | 3,5 | 1,1 | 5,8 | 3,4 | 0,3 | 6,5 | 3,6 | 1,0 | 6,3 |

Fuente: Cálculos propios en uso de ENDESA (2013)

6. Conclusiones

Como consecuencia de la transición demográfica y la transición epidemiológica se evidencian en el país menores tasas de mortalidad y mayor longevidad de la población dominicana. Sin embargo, esta mayor longevidad impone nuevas necesidades sobre el sistema de salud nacional. Los cambios en mortalidad implican que mientras en 1950 el reto del sistema de salud era la atención de los niños menores de cinco años y la educación de la población adulta en términos del cuidado del menor, actualmente el reto del sistema se concentra en la atención de la carga de enfermedad que trae consigo el envejecimiento relativo de la población y la preparación de las generaciones anteriores en términos de prevención para mejorar esta carga en las generaciones venideras de adulto mayor. El país requiere entonces un sistema de salud capaz de enfrentar estos retos y por tanto en posición de atender prioritariamente las necesidades de la población adulta mayor.

En términos del perfil de mortalidad, los resultados del capítulo señalan cambios relevantes en el perfil de mortalidad de la población total, pero un perfil de mortalidad para la población adulta mayor muy similar al observado 20 años atrás. En particular, los resultados indican un cambio en el perfil epidemiológico de 2012 con respecto al de 1996, tanto para hombres como para mujeres, hacia enfermedades endógenas (de orden biológico) y las producidas por el hombre (muertes violentas). Mientras en 1996 dentro de las 10 más importantes causas de mortalidad no se encontraba las muertes por agresiones de arma de fuego, en 2012 esta causa ocupa el segundo lugar en importancia para los hombres. Sin embargo, esta causa de muerte se concentra en mayor proporción en la población menor de 60 años y no alcanza las primeras 10 principales causas de muerte en la población adulta mayor. Para el caso de la población adulta mayor, en 2012 al igual que en 1996, tanto para hombres como para mujeres, la principal causa de muerte es la cardiopatía isquémica.

En términos de estado de salud, se encuentra que en promedio 79,5 % de la población adulta mayor (60+) registra por lo menos un evento de morbilidad reciente, una enfermedad crónica o discapacidad, con incrementos de esta prevalencia, como es de esperarse, por rangos de edad.

Al hacer un análisis de las diferencias en estado de salud por sexo resaltan las importantes inequidades en contra de las mujeres. La prevalencia de enfermedades crónicas, de morbilidad reciente y de discapacidad en el adulto mayor es significativamente más alta en las mujeres que en los hombres. Mientras 74,8 % de las mujeres mayores de 60 años sufre alguna enfermedad crónica, solo 49,2 % de los hombres padece el mismo tipo de condición. En estas diferencias en estado de salud, que desfavorecen a la mujer adulta mayor, son consistentes los datos observados en mortalidad del adulto mayor debido a diabetes mellitus y cardiopatía hipertensiva. Mientras 12,3 % de la mujer adulta mayor muere por causa de diabetes mellitus o cardiopatía hipertensiva, en el hombre este porcentaje es 7,5 %, lo cual significa una diferencia de 4,9 puntos porcentuales, es decir 40 % menor en los hombres.

Análisis subsecuentes y a profundidad para determinar qué tanto de estas diferencias por sexo son justificables y no reducibles y qué tanto de ellas podrían reducirse a través de mejores servicios de atención y salud para el adulto mayor y las generaciones venideras, se señalan como posibles líneas de investigación futura. Con el objeto de fomentar resiliencia en la población y establecer un sistema que la proteja de los riesgos en salud, el sistema actual de protección social del país busca universalizar el acceso a la salud con un principio de equidad. Desde el inicio de la reforma del sistema de salud, y hasta la fecha, se observan

mejoras importantes en cobertura. De acuerdo con los datos del SISARIL, en 2016 el 87,1 % de los adultos mayores se encuentra afiliado por alguna Aseguradora de Riesgos en Salud, cifra tres veces mayor a la observada en 2007. En 2016, el 57,9 % del adulto mayor está afiliado al régimen subsidiado, 26,8 % al régimen contributivo y 2,4 % pertenece al Plan Especial de salud para pensionados y jubilados.

A pesar de estas altas tasa de afiliación, se observan retos importantes en términos de uso y acceso efectivo a los servicios de salud. Del 39,5 % de adultos mayores que registraron un problema de morbilidad reciente, solo el 29,8 % recibió atención en salud dado dicho problema. A su vez, los resultados del capítulo señalan diferencias estructurales de acceso por nivel socioeconómico.

En particular, estas diferencias por nivel socioeconómico son marcadas al analizar el gasto en salud y el gasto catastrófico en salud. Los resultados señalan que el gasto del hogar como porcentaje del ingreso, por un evento de morbilidad reciente, aumenta a medida que el nivel de ingreso del hogar disminuye. En los hogares más pobres (tertil 1) el gasto en salud representa el 17,9 % y en los hogares más ricos (tertil 3) es tan solo el 5 %.

A su vez, del total de hogares con por lo menos un adulto mayor y en el grupo de ingresos más bajos de la población (tertil 1), 30,9 % registra un gasto en salud debido a un evento de morbilidad reciente que supera el 10 % de su ingreso. Por el contrario, del total de hogares con por lo menos un adulto mayor y en el grupo de ingresos más alto de la población (tertil 3) solo el 16,2 % registra un gasto en salud debido a un evento de morbilidad reciente que supera el 10 % de su ingreso. Es decir, la incidencia del gasto catastrófico en salud en los hogares con adulto mayor y de menores ingresos es casi el doble de la incidencia del gasto catastrófico para los hogares de mayores ingresos.

Sin embargo, resalta el hecho que al comparar dentro de un mismo tertil hogares con adulto mayor y sin adulto se encuentran diferencias no significativas estadísticamente en incidencia del gasto catastrófico y en gasto promedio en salud. Este resultado sugiere, tal vez, méritos de los esfuerzos del sistema de salud para proteger al adulto mayor como respuesta a los cambios en morbilidad que la transición demográfica impone. Pero conclusiones definitivas en este sentido solo serán posibles a la luz de análisis que contemplen el efecto causal del sistema de salud sobre la población afiliada.

Finalmente, al hacer un análisis de los determinantes del estado de salud, a pesar de que la literatura internacional señala como una de las principales causas de muerte los hábitos de vida no saludable como la inactividad física, la información disponible limitó el uso de este tipo de variables dentro del análisis cuantitativo y las especificaciones de los modelos usados no pudieron tener en cuenta este tipo de variables, por lo cual resultan con bajo poder explicativo. Subyace como recomendación el mejoramiento de la información con respecto a uso del tiempo en el hogar y los hábitos de vida saludable para la población.

En uso de la información disponible, el ejercicio de determinantes de la salud resalta la importancia, primero de las variables de carácter contextual para explicar el estado de la población adulta mayor. Segundo, las variables de vivienda (material del piso, conexión de agua y letrina) resultan con coeficientes significativamente diferentes de cero y sobresalen como un grupo importante de variables susceptibles de ser intervenidas por política pública. Por último, las variables individuales de edad y sexo resultan también de importancia y los resultados sugieren que, para el caso del adulto mayor, las intervenciones a nivel individual podrían tender a ser más efectivas para mejorar estado de salud, que para el caso de población menor de 60 años.

Referencias

- Abad-Díez, J. M., Larrañaga, A. C., Poncel-Falcó, A., Poblador-Plou, B., Calderón-Meza, J. M., Sicras-Mainar, A., ... Prados-Torres, A. (2014). Age and gender differences in the prevalence and patterns of multimorbidity in the older population. *BMC Geriatrics*, 14(75). <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-75>
- Acosta, D., Rottbeck, R., Rodríguez, J. G., González, L. M., Almánzar, M. R., Minaya, S. N., ... Prince, M. J. (2010). The prevalence and social patterning of chronic diseases among older people in a population undergoing health transition. A 10/66 Group cross-sectional population-based survey in the Dominican Republic. *BMC Public Health*, 10(1), 344. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-344>
- Alarcón Villaverde, J. (2003). Perú : El perfil epidemiológico en un contexto de demanda reprimida de servicios de salud. Bethesda, MD.
- Amartya, S. (2002). Self reported morbidity has severe limitations and can be extremely misleading. *BMJ* 324, 860-1.
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology & Health*, 13(4), 623-649.
- Barkoukis, H. (2016). Nutrition Recommendations in Elderly and Aging. *Medical Clinics of North America*, 100(6), 1237-1250. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2016.06.006>
- Basu, S., Meghani, A. & Siddiqi, A. (2017). Evaluating the Health Impact of Large-Scale Public Policy Changes: Classical and Novel Approaches. *Annual Review of Public Health*, 38(1), 351-370. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031816-044208>
- Bauer, U. E., Briss, P. A., Goodman, R. A. & Bowman, B. A. (2014). Prevention of chronic disease in the 21st century: Elimination of the leading preventable causes of premature death and disability in the USA. *The Lancet*, 384(9937), 45-52. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60648-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60648-6)
- Beaglehole, R., Bonita, R., Horton, R., Adams, C., Alleyne, G., Asaria, P., ... Watt, J. (2011). Priority actions for the non-communicable disease crisis. *The Lancet*, 377, 1438-1447. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60393-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60393-0)
- Black, D. R. & Babrow, A. S. (1991). Identification of campaign recruitment strategies for a stepped smoking cessation intervention for a college campus. *Health Education Quarterly*, 18, 235-247.
- Boni, R. De, Veloso, V. & Grinsztejn, B. (2014). Epidemiology of HIV in Latin America and the Caribbean. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 9(2), 192-198. <https://doi.org/10.1097/COH.0000000000000031>
- Boudiny, K. (2013). "Active ageing": from empty rhetoric to effective policy tool. *Ageing & Society*, 33, 1077-1098.
- Braveman, P. A., Kumanyika, S., Fielding, J., LaVeist, T., Borrell, L. N., Manderscheid, R. & Troutman, A. (2011). Health disparities and health equity: The issue is justice. *American Journal of Public Health*, 101(SUPPL. 1), 149-155. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.300062>
- Brug, J. (2009). Determinants of healthy eating: Motivation, abilities and environmental opportunities. *Family Practice*, 25(SUPPL. 1), 50-55. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmn063>
- Buitrago, R. I. R. (2013). Gestión del aseguramiento en salud. *Revista EAN*, (67), 21-36.
- Caban-Martínez, A. J., Halder, G. E., Tellechea, L., Fajardo, M., Kaltman, J., Anand, J., ... Fleming, L. E. (2012). Health status and behaviors among adults residing in rural Dominican Republic. *Rural and Remote Health*, 12(2), 1-10.

- Camargo, M. (2008). *Historia general de América Latina: América Latina desde 1930*. (G. Weinberg, Ed.) (VIII). Editorial Trotta (January 1, 2008).
- Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM). (2013). *Encuesta demográfica y de salud ENDESA 2013*. República Dominicana. Ministerio de Salud Pública.
- Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM). (2014). *Encuesta Demográfica y de Salud República Dominicana 2013*. Santo Domingo.
- Chao, T. S. & Huang, H. (2016). The East Asian age-friendly cities promotion - Taiwan's experience and the need for an oriental paradigm. *Global Health Promotion*, 23(Supp. 1), 85-89. <https://doi.org/10.1177/1757975916641612>
- CNSS. (2017). ¿Quiénes somos? Retrieved from <http://www.cnss.gob.do/index.php/sobre-nosotros/quienes-somos>
- Concha, F. S., Villar, L., Martínez-Restrepo, S., Gutiérrez, C., Forero, D., Enríquez, E., Pertuz, M. C., Puerta, N., Moreno, J., Montoya, S. & González, L. M. (2015). *Misión Colombia Envejece*.
- Curado, M. P. & De Souza, D. L. B. (2014). Cancer burden in Latin America and the Caribbean. *Annals of Global Health*, 80(5), 370-377. <https://doi.org/10.1016/j.aogh.2014.09.009>
- Ferri, C. P., Acosta, D., Guerra, M., Huang, Y., Llibre-Rodríguez, J. J., Salas, A., ... Prince, M. J. (2012). Socioeconomic factors and all cause and cause-specific mortality among older people in Latin America, India, and China: A population-based cohort study. *PLoS Medicine*, 9(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001179>
- Flórez C. E. (2016). *Las transformaciones sociodemográficas en Colombia durante el siglo XX y principios del siglo XXI*. En colaboración con Juan Carlos Guataquí, Regina Méndez y Humberto Cote. Segunda edición (versión revisada): agosto 2016. Ediciones Universidad del Rosario. (En prensa).
- Flórez, C., Giedion, U. & Pardo, R. (2009). Factores de Riesgo del Gasto Catastrófico en Salud en Colombia. *Financiamiento en Salud y Protección Social en América Latina y el Caribe*.
- Gastwirth, J. L. (1972). The Estimation of the Lorenz Curve and Gini Index. *The Review of Economics and Statistics*, 54(3), 306-316.
- Giedion, U., Andrés Alfonso, E. & Díaz, Y. (2013). The impact of universal coverage schemes in the developing world: a review of the existing evidence.
- Hotez, P. J., Bottazzi, M. E., Franco-Paredes, C., Ault, S. K. & Periago, M. R. (2008). The neglected tropical diseases of Latin America and the Caribbean: A review of disease burden and distribution and a roadmap for control and elimination. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 2(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0000300>
- Kirigia, J. M., Sambo, H. B., Sambo, L. G. & Barry, S. P. (2009). Economic burden of diabetes mellitus in the WHO African region. *BMC International Health and Human Rights*, 9(1), 6. <https://doi.org/10.1186/1472-698X-9-6>
- Kutzin, J. (2008). *Health Financing Policy: A Guide for Decision-maker*. Health Financing Policy Papers.
- Lanas, F., Serón, P. & Lanas, A. (2014). Cardiovascular disease in Latin America: The growing epidemic. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 57(3), 262-267. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2014.07.007>
- Leeder, S., Raymond, S., Greenberg, H., Liu, H. & Esson, K. (2004). *A Race Against Time: The Challenge of Cardiovascular Disease in Developing Economies*. New York: Columbia University. <https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e31829ce927>

- Miranda, J. J., Herrera, V. M., Chirinos, J. A., Gómez, L. F., Perel, P., Pichardo, R., ... Bautista, L. E. (2013). Major Cardiovascular Risk Factors in Latin America: A Comparison with the United States. *The Latin American Consortium of Studies in Obesity (LASO)*. *PLoS ONE*, 8(1), 1-10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0054056>
- Murray, C. J. L., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A. D., Michaud, C., ... López, A. D. (2012). Disability-adjusted life years (DALY) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380, 2197-2223. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61689-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61689-4)
- National Center for Health Statistics. (2017). Health, United States, 2016: With Chartbook on Long-term TrENDESA in Health, 314-317. Retrieved from <https://www.cdc.gov/nchs/data/hus/16.pdf#019>
- O'donnell, O., Van Doorslaer, E., Wagstaff, A. & Lindelow, M. (2008). Analyzing health equity using household survey data. Washington, DC: World Bank.
- Oficina Nacional de Estadística. (2012). IX Censo Nacional de Población y Vivienda 2010. Santo Domingo.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. Estados Unidos de América.
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). Determinantes e inequidades en salud. *Salud en las Américas*, 12-59.
- Quinn, L. (2013). Determinantes de la Pobreza y Vulnerabilidad Social en República Dominicana. 2000-2012. Santo Domingo.
- Rathe, M. & Moliné, A. (2011). Sistema de salud de República Dominicana. *Salud Pública de México*, 53(Supl I), S197-S206.
- Ruiz Morales, A. & Morillo Zárata, L. E. (2004). *Epidemiología Clínica: Investigación Clínica Aplicada* (Primera Ed.). Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
- Schroeder, D. (2000). Deficiencia del crecimiento infantil y obesidad y Enfermedad Crónica en la edad adulta: Importancia para la América Latina, en la Obesidad y la Pobreza. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Shakersain, B., Santoni, G., Rizzuto, D., Fratiglioni, L. & Xu, W. (2016). Nutritional status and survival among old adults: an 11-year population-based longitudinal study. *European Journal of Clinical Nutrition*, 70, 320-325. <https://doi.org/10.1038/ejcn.2015.109>
- Shields, M. & Shoostari, S. (2001). Determinants of self- perceived health. *Health Reports Statistics Canada*, 13(1), 82-3.
- Sjölund, B., Wimo, A., Engström, M. & Strauss, E. Von. (2015). Incidence of ADL Disability in Older Persons, Physical Activities as a Protective Factor and the Need for Informal and Formal Care - Results from the SNAC-N Project. *PLoS ONE*, 10(9), e0138901. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138901>
- Sousa, R. M., Ferri, C. P., Acosta, D., Albanese, E., Guerra, M., Huang, Y., ... Prince, M. (2009). Contribution of chronic diseases to disability in elderly people in countries with low and middle incomes: a 10/66 Dementia Research Group population-based survey. *Lancet*, 374(9704), 1821-1830. <https://doi.org/10.1016/S0140>
- Stenner, P., Mcfarquhar, T. & Bowling, A. (2010). Older people and "active ageing": Subjective aspects of ageing actively. *Journal of Health Psychology*, 16(3), 467-77. <https://doi.org/10.1177/1359105310384298>
- Steptoe, A. (2010). Social determinants of health of older adults. In WHO SAGE Ageing and Health meeting. Geneva: WHO.

- Sullivan, H. W., Beckjord, E. B., Finney Rutten, L. J. & Hesse, B. W. (2008). Nutrition-Related Cancer Prevention Cognitions and Behavioral Intentions: Testing the Risk Perception Attitude Framework. *Health Education & Behavior: The Official Publication of the Society for Public Health Education*, 35(6), 866-879. <https://doi.org/1090198108326164>
- Taylor, D. (2014). Physical activity is medicine for older adults. *Postgraduate Medical Journal*, 90, 26-32. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-131366>
- The GBD 2015 Obesity Collaborators. (2017). Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *New England Journal of Medicine*, 377(1), 13-27. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1614362>
- Torre, L., Bray, F., Siegel, R., Ferlay, J., Lortet-Tieulent, J. & Jemal, A. (2015). Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin*, 65(2), 87-108.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division. (2015). *World Population Prospects: The 2015 Revision*. Geneva.
- United Nations Development Programme. (2016). *Human Development Report 2016*. United Nations Development Programme. <https://doi.org/eISBN:978-92-1-060036-1>
- Wagstaff, A. (2008). *Measuring financial protection in health* (Vol. 4554). World Bank Publications.
- World Bank Group. (2012). *Resilience, Equity and Opportunity: The World Bank's Social Protection and Labour Strategy 2012-2022*. Washington DC, World Bank.
- World Bank Group. (2014). GINI Index (World Bank Estimate). Retrieved September 29, 2017, from https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI?end=2014&start=1981&view=chart&year=2014&year_high_desc=false
- World Bank Group. (2015). *Poverty headcount ratio at national poverty lines (% of population)*.
- World Health Organization. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Madrid.
- World Health Organization. (2010). *The World Health Report - Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*. World Health report. <http://www.who.int/whr/2010/en/index.html>.
- World Health Organization. (2015). *The Determinants of Health*. Retrieved January 1, 2017, from <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>

ANEXOS

| Variables | (1) M-NAM | (2) C-NAM | (3) D-NAM | (4) S-NAM | (5) M-AM | (6) C-AM | (7) D-AM | (8) S-AM |
|---|------------------------|-----------------------|-------------------------|------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|----------------------|
| Contextuales | | | | | | | | |
| Región = 1, Peravia, San Cristóbal y San José de Ocoa | -0,0329* (0,0173) | -0,00738 (0,0109) | 0,00125 (0,00685) | -0,0265 (0,0177) | -0,0186 (0,0587) | -0,0417 (0,0529) | -0,100** (0,0467) | -0,0392 (0,0477) |
| Región = 2, Santiago, Puerto Plata y Espaillat | -0,0627*** (0,0166) | -0,0170 (0,0107) | -0,0229*** (0,00551) | -0,0584*** (0,0173) | -0,112** (0,0509) | 0,0198 (0,0480) | -0,123*** (0,0428) | -0,0609 (0,0401) |
| Región = 3, Duarte, Samaná, María Trinidad Sánchez y Hermanas Mirabal | -0,0433** (0,0172) | -0,0119 (0,0116) | -0,00489 (0,00697) | -0,0450** (0,0177) | -0,0609 (0,0543) | 0,0540 (0,0470) | -0,102** (0,0456) | -0,0378 (0,0403) |
| Región = 4, Independencia, Bahoruco, Barahona y Pedernales | -0,0564*** (0,0180) | -0,0292** (0,0113) | -0,00849 (0,00664) | -0,0474** (0,0186) | -0,107* (0,0563) | 0,0223 (0,0530) | -0,0881** (0,0434) | -0,0664 (0,0477) |
| Región = 5, La Altagracia, La Romana, El Seibo, San Pedro de Macorís y Hato | 0,0157 (0,0169) | -0,0115 (0,0106) | -0,0160*** (0,00552) | 0,00843 (0,0172) | 0,0224 (0,0556) | -0,0487 (0,0499) | -0,127*** (0,0424) | -0,00104 (0,0437) |
| Región = 6, Azua, San Juan y Elías Piña | -0,0536*** (0,0174) | -0,0206* (0,0109) | -0,00494 (0,00699) | -0,0422** (0,0179) | -0,0449 (0,0528) | 0,0118 (0,0476) | -0,0518 (0,0445) | 0,00918 (0,0420) |
| Región = 7, Dajabón, Monte Cristi, Santiago Rodríguez y Valverde | -0,0702*** (0,0176) | 0,00574 (0,0124) | -0,00937 (0,00672) | -0,0455** (0,0186) | -0,198*** (0,0505) | 0,136*** (0,0496) | -0,0711 (0,0444) | 0,0229 (0,0404) |
| Región = 8, La Vega, Monseñor Nouel y Sánchez Ramírez | -0,0181 (0,0171) | -0,00179 (0,0113) | -0,00807 (0,00652) | -0,0178 (0,0175) | -0,0272 (0,0549) | 0,0981** (0,0480) | -0,0988** (0,0445) | 0,0258 (0,0391) |
| Características de la vivienda | | | | | | | | |
| Piso de tierra o natural | 0,0237 (0,0275) | 0,0144 (0,0162) | -0,00117 (0,00736) | 0,0348 (0,0285) | 0,0629 (0,0928) | -0,158** (0,0709) | 0,121 (0,0780) | -0,0611 (0,0817) |
| Sin conexión de agua | 0,0235 (0,0144) | 0,00594 (0,00916) | 0,00337 (0,00484) | 0,0237 (0,0148) | 0,0573 (0,0392) | -0,101*** (0,0360) | -0,0253 (0,0274) | -0,0394 (0,0343) |
| Letrina sin desagüe o compartida | 0,0778*** (0,0201) | 0,0150 (0,0143) | -0,00285 (0,00640) | 0,0612*** (0,0201) | -0,0407 (0,0581) | -0,0834 (0,0560) | 0,0702 (0,0493) | -0,0302 (0,0584) |
| Programas sociales | | | | | | | | |
| Programa: comer es primero | 0,0228* (0,0123) | 0,0157** (0,00764) | 0,0140*** (0,00513) | 0,0336*** (0,0124) | 0,0108 (0,0351) | -0,0841*** (0,0317) | 0,0365 (0,0289) | -0,0143 (0,0283) |
| Programa: adulto mayor | -0,0397 (0,0324) | -0,0207 (0,0216) | 0,00463 (0,0152) | -0,0378 (0,0353) | 0,0931 (0,0601) | -0,0428 (0,0575) | -0,0744 (0,0477) | 0,00790 (0,0430) |
| Condición socioeconómica del hogar | | | | | | | | |
| Quintil de ingreso del hogar = 2, | 0,0213 (0,0144) | 0,0110 (0,00860) | 0,00319 (0,00505) | 0,0194 (0,0146) | 0,000972 (0,0468) | -0,0660 (0,0416) | -0,00722 (0,0375) | -0,0700* (0,0373) |
| Quintil de ingreso del hogar = 3 | 0,00647 (0,0150) | 0,0131 (0,00971) | 0,00755 (0,00606) | 0,0103 (0,0155) | 0,00116 (0,0480) | -0,0281 (0,0439) | 0,0447 (0,0409) | -0,0481 (0,0400) |
| Quintil de ingreso del hogar = 4 | 0,0430** (0,0175) | 0,0208* (0,0107) | 0,000120 (0,00584) | 0,0476*** (0,0178) | 0,000836 (0,0502) | 0,00152 (0,0449) | 0,0382 (0,0442) | 0,0166 (0,0370) |
| Quintil de ingreso del hogar = 5 | -0,0185 (0,0184) | 0,0106 (0,0122) | -0,00853 (0,00582) | -0,00926 (0,0192) | -0,0300 (0,0536) | 0,0389 (0,0486) | -0,00706 (0,0432) | 0,00978 (0,0413) |

| Variables | (1) M-NAM | (2) C-NAM | (3) D-NAM | (4) S-NAM | (5) M-AM | (6) C-AM | (7) D-AM | (8) S-AM |
|--|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|-------------------------|------------------------|-----------------------|
| Características individuales | | | | | | | | |
| Sexo | 0,0317*** (0,0107) | 0,0340*** (0,00710) | -0,0125*** (0,00406) | 0,0451*** (0,0110) | 0,0129 (0,0345) | 0,175*** (0,0322) | -0,0374 (0,0312) | 0,0810*** (0,0230) |
| Edad | 0,00111** (0,000465) | 0,00954*** (0,000399) | 0,00210*** (0,000232) | 0,00735*** (0,000474) | -0,00238 (0,00191) | 0,00616*** (0,00171) | 0,0119*** (0,00170) | 0,00277* (0,00143) |
| Estado ocupacional = 2, Ocupados | -0,149*** (0,0200) | -0,195*** (0,0135) | -0,0485*** (0,00747) | -0,272*** (0,0205) | | | | |
| Estado ocupacional = 3, Desocupados | -0,128*** (0,0230) | -0,145*** (0,0168) | -0,0383*** (0,00935) | -0,213*** (0,0241) | 0,209*** (0,0776) | 0,0507 (0,0738) | 0,101 (0,0670) | 0,152*** (0,0547) |
| Estado ocupacional = 4, Inactivos | -0,165*** (0,0170) | -0,101*** (0,00829) | -0,00777 (0,00474) | -0,221*** (0,0172) | 0,0848** (0,0396) | 0,141*** (0,0380) | 0,163*** (0,0327) | 0,134*** (0,0334) |
| Afiliación en salud | -0,0152 (0,0107) | 0,0261*** (0,00642) | 0,00191 (0,00393) | -0,00360 (0,0109) | 0,0107 (0,0344) | 0,129*** (0,0308) | -0,0255 (0,0292) | 0,0627** (0,0265) |
| Constante | 0,390*** (0,0240) | -0,0621*** (0,0131) | 0,0246*** (0,00814) | 0,357*** (0,0245) | 0,527*** (0,151) | -0,216 (0,136) | -0,593*** (0,130) | 0,402*** (0,103) |
| Observaciones | 16,130 | 16,130 | 16,124 | 16,139 | 1,847 | 1,846 | 1,845 | 1,847 |
| R-2 | 0,022 | 0,135 | 0,027 | 0,040 | 0,032 | 0,160 | 0,151 | 0,089 |



**El cuidado y los cuidadores en
República Dominicana**

CAPÍTULO

3

Elaborado por:

*Santiago López Zuluaga,
Lina María González Ballesteros,
Ana María Ortiz Hoyos, Yadira Díaz,
Jairo Neira Sánchez, Carmen Elisa Flórez,
Thara Gómez, Laura Feliz y
María Fernanda Ortega*

RESUMEN

La transición demográfica y el envejecimiento de las poblaciones traen consigo nuevos retos para los estados y las sociedades, ya que temas que antes podían resolverse con arreglos tradicionales, hoy ya no lo sean, y requieran la intervención del Estado. República Dominicana aún se encuentra en un momento poco avanzado de la transición demográfica, con el 9 % de su población calificando como adulto mayor, sin embargo, son el grupo poblacional de más rápido crecimiento. Esto tiene profundas implicaciones sobre las dinámicas de cuidado. La caída de la tasa de natalidad produce familias más pequeñas en las cuales es más difícil repartir el cuidado. Además, la incursión de la mujer en el mercado laboral dificulta las labores de cuidado dentro de las familias, pues ella había sido cargada con esa responsabilidad por su condición de mujer. Finalmente, la vida urbana propicia que los núcleos familiares se dispersen y dificulta las labores de cuidado. A este proceso, algo paradójico, de un incremento de demanda de cuidado al tiempo de una reducción de su oferta, se le llama “crisis de cuidado”. Esta es la razón por la cual el cuidado se pone dentro de las agendas estatales como un tema primordial, de cara a equilibrar el llamado “diamante del cuidado” entre las familias y la comunidad, el individuo (autocuidado) y el Estado.

Países en estados más avanzados de envejecimiento y organismos multilaterales han propuesto iniciativas para hacer frente a este proceso. Las experiencias de países como Alemania y Japón en seguros de cuidado, así como el caso francés, son valiosas en la medida en la que dan luces de cómo resolver este problema. A nivel regional, República Dominicana se encuentra algo retrasado con respecto a los demás países latinoamericanos. Carece de una legislación para madres lactantes, licencia de paternidad, leyes sobre discapacidad y una legislación de trabajo doméstico. Además, no ha firmado y ratificado los convenios 156 y 189 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que se refieren a los trabajadores con responsabilidades familiares (dentro de la cual está contemplado el cuidado de una persona mayor) y sobre los trabajadores domésticos (OIT, 1981, 2011).

Sin embargo, República Dominicana sí tiene iniciativas jurídicas e institucionales para el cuidado. Dentro de la Constitución Política de 2010 en los artículos 57 y 60 se hace referencia a las personas mayores. En el 57 se considera la “protección de las personas de la tercera edad” y se le otorga al Estado, la familia y la sociedad la responsabilidad de su protección y de su integración a la vida activa y comunitaria. A su vez, otorga al estado la responsabilidad de la seguridad social integral a las personas mayores. En el artículo 60 se enuncia el derecho a la seguridad social. Da al Estado el desarrollo progresivo de dicha seguridad, que permita una “adecuada protección en la enfermedad, discapacidad, desocupación y vejez” (Constitución de la República Dominicana, 2010). Además, República Dominicana cuenta con la Ley 352 de 1998 que otorga derechos a las personas mayores y se crea el Consejo Nacional de Persona Envejeciente (CONAPE). Además, con esta ley y el Decreto 1372 de 2004 se crean y potencian los centros para personas mayores en sus dos modalidades, centros día y centros 24h.

La situación del cuidado en República Dominicana fue analizada con datos cuantitativos y cualitativos, provenientes de bases de datos, grupos focales y entrevistas a profundidad. Dentro de los datos cuantitativos se encontró que el 12 % de los hogares dominicanos son monoparentales con jefe adulto mayor. Además, el 23 % de los hogares son generacionales de adulto mayor, es decir, solo tienen adultos mayores y dentro de este porcentaje de hogares generacionales, el 64,7 % son unipersonales, es decir, vive una persona mayor sola. Esto sugiere una condición especial del adulto mayor en República Dominicana: suele vivir solo o con su pareja. Si bien este no es un problema per se, puede significar una dificultad a la hora de plantear la forma de apoyar las labores de cuidado.

El cuidado en la República Dominicana aún depende de las estructuras familiares (arreglo tradicional de cuidado). Es en la familia en el lugar donde las personas mayores cuidan y son cuidadas en mayor medida y en los grupos focales figura como el principal referente de las personas mayores. En los resultados cualitativos se indagó sobre la forma en la que se ejerce el cuidado dentro de los hogares y la manera en la que se le concibe.

Frente a la forma en la que se ejerce el cuidado, se puede ver que los entrevistados identifican a sus hijos como los principales responsables de su cuidado:

Doña Ventura y ¿usted necesita cuidado o alguien la cuida?

Tengo una hija en la casa que es la que hace casi todo, yo a veces cocino, yo no lavo, yo no plancho, no barro, tengo otra hija que vive al lado que se casó, que esa es todo amor para mí (GF Mixto +60, Bajos ingresos, Centro Urbano, Santo Domingo).

Además, es dentro de las familias donde las personas mayores cuidan, sobre todo, a sus nietos.

¿Alguno de ustedes cuida a otra persona, a un nieto, a otra persona mayor? ¿Alguien cuida a otra persona? Don Gerardo.

Yo un nieto, un nietecito mío que está conmigo, hijo de una hija mía. Mi hija estuvo muy enferma y él pues ha querido estar conmigo. Sí.

¿Usted como cuida de él?

Bien, bien, ese es un hijo. Hay que cuidarlo igual que mi hija, o cuidarlo sí más, porque en la ausencia de mi hija debo estar yo, la parte que le toca a ella, individualmente me toca a mí, debe multiplicarse (GF Mixto +60, Urbano-Sur, San Juan).

Sin embargo, una constante referencia a Dios como el único ser que les cuida suele acompañar algunas referencias del cuidado, sugiriendo desprotección y usualmente articulada con dinámicas de autocuidado:

Bueno, a nosotros nos cuida es él, el señor, que él primero y después de Dios nosotros uno con otro (GF Mixto +60, Este rural, Benerito, Román).

Por ejemplo, doña Teófila, ¿cierto? ¿A usted la cuidan? ¿Necesita cuidados?

No me cuida nadie, me cuida el Señor, me cuida Dios (GF Mixto +60, Bajos ingresos, Centro Urbano, Santo Domingo).

El segundo momento del grupo focal se centraba en la indagación sobre la forma ideal en la que quisieran ser cuidados los participantes. La respuesta más común está relacionada con el cariño y el afecto, es decir, el cuidado emocional y el fortalecimiento de los lazos familiares.

Estefanía.

Pues lo más importante para mí de mis hijos es el amor que me dan son buenos, no me hacen hacer, no me dan disgustos, no me dan coraje y tengo un nieto que es un amor, ese se ocupa de mí hasta si yo dormí bien, si comí, es un amor, eso es lo más importante para mí, el cariño que ellos me dan (GF Mujeres +60, Este urbano, San Pedro).

Como conclusiones, la sociedad dominicana depende mucho de los arreglos tradicionales para dar cuenta del cuidado de sus personas mayores en situación de dependencia. La familia sigue siendo el lugar fundamental donde el cuidado es brindado y recibido. Si bien se tiene cierta arquitectura jurídica e institucional, no se cuenta con la participación ni cobertura suficiente, y la mayoría de los entrevistados no los reconoce como una posibilidad.

Frente a este panorama, las sugerencias para política pública son las siguientes:

- La realización de una Encuesta de Uso del Tiempo para determinar las cargas asumidas por las mujeres y las familias en las relaciones de cuidado. En general, fortalecer los sistemas de información sobre cuidado.
- Fortalecer la arquitectura jurídica e institucional alrededor del cuidado.
- Promoción y ampliación de los beneficios que incluye la Ley 352 de 1998.

CONTENIDO

| | | |
|------------|--|------------|
| 1. | Introducción | 124 |
| 2. | Relevancia/justificación | 124 |
| 3. | Marco teórico | 126 |
| | 3.1. Actores sociales del cuidado | 128 |
| | 3.2. Género y cuidado | 128 |
| 4. | Revisión sobre buenas prácticas de cuidado | 130 |
| | 4.1. Cuidados domiciliarios | 131 |
| | 4.2. Seguros de cuidado a largo plazo | 133 |
| | 4.3. Prácticas que permiten la redistribución del trabajo no remunerado. | 134 |
| 5. | Marco legal | 135 |
| 6. | Resultados cualitativos | 139 |
| | 6.1. Ejercicio del cuidado | 139 |
| | 6.1.1. Recibir cuidado | 139 |
| | 6.1.2. Cuidarse | 141 |
| | 6.1.3. Dar cuidado | 142 |
| | 6.1.4. Cuidar en/la comunidad | 143 |
| | 6.2. Ideal del cuidado | 146 |
| 7. | Resultados cuantitativos | 148 |
| | 7.1. Tipologías de los hogares | 148 |
| | 7.2. Necesidades del adulto mayor en cuanto a cuidado | 153 |
| 8. | Conclusiones | 155 |
| 9. | Recomendaciones | 157 |
| 10. | Bibliografía | 158 |

1. Introducción

En el presente capítulo se abordará el cuidado de las personas mayores con el ánimo de dibujar un panorama que permita tomar mejores decisiones de política pública con la información existente en República Dominicana.

Para ello, se iniciará haciendo una revisión de textos en la cual se abordarán temas alrededor del cuidado. En primera instancia, su relevancia, que es importante hacer explícita: ¿por qué vale la pena pensarnos el cuidado hoy? Luego en el marco teórico, se definirán los conceptos que serán usados durante el texto y los móviles de este. Allí se tratarán temas teóricos del cuidado como sus actores, su relación con el género y sus características socioespaciales. En un tercer momento se hará una revisión sobre las buenas prácticas de cuidado, relatando las iniciativas internacionales, regionales y nacionales en torno al cuidado, para dibujar el panorama internacional del tema, y el lugar donde está República Dominicana. Allí resaltan las experiencias de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización de los Estados Americanos (OEA) como organismos multilaterales, y de Argentina o Chile, además de los seguros de cuidado a largo plazo de los países europeos y de Japón. De los organismos multilaterales se desprenden recomendaciones legales que son recogidas en el apartado de Marco legal. Allí se hace una revisión de los principales tratados internacionales, experiencias regionales jurídicas valiosas, además de un barrido de la situación jurídica e institucional de República Dominicana.

El segundo bloque del libro se concentra en el análisis del material obtenido mediante las entrevistas, los grupos focales y las bases de datos. En el primer apartado, dedicado al análisis de la información cualitativa, se tendrán dos momentos. En el primero se analizará el ejercicio de cuidado como dinámica de las personas mayores. Las preguntas sugieren pensar si son cuidados o cuidan y cuáles son las condiciones para hacerlo. El segundo bloque explora más las representaciones del cuidado, indagando en las personas de los grupos focales sobre cuál es el ideal del cuidado, es decir, la forma en las que ellos quisieran ser cuidados. Allí se explora la percepción de las personas sobre el cuidado y cuáles deberían ser sus características. En la segunda parte del segundo bloque del libro se hará el análisis de la información cuantitativa. En él se mirará primero la tipología y composición de los hogares, para rastrear las características de las familias, lugar tradicional donde ocurren las relaciones de cuidado. En un segundo momento se hará una aproximación cuantitativa para rastrear las necesidades del adulto mayor en cuanto a cuidado. Allí se pondrá especial énfasis en situación de discapacidad y qué tipo de dificultades tienen para realizar actividades de la vida diaria.

Finalmente, el texto cierra con un apartado de conclusiones y recomendaciones de política pública en las que se recogen los elementos enunciados durante el análisis del material.

2. Relevancia/justificación

El cuidado toma relevancia en la contemporaneidad de la mano de un proceso fundamental de la vida social y de los Estados-nación en el mundo: la transición demográfica. La transición demográfica es el proceso por el cual la población de un país reduce su tasa de mortalidad, propiciando primero un boom demográfico

para luego reducir las tasas de natalidad, propiciando la longevidad de sus ciudadanos. Los avances en la medicina permiten que más niños nazcan y menos personas mueran durante el boom, e incrementa la esperanza de vida al nacer durante el proceso de envejecimiento poblacional. El fenómeno de la transición demográfica afecta a la totalidad de la vida social y a todas las dimensiones evaluadas en la Misión República Dominicana Envejece. Es por ello que se le dedica un capítulo exclusivo. Este fenómeno implica un proceso de larga duración y permitió determinar la transformación sociodemográfica inicialmente de los países europeos (Villa, González, 2004) y, en la actualidad, en países de América Latina y el Caribe, (Huenchuan, 2009; Gómez Campos, Pacheco Carrillo & Cossio-Bolaños, 2016, p. 27).

A la transición demográfica descrita se suma la transición epidemiológica, caracterizada por el incremento en la incidencia y prevalencia de las enfermedades que se presentan más frecuentemente en los adultos mayores. Pero con el envejecimiento de las poblaciones y la transformación de su perfil epidemiológico vienen nuevos retos para la administración pública y los Estados, aun cuando puedan considerarse triunfos del desarrollo. Los cambios en el patrón de enfermedades asociados con el envejecimiento de la población permiten prever un aumento en la demanda de los recursos financieros (tanto del presupuesto nacional como de la economía familiar) y humanos (por ejemplo, de especialistas en geriatría) para satisfacer las necesidades de cuidados de salud de este grupo de la población. En particular, el incremento en la esperanza de vida, la mayor prevalencia de enfermedades crónicas y el aumento de los gastos de salud asociados con los adultos mayores significarán una mayor demanda de recursos financieros por parte de los sistemas sanitarios nacionales (Suárez & Pescetto, 2005, p. 420).

La prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, por encima de las enfermedades transmisibles, hace que el cuidado se ponga en la agenda de los estados y los organismos multilaterales. Este es el aspecto específico en el cual la transición demográfica afecta al cuidado. El aumento relativo y absoluto de la población adulta mayor frente al total de la población suele venir correlacionado con un incremento en la demanda de cuidados específicos para enfermedades crónicas no transmisibles.

Estos procesos suponen el incremento de las cargas sobre los actores sociales tradicionales en el cuidado de la persona mayor: las familias y, en especial, las mujeres. Sin embargo, la capacidad de estos actores tradicionales de suplir la demanda de cuidado se va erosionando con los procesos que también se desprenden de la transición demográfica y de la entrada de la mujer al mercado laboral: familias más pequeñas y menos tiempo para cuidar. La transformación epidemiológica abre las puertas a nuevas necesidades en políticas públicas, usualmente centradas en el cuidado, que buscan aligerar la carga sobre estos actores sociales. A dicho proceso de paulatino crecimiento de las necesidades de cuidado con una dificultad constante para suplirlas, se le puede denominar 'crisis del cuidado'.

La denominada 'crisis del cuidado' se produce cuando aumenta el número de personas que requieren cuidados y, paralelamente, disminuye la cantidad de personas, en general mujeres, en condiciones de brindar dicho cuidado. Esto ocurre como consecuencia de factores demográficos, económicos, sociales y culturales (incremento de la esperanza de vida y envejecimiento de la población, mayor participación económica de las mujeres y proyectos de vida propios). Dicha crisis afecta tanto a las poblaciones necesitadas de cuidados como a quienes se dedican a ofrecerlos (Aguirre & Ferrari, 2014, pp. 11-12).

A su vez, Ferrari y Aguirre inmediatamente tienden un puente entre la denominada crisis del cuidado, y la urgencia de hacer del cuidado un asunto de política pública central para los gobiernos.

Para garantizar este derecho se requiere generar políticas públicas que tengan en cuenta la interacción de las familias, el mercado y el Estado tomando en consideración el reparto del cuidado en tiempo y costos entre las distintas esferas proveedoras y entre mujeres y varones. Se plantea la necesidad de desfamiliarizar o socializar los costos vinculados a las tareas de cuidados, generando servicios públicos o bien estimulando y/o regulando la oferta privada, así como articulando las acciones de diversos actores, de modo tal de avanzar hacia un escenario de corresponsabilidad social (Aguirre & Ferrari, 2014, p. 12).

A su vez, la transición demográfica suele darse con un envejecimiento de los hogares, donde cada vez más personas califican como adultas mayores; además, la reducción de las tasas de natalidad hizo que los núcleos familiares se tornaran más pequeños y la vida en ciudad dificulta la existencia de familias extensivas (con integrantes por fuera de los núcleos familiares padres-hijos). El cuidado tradicional sobrevivía, en parte, gracias a las altas tasas de natalidad que permitían que el trabajo de cuidado de algún familiar fuera repartido entre más personas. A este cúmulo de relaciones sociales que se viene erosionando se le llamará arreglo tradicional de cuidado. Estas nuevas transformaciones afectan la eficiencia de los arreglos tradicionales para dar cuenta del cuidado, mostrando sus limitaciones y sobrecargando a los cuidadores (usualmente mujeres) de una responsabilidad dentro del mercado laboral y de otra por fuera. Estos dos elementos colocan al cuidado como tema importante dentro de las agendas de desarrollo social de los diferentes países y de los organismos multilaterales.

Si el cuidado se entiende como un derecho asumido por la colectividad y prestado mediante servicios que maximicen la autonomía y el bienestar de las familias y los individuos, con directa competencia del Estado, surge el desafío de avanzar hacia su reconocimiento e inclusión positiva en las políticas públicas. Esto implica acciones en tres sentidos al menos: redistribuir, revalorizar y reformular los cuidados (Batthyány, 2015).

3. Marco teórico

El cuidado ha sido estudiado desde diferentes perspectivas teóricas, metodológicas y políticas. Gracias a esto, tiene una multiplicidad de ópticas que permite que el campo sea multidisciplinario y transdisciplinario. Dicha densidad y riqueza conceptual se ve reflejada en una gran cantidad de enfoques de aplicación sobre el tema. La literatura sobre cuidado está usualmente centrada en los niños, más que en los adultos mayores; sin embargo, para efectos de la investigación, serán centrados en el que más se acople al objeto de estudio, la población envejeciente, y al objetivo de generar información para política pública. De esta forma, se esbozarán elementos teóricos relevantes y al final se tejerá una definición operativa.

Para Ravazi y Staab (2008), en un estudio realizado para el Instituto de Desarrollo Social de la ONU en alianza con ONU Mujer, define el cuidado como el apoyo y la asistencia proveída a una persona que lo requiere, y puede realizarse para actividades básicas de la vida diaria (ABVD), como vestirse, bañarse o comer, o como actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), que implican apoyo en labores domésticas o transporte. Cada una de estas formas de apoyo refleja un nivel de dependencia específica de la persona que es cuidada hacia la que cuida y es importante diferenciarlas desde su definición. Además, el apoyo se diferencia de la ayuda o la asistencia porque hay dependencia funcional frente al acto que se realiza. Esto

quiere decir que una actividad puede ser catalogada como ayuda intergeneracional o como cuidado/apoyo dependiendo del contexto. Si una persona no es capaz de bañarse y alguien le brinda apoyo, sería cuidado; sin embargo, si la misma persona está en capacidad de bañarse y alguien, de todas formas, le brinda apoyo, podría catalogarse como ayuda intergeneracional o solidaridad, pero no como cuidado. El cuidado es una relación social entre cuidador y cuidado mediada por la dependencia funcional como eje de la asimetría de la relación. Es decir, lo que sostiene la relación de cuidado asimétrica (y, por ende, quién cuida y quién es cuidado) es la dependencia funcional de uno hacia el otro. No obstante, dicha asimetría no necesariamente quiere decir que haya una relación activo-pasivo en el cuidado. La persona que es cuidada, a pesar de tener algún tipo de dependencia funcional, no puede ser catalogada como pasiva en la relación de cuidado.

Además de la dimensión de cuidador y cuidado, también se puede añadir el vector de autocuidado. Especialmente importante para las personas mayores, el autocuidado es el que permite que la relación asimétrica entre cuidador y cuidado no suprima al cuidado como sujeto activo de una relación social. El autocuidado permite preservar márgenes de autonomía e independencia de la persona cuidada y a su vez ayuda a integrarla en otros círculos de relaciones sociales y ciudadanas, reduciendo los niveles de dependencia. A su vez, el autocuidado es la base sobre la cual se pueden proyectar actividades de cuidado desde la persona mayor, por ejemplo, el cuidado de los nietos cuando sus padres van a trabajar (Sojo, 2011), o el apoyo brindado a la comunidad. El cuidado es bidireccional y puede potenciar, en ciertos contextos, tanto a cuidador como a cuidado (Walker et al., 1995). Esto desmiente el cuidado como incapacidad del cuidado para hacer parte activa de la sociedad y de su familia, así como el ejercicio de cuidar como una condena.

El cuidado también tiene unas características de espacio-temporalidad que es importante mencionar ya que configuran la manera de cuidar y pueden ser intervenidas desde los Estados. Para Bookman y Kimbrel (2011) existen siete dimensiones del cuidado:

- Temporal. Refiere al corto o largo plazo de la relación de cuidado y a su intermitencia o constancia.
- Espacial. Es la distancia y el desplazamiento que existe entre cuidador y cuidado.
- Residencia. Evalúa si la persona cuidada vive o no con la persona que provee cuidado.
- Financiera. Situación financiera que determina la forma en la que se recibe el cuidado, si este es de familia, de institución o del Estado.
- Estado de salud. Define el nivel de dependencia de cuidado y su tipo (si es institucional o no).
- Moral, espiritual y emocional. Ligada al concepto de ayuda socioemocional y usualmente puesta de lado en las relaciones de cuidado. Tiene especial importancia para las personas mayores.

Dichas dimensiones configuran una espacialidad y caracterización del cuidado que permite situarlo en categorías por mejorar con política pública. También es importante poner énfasis en la última categoría y ahondar en el concepto de ayuda socioemocional. El cuidado en su vertiente de ayuda socioemocional suele ser marginado y no tomado en cuenta como un esfuerzo y como parte del trabajo de cuidado. Recibir y dar apoyo emocional es fundamental durante la etapa de envejecimiento y durante picos de enfermedades crónicas. La importancia de hacer ver las redes de apoyo expresando cariño y cuidando es muy importante, y no puede ser invisibilizado únicamente porque es difícil de medir.

3.1. Actores sociales del cuidado

La relación micro de cuidado está mediada por estas relaciones, pero el cuidado como elemento macro tiene otros actores, lugares y acciones:

El cuidado es brindado por medio de una variedad de relaciones sociales e instituciones, incluyendo mercados, estados y el sector sin ánimo de lucro. La tipología “diamante del cuidado” (Razavi, 2007) conceptualiza estas instituciones de forma estilizada. Claramente, esta es una imagen simplificada, pues las instituciones brindan trabajo del cuidado de una forma mucho más compleja y las relaciones entre ellas no son ni claras ni estáticas. Por ejemplo, el estado suele regular y subsidiar (incluso algunas veces crear) provisión de cuidado vía mercados y proveedores sin ánimo de lucro. El punto del diamante del cuidado es enfatizar en la multiplicidad de sitios desde donde el cuidado es producido y las decisiones que toma una sociedad de privilegiar unas formas sobre otra, con esas decisiones teniendo implicaciones en quiénes acceden a un cuidado adecuado y quién soporta la carga (Razavi & Staab, 2008, p. 5, traducción propia)¹.

El cuidado tiene una cantidad variada de actores, incluido el Estado, el mercado, la comunidad y la familia (como institución). Las relaciones, como sugiere la cita de Razavi y Staab, son complejas y se entretajan de maneras particulares en situaciones específicas. Sin embargo, como actores generales, se pueden identificar sus funciones y acciones concretas en un espacio nacional. El cuidado puede parecer una actividad reclusa en los hogares y las familias, no obstante, la cantidad de actores que intervienen en ella exceden las propias relaciones familiares y es muy importante tener esta visión de amplio espectro a la hora de analizar la situación del cuidado.

Lo más importante de este énfasis en los actores sociales, es subrayar la posibilidad que tiene el cuidado de ser afectado y afectar a la política pública. Una adecuada legislación de protección a la persona mayor, o un plan de cuidado social comunitario pueden impactar la calidad de vida de las personas mayores y la relación de cuidado familiar tradicional. La importancia de la institucionalidad y los mercados se desprende de la interrelación que el diamante del cuidado propone.

3.2. Género y cuidado

La relación de cuidado se ha caracterizado por estar recargada sobre las mujeres, esto quiere decir que el cuidado tiene una dimensión de género que es importante tomar en cuenta. Históricamente, a la mujer se le obligó a realizar el trabajo doméstico en los hogares y fue marginada de la vida económica y política por razones estructurales e ideológicas.

1. Texto original: “Care is provided through a variety of social relations and institutions, including markets, states, and the not-for-profit sector. The “care diamond” typology (Razavi, 2007) conceptualizes these institutions in a stylized fashion. Of course, this is an oversimplified picture as the institutions providing care work in a more complex manner and the boundaries between them is neither clear-cut nor static. For example, the state very often subsidizes and regulates (sometimes creates) provision through markets and not-for-profit providers. The point of the care diamond, however, is to emphasize the multiplicity of sites where care is produced and the decisions taken by society to privilege some forms of provision over others, with these decisions having implications for who accesses adequate care and who bears the burden”.

Con la industrialización, a los varones/maridos se les impone la responsabilidad fundamental de la provisión de los ingresos, y a las mujeres/esposas, el cuidado y el servicio. Esos cambios organizacionales en la división del trabajo doméstico, derivados de las presiones que emanan en un momento histórico de otros cambios sociales, son vistos, sin embargo, como algo natural más que socialmente impuestos (Bazo & Ancizu, 2004). No obstante, esas disposiciones tradicionales se vienen transformando con la incursión de la mujer en el mercado laboral y con sus triunfos dentro de la vida social y política durante la segunda mitad del siglo XX. La distribución desigual del cuidado por sexo se articuló con la entrada de la mujer en el mercado laboral, configurando una doble jornada de trabajo (dentro del trabajo y fuera de él) que afectó las relaciones de trabajo doméstico y de cuidado. La inclusión de la mujer en el mercado laboral no tuvo como correlato una participación más activa de los hombres dentro del trabajo del cuidado.

Este carácter múltiple, simultáneo y contradictorio de la construcción de identidades que hoy se reconoce a todos los agentes sociales, ha tenido una expresión particular en el caso de las mujeres. Me refiero a la “doble presencia” en la familia y en el mercado, al doble trabajo (doméstico y remunerado) con sus significados contradictorios, a las negociaciones y tensiones subjetivas que esta experiencia significó, y aún significa, para numerosas trabajadoras (Arango & Molinier, 2011).

La importancia del trabajo en la construcción de subjetividad que es resaltada por Luz Gabriela Arango, configura un espectro en el cual el doble trabajo fabrica una forma de doble identidad de las mujeres, reforzada por la necesidad y la exigencia de participar de una doble jornada laboral, dentro y fuera del mercado. Además, la responsabilidad de la mujer frente al cuidado fue mantenida en el campo femenino echando mano de conceptos construidos durante la época en la que ellas no participaban en el mercado laboral:

El concepto de cuidado se construye socialmente. Está socialmente aceptado que las tareas de cuidado son una responsabilidad de las mujeres debido a su supuesto instinto natural para este tipo de trabajo. Además, la labor de cuidar no se percibe como trabajo cualificado (Bazo & Ancizu, 2004, p. 48).

Acá es importante hacer un breve paréntesis. La cercanía casi natural entre trabajo del cuidado y trabajo doméstico deviene para ambos de su desvalorización como trabajo (siendo llamados improductivos, incluso), pero también de su feminización y de su reclusión en la esfera familiar y privada (Aguirre & Ferrari, 2014). El trabajo de cuidado se mantuvo feminizado, naturalizado y descualificado frente al trabajo dentro del mercado (y remunerado). La importancia del trabajo dentro de la construcción de identidad y la degradación del trabajo del cuidado y doméstico casi al nivel de deber natural configuró —y aún configura— una forma de aproximarse a él marcada por el menosprecio de su valor. Es por ello que las mujeres que sufren esta doble presencia suelen presentar otros tipos de pobreza. Desde los organismos multilaterales se viene usando el concepto de Pobreza de recursos y tiempo para poner énfasis en que esta doble dimensión del trabajo doméstico y de cuidado y el remunerado puede sobrecargar a las mujeres, manteniéndolas de facto en una posición de desventaja frente a los hombres. El énfasis de pobreza de recursos y tiempo hace hincapié en la necesidad de vincular al hombre en las labores de cuidado y de reequilibrar las relaciones de cuidado por sexos. Para ello las encuestas de uso del tiempo (EUT) tienen una posición privilegiada de análisis (Araya, 2003; Batthyány, 2015), permitiendo visibilizar la diferencia en el uso del tiempo entre sexos en varios asuntos en concreto:

- La carga global de trabajo femenina es mayor a la masculina;
- Los hombres tienen una menor participación e invierten menos tiempo en las actividades domésticas y de cuidado;
- Las mujeres destinan en promedio más del doble de tiempo semanal que los hombres al cuidado de niños y otros miembros del hogar. El mayor tiempo dedicado a estas actividades por las mujeres se incrementa de manera notable en los tramos del ciclo vital asociados a la tenencia de niños y niñas, mientras que en el caso de los hombres, el tiempo permanece prácticamente constante durante todo su ciclo vital;
- La jornada de trabajo total de las mujeres dedicada a labores remuneradas y no remuneradas es mayor que la de los hombres. La participación laboral remunerada de las mujeres es menor cuando existen niñas y niños en edad preescolar;
- Cuando las mujeres trabajan remuneradamente, aun cuando lo hacen a tiempo completo, la distribución de las tareas domésticas y de cuidado sigue siendo desigual;
- El tiempo de trabajo remunerado en promedio de las mujeres es inferior al de los hombres, debido a la necesidad de atender las responsabilidades domésticas y familiares, y;
- El trabajo del cuidado de niños, enfermos y adultos mayores aumenta la participación y el tiempo invertido por las mujeres en las actividades domésticas. Además, este se incrementa con la presencia en el hogar de menores en edad preescolar, mientras que el de los hombres tiende a permanecer estable (Batthyány, 2015, p. 15).

El cuidado no solo se ve afectado por la dicotomía oposicional hombre-mujer. El cuidado puede ser también formal e informal, siendo el primero mediado por algún tipo de institucionalidad y el segundo por arreglos más tradicionales (familiares, usualmente no remunerados). También el cuidado puede ser directo o indirecto, caracterizándose el primero por ser la persona encargada del cuidado de la misma que lo brinda, y el segundo por ser la persona encargada del cuidado quien administra y supervisa el cuidado, que es dado por otra persona. También se divide en institucional y familiar, que ya ha sido más explorado. Estas dicotomías oposicionales suelen rearticularse con otras divisiones, tales como urbano-rural o centro-periferia, para establecer relaciones complejas y multipolares, como las del diamante del cuidado.

Cuidado sería, entonces, el apoyo en actividades de la vida diaria (básicas e instrumentales, pero también emocionales) a personas con dependencia funcional, con un énfasis en la autonomía, en el diamante del cuidado y con perspectiva de equidad de género.

4. Revisión sobre buenas prácticas de cuidado

Es importante revisar las buenas prácticas de cuidado para recapitular sobre las más exitosas, de cara a hacer un estado del arte de estas. Para Karina Batthyány (Batthyány, 2015) la política pública debe estar orientada en tres sentidos: redistribuir, revalorizar y reformular los cuidados:

Redistribuir significa construir una responsabilidad colectiva en torno a los cuidados, transitar de su consideración exclusivamente privada a considerarlo un tema de responsabilidad colectiva y, por tanto,

lograr el acceso universal a cuidados dignos. Revalorizar implica dignificar los cuidados como trabajo y reconocerlos como una dimensión esencial del bienestar. Reformular remite a desanudar los cuidados de su asociación con la feminidad y la familia exclusivamente (Batthyány, 2015).

Todos estos estados son mutuamente dependientes. Es decir, que todas las tres acciones deben estar interconectadas, y si dejan de lado alguno de los elementos la intervención de política pública en cuidado estará incompleta.

La revisión se centra en tres tipos de prácticas con el fin de inspirar y mejorar los servicios de cuidado en República Dominicana: los cuidados domiciliarios, los seguros de cuidados de largo plazo y las que permiten la redistribución del trabajo no remunerado.

4.1. Cuidados domiciliarios

Los cuidados domiciliarios se refieren a servicios de cuidado que van hasta los hogares de los cuidados durante algún tiempo y cierta intensidad para mejorar su calidad de vida. La OMS (2002) destaca los cuidados domiciliarios porque permiten que las personas mayores permanezcan en sus hogares, cerca de su familia, de su comunidad y de sus redes de apoyo “las personas de más avanzada edad que necesitan cuidado, prefieren ser cuidadas en sus hogares” (OMS, 2002, traducción propia).

Esta revisión se basa en la realizada por la Fundación Saldarriaga Concha para la Misión Colombia Envejece (2015). El caso argentino es el más paradigmático en América Latina para cuidados a domicilio.

Argentina es uno de los países más envejecidos de Latinoamérica y tiene una doble presión demográfica: por un lado, el grupo de mayor crecimiento es el de más de 75 años; y, por otro lado, el aumento de los hogares unipersonales. La mayor necesidad de cuidados se articulaba con un debilitamiento de las redes de apoyo, lo que hacía urgente el diseño de un programa de cuidados que permitiera a los adultos mayores permanecer en sus hogares.

Implementado en 1996 e interrumpido entre el 2000 y el 2002, ha formado más de 12.000 cuidadores domiciliarios en 350 unidades formadoras en todas las provincias argentinas. Luego de su reapertura, el programa se readecuó como una política social realizada desde la Subsecretaría de la Tercera Edad, y que permitió la profundización del proyecto. El objetivo principal del programa es:

A partir de los cuidados domiciliarios, el programa pretende prolongar la permanencia en el hogar de las personas con necesidades de atención sostenida, demorando o evitando su institucionalización. En su conjunto, apunta de manera fundamental a: i) mejorar la calidad de vida de las personas de edad a través de la atención adecuada en el domicilio, insertas en su comunidad y conservando sus roles familiares y sociales; ii) capacitar a personas de la comunidad para desarrollar tareas y funciones de cuidados domiciliarios, y iii) promover y estimular la creación de servicios locales de atención domiciliaria (Huenchuan, Roqué & Arias, 2009, Chapter Los cuidados domiciliarios en situaciones de pobreza y dependencia en la vejez: la experiencia argentina, pp. 29-30).

El programa tiene dos módulos. En el primero se dan cursos de formación y actualización a desempleados y a personas en situación de vulnerabilidad. El segundo se centra en la atención domiciliaria a personas mayores de 60 años con dependencia y que tengan insuficiencia económica y algún grado de desprotección (como no tener nadie quién los cuide, algún tipo de discapacidad o una enfermedad crónica o terminal). El programa logra incluir socialmente tanto a los adultos mayores, que podrían retrasar o eliminar la necesidad de su institucionalización, como a estudiantes y desempleados, que lograron ingresar en el mercado laboral.

El estudio de Arias y Huenchuan (Huenchuan et al., 2009) realizado para la CEPAL, evalúa la eficiencia del programa en estos dos objetivos. Primero resalta las mejoras en las personas atendidas, que no solo tuvieron apoyo en sus labores de la vida diaria y en la satisfacción de sus necesidades básicas, sino que en algunos casos incluso incrementó su autoestima y desarrollo personal, mejorando notablemente las condiciones de vida de las personas mayores. En las familias de los cuidados también hubo un impacto positivo, pues se les liberó de cargas que no podían asumir saludablemente y permitió la construcción de relaciones más beneficiosas con las personas atendidas por el programa. Al final, en los cuidadores el programa impactó de forma muy positiva, hubo un logro en su vida laboral y académica y se vincularon al mercado laboral de forma efectiva.

Sin embargo, el caso argentino también deja enseñanzas en sus debilidades. Se observaron dificultades para definir el rol del cuidador domiciliario. En el plano teórico sus facultades y capacidades estaban explícitamente delimitadas en el programa. Pero la amplitud de tareas que desempeñaban y las características propias del cuidado hacían que estas fueran difíciles de transmitir a las familias, lo que ocasionaba problemas en la delimitación de tareas que la familia pretendía que desempeñara el cuidador. También hubo efectos negativos de la culminación de la prestación, pues el cuidador dejaba de recibir la beca y había una sensación en la persona atendida de volver a la desprotección. Los cuidadores expresaron, además, que el programa no les otorgaba herramientas para manejar emocionalmente la separación que implicaba esta instancia.

Por otro lado, en Costa Rica se incrementó la preocupación por generar un sistema nacional de cuidado. Si bien el énfasis era en niños y niñas, hay una sección dedicada a las personas mayores. El Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) fue creado por la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor de 1999. Tenía como una de sus modalidades de cuidado para las personas mayores el cuidado a domicilio: Se trata de atención y ayuda a las personas adultas mayores en las acciones requeridas según su nivel de dependencia, prestadas en el lugar de residencia habitual. Son acciones que van desde ayudar con el baño diario, preparar y brindar la alimentación, aseo de la casa, cuidados médicos, hasta acompañamiento a citas médicas, uso de transporte público, realización de compras o pagos, por ejemplo. En el caso de los adultos mayores no hay servicios públicos propiamente sino que prevalecen los mixtos y hay algunos privados (Batthyány, 2015, p. 34).

El programa se encarga también de participar en los procesos de acreditación y de llevar un registro actualizado de las personas, físicas y jurídicas, acreditadas por el Ministerio de Salud para brindar servicios a las personas adultas mayores (Sauma, 2012). Concretamente en el cuidado de Adultos

Mayores existen tres modalidades de atención: los hogares de ancianos, los albergues y los centros diurnos (Batthyány, 2015, p. 32). También hay una incipiente estrategia dentro de la Red Nacional de Cuido y es la atención domiciliaria, que tiene inversión privada y mixta.

Chile, Brasil, Uruguay y México han tenido también, programas de cuidados domiciliarios. En Chile, durante los 90, era en el mercado el encargado de dar solución a los problemas de cuidado. En esta medida, el enfoque de derechos era débil hasta el gobierno de Michelle Bachelet (2006-2010), que puso énfasis en el desarrollo de un sistema de protección social basado en derechos, centrado en adultos mayores, amas de casa y menores de 6 años. A pesar de que el énfasis fue puesto en los menores de 6 años, destaca la especial preocupación por los cuidadores: su estado de salud, autoestima y bienestar emocional son monitoreados (Ministerio de Desarrollo Social, 2014).

México cuenta con un Programa de Atención Domiciliaria para la Población Vulnerable de Ciudad de México. Va dirigido a población con limitaciones para realizar por sí mismas actividades básicas para su desempeño físico, mental, social y ocupacional. Tiene como objetivo otorgar atención preventiva domiciliaria y construir un sistema con cobertura universal para Ciudad de México y contribuir al desarrollo pleno de capacidades y potencialidades de la población vulnerable (Calderón Magaña, 2013). Los grupos que se proponen ofrecer atención médica preventiva de calidad son multidisciplinarios e integran enfermeros, médicos, trabajadores sociales y psicólogos. Pretenden reducir tiempos de internamiento hospitalario a la par de contribuir a incrementar la autonomía de los pacientes y sus familiares.

En Uruguay el cuidado a domicilio hace parte del Sistema Nacional de Cuidados, implementado en 2012. En él se reconoce la importancia de los cuidados domiciliarios y se pone énfasis en su formalización (Rico, 2011). En Brasil, los servicios de cuidados domiciliarios hacen parte del Programa Nacional de Cuidadores de Adultos Mayores. Sin embargo, la cobertura es baja. Los servicios de cuidado domiciliarios en Colombia son de características informales y tradicionales, usualmente prestados por mujeres a sus familiares. Los servicios formales son fundamentalmente brindados por empresas privadas, lo que refleja la inexistencia de un sistema de cuidados estatal (Díaz et al., 2015). Hay incipientes preocupaciones por diseñar un Sistema Nacional de Cuidado (SINACU).

Finalmente, una dimensión del cuidado domiciliario que se está desarrollándose con especial fuerza, de la mano de las tecnologías de la telecomunicación, es la teleasistencia. Está dirigida a personas solitarias que pueden requerir atención en un momento de emergencia. Algunos países que han adoptado esta estrategia son Suecia, Dinamarca, Noruega, Holanda, Alemania, Francia, España, Argentina, Chile, México y Uruguay (Díaz et al., 2015).

4.2. Seguros de cuidado a largo plazo

Hacia la ampliación de la oferta pública (y privada) de estos servicios han avanzado, sobre todo, los países pertenecientes a la OCDE y que ya tienen sistemas de protección social desarrollados, en particular en Europa y Japón. En los años 90 e inicios del 2000, en países como Alemania y Japón se aprobó la creación de los seguros de cuidado a largo plazo (Prado & Sojo, 2010). Funciona mediante la creación

de bases específicas de cotización para garantizar el acceso a recursos para el pago de servicios de cuidados. El estudio de Prado y Sojo analiza diferentes perspectivas de los seguros de cuidado a largo plazo en Europa (2010).

El seguro alemán tiene como requisitos haber contribuido durante, por lo menos, 5 de los 10 años anteriores a la solicitud. También se basa en el nivel de dependencia del solicitante y de los grados y niveles de gravedad. El seguro comprende una parte importante del costo, pero igual los usuarios deben participar en el pago de los servicios. Francia instauró en 2002 un beneficio no contributivo para personas dependientes, el Beneficio Personalizado de Autonomía (APA), para garantizar el acceso de los ciudadanos a servicios de cuidado una vez los necesiten. En 2005 se cambia la legislación sobre discapacidad en Francia y se crea la Caja Nacional de la Solidaridad para la Autonomía (CNSA) con un importante aporte del sistema contributivo. Este ente cuenta tanto con ingresos de los seguros de salud y vejez, como propios, transformando el histórico énfasis francés en los derechos.

El objetivo de este tipo de seguros radica en garantizar dinero para el cuidado en la vejez desde la etapa productiva. Similar a algunos enfoques pensionales o de salud, por vía de una cotización durante la etapa más productiva se puede asegurar un cuidado digno y de calidad cuando el usuario esté mayor.

4.3. Prácticas que permiten la redistribución del trabajo no remunerado

Como se ha venido mencionando, hay una desigual distribución del trabajo del cuidado entre hombres y mujeres, lo que suele causar en ellas pobreza de tiempo y sobrecarga emocional. Además, la inserción de la mujer en el mercado laboral no ha tenido la contraparte de la inclusión del hombre en los trabajos no remunerados. Parte de las buenas prácticas que vale la pena resaltar y replicar son las que explícitamente se proponen reequilibrar las cargas del trabajo del cuidado, previniendo situaciones de vulnerabilidad para mujeres (y riesgos asociados, como la pérdida del empleo).

La lucha por la redistribución del trabajo no remunerado se desprende de la perspectiva de género enunciada al inicio del texto. Redistribuir las cargas del trabajo no remunerado entre hombre y mujer hace parte fundamental de una política del cuidado que tenga en cuenta la igualdad de género. Las tendencias políticas a la igualdad de género, sumado al ya mencionado envejecimiento poblacional, hacen que las formas tradicionales de prestar cuidado a las personas mayores construyan un panorama de futuro en el cual es urgente intervenir en pro de la mujer. De esta misma manera, Batthyány (2010) sugiere que también es urgente sacar de la esfera privada el ámbito del cuidado y exhortar a la comunidad, organizaciones no gubernamentales, sociedad civil y Estado a vincularse, para equilibrar cargas con las familias.

También en esta misma línea están las Encuestas de Uso del Tiempo. Como ya fue mencionado, son herramientas fundamentales para la visibilización de los usos del tiempo de la mujer, lo que permite dar instrumentos y datos con los cuales monitorear la pobreza de tiempo que suele asolar a las mujeres. Reconocer el trabajo no remunerado como algo fundamental para la sociedad también permite migrar de un enfoque centrado en el estudio del cuidado a uno centrado en el cuidado como derecho.

Por ello el Estado tiene también responsabilidad en la difusión de mensajes y propagandas que propicien la igualdad de género en el trabajo no remunerado. Por vía de la educación formal también se pueden hacer circular mensajes que propicien la sensibilidad hacia el trabajo no remunerado. Reconocer un problema como tal y visibilizar soluciones puede ayudar a romper prejuicios sobre la división sexual del trabajo.

En Ecuador el trabajo no remunerado de cuidado, la división sexual del trabajo y la sobrecarga de trabajo de cuidado en las mujeres han venido ganando terreno en las instancias de discusión oficiales, y también en la preocupación de los dirigentes (Batthyány, 2015, p. 34). La Constitución del 2008 asume explícitamente el enfoque de género y reconoce el trabajo del cuidado y del trabajo doméstico no remunerado como parte del sistema económico. Reconoce, a su vez, al adulto mayor como grupo vulnerable y prioritario, garantizándole atención en salud, jubilación universal, rebajas en servicios públicos, exenciones tributarias y demás. La visibilización del trabajo no remunerado ha permitido la exigencia de derechos y ha visibilizado movimientos en defensa de ellos.

La Organización Internacional del Trabajo viene tratando desde mediados de los años 70 el tema de la igualdad de género y trabajo no remunerado. La promoción de leyes laborales que permitan más flexibilidad a los trabajadores con responsabilidades familiares ha sido una de las banderas de la OIT (OIT, 1981). En dicho convenio se establece un marco de política integrado para conciliar los trabajos no remunerados que se desprenden de las obligaciones familiares con el trabajo remunerado. Dentro de ellas se encuentran las licencias de maternidad y paternidad, la posibilidad de solicitar flexibilización de horarios laborales (o el paso a medias jornadas), los permisos de urgencia o la posibilidad de ejercer teletrabajo.

5. Marco legal

La preocupación de los organismos multilaterales por el cuidado data de los años 70 y 80. La Organización de los Estados Americanos fue el primer espacio intergubernamental que acogió la propuesta de estudiar la viabilidad de un instrumento jurídicamente vinculante en esta materia (Jaspers & Huenchuan, 2016). La Comisión Económica para América Latina (CEPAL), perteneciente a la ONU, también ha aportado esfuerzos académicos y de asesoría en política pública apoyando e investigando sobre envejecimiento y cuidado en América Latina.

En 1982 en Viena se realizó la primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, presidida por las Naciones Unidas. De la Asamblea se emitió un plan que se denominó el Plan de Viena (1982), en el cual se reconoció la importancia de empezar a intervenir sobre el envejecimiento poblacional del mundo (sobre todo el europeo). Luego de analizar las variables demográficas, emite una serie de recomendaciones para los gobiernos en torno al envejecimiento. Si bien aún son incipientes temas como el cuidado y la perspectiva de género, el Plan de Viena inaugura la preocupación por el envejecimiento poblacional en términos de política pública, además de la preocupación por una preparación para la vejez en términos de salud y bienestar.

La segunda asamblea se realizó 30 años después en Madrid (2002). En esta se consolidó la discusión sobre el envejecimiento poblacional, mucho más desarrollada y se aprobaron la declaración política de Madrid

y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento. El primero sería una declaración internacional de intereses frente al tema del envejecimiento, en el cual figura en el primer apartado el cuidado como un tema fundamental. Sin embargo, el proyecto es escaso en promover un sistema de cuidados más allá del reconocimiento de la labor de los arreglos tradicionales (instituciones religiosas, familias, comunidades) y un vago llamado al Estado sobre la importancia del cuidado en sociedades envejecidas; no obstante, conceptos como el envejecimiento activo (que parte de una premisa del autocuidado) ya estaban siendo desarrollados de forma más amplia.

La preocupación por el equilibrio de cargas en el trabajo no remunerado es, también, incipiente, pero está directamente ligada al cuidado y es definida de forma explícita: “Promover la prestación de asistencia comunitaria y el apoyo a la atención familiar tomando en consideración la distribución equitativa entre las mujeres y los hombres de las responsabilidades de los cuidados” (2002, p. 32).

Dicho plan internacional tomó forma en las Conferencias Regionales Intergubernamentales sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe, realizadas en Santiago de Chile (2003), Brasilia (2007), San Juan (2012) y Asunción (2017); y que tienen como función dotar a los países de línea política y recomendaciones para política pública como región. La Declaración de Brasilia instauró un hito al cual las dos siguientes conferencias se refieren como fundacional. En los puntos 15 y 16 se toma de manera central el tema de cuidado, el 15 como cuidados paliativos y la importancia de su extensión, y el 16 como énfasis en medidas de apoyo a familias, y sobre todo a mujeres en las tareas de cuidado.

Durante el encuentro internacional para el seguimiento de la Declaración de Brasilia y la promoción de los derechos de las personas mayores, llevada a cabo en Santiago de Chile, se tuvo como objetivo la realización de un balance del Plan de Acción de Madrid y de la Declaración de Brasilia. La conferencia dedicada a República Dominicana (Presbot de Michel & Guerrero, 2011) resaltó el compromiso del país con las normativas internacionales, por vía de la Ley 352 de 1998. Además, resalta el papel del adulto mayor dentro de la nueva Constitución del año 2010 en los artículos 57 y 60, en los cuales se los reconoce como población objetivo de políticas públicas y se le otorga al Estado responsabilidades de su seguridad social.

De la Tercera Convención Internacional emanó la Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores en América Latina (2012). En ella se hace referencia directa a los pactos realizados en la Declaración de Brasilia y se confirman sus compromisos. En esta carta aparece por primera vez la preocupación por los cuidados paliativos. Finalmente, la Cuarta Convención Internacional fue realizada en junio de 2017 en Asunción, Paraguay. De esta reunión nació la Declaración de Asunción (2017), documento multilateral que continúa en la línea de Brasilia, y en el cual se hace una declaración de intereses más contundente.

La situación de República Dominicana frente a estas convenciones internacionales es parcial, ya que, aunque hay esfuerzos, su estado actual frente al tema de cuidado (en general) tiene muchas oportunidades de mejora. Batthyáni reproduce un cuadro (Cuadro 1) que fabricó la OIT en asociación con el Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y la CEPAL en su investigación sobre cuidado y género, que ilustra la posición general en la que se encuentra República Dominicana.

Cuadro 1

| AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: LEGISLACIÓN SOBRE CUIDADO, SEGÚN TIPO DE LEGISLACIÓN Y FECHA DE APROBACIÓN/RATIFICACIÓN | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------|---|---------------------|---------------------|
| Países | Legislación licencia por maternidad | Legislación madres lactantes | Licencias de paternidad | Leyes discapacidad | Legislación sobre trabajo doméstico | Convenio 156 OIT | Convenio 189 OIT |
| América Latina | | | | | | | |
| Argentina | 1976 | 2013 | | 1981-1996 | 1995 | 1956-1988 | 2014 |
| Bolivia | 1992 | 2006 | 2009-2012 | 1995-2008 | | 1988 | 2013 |
| Brasil | 1988-2007- 2002 | 1943 | | 1989 | 2006 | 1957 | |
| Chile | 2011 | 2007 | 2005-2009- 2011-2013- 2014 | 2010 | | 1994 | |
| Colombia | 2010 | | 2009 | 2002-2007 | 2010-2014 | | 2014 |
| Costa Rica | 1996 | 1994 | | 2007 | 2009 | | |
| Cuba | 1974-1987- 2003 | 2003 | | | | | |
| Ecuador | 2009 | 1995-2012 | 2008 | 2001-2012 | 2008 | 1957 | 2013 |
| El Salvador | 1972 | | | | | 2000 | |
| Guatemala | 1998 | 1973 | | | | 1994 | |
| Honduras | 1959-2000 | 1959 | | | | 1956 | |
| México | 1963-1970 | 1963-1970 | | 2005 | | | |
| Nicaragua | 1996 | 1999 | | | | 1967 | 2013 |
| Panamá | 1967 | 1967-1995 | | | | 1958 | |
| Paraguay | 1993 | 1993 | | | | 2007 | |
| Perú | 1996-2001 | 2001-2006 | 2009 | 1999 | | 1986 | |
| Puerto Rico | 1942-2011 | 2004 | 2002-2007- 2011 | 2008 | | | |
| República Dominicana | 1995 | | | | | | |
| Uruguay | 1980-1990- 2005 | 1999 | 2001-2005- 2008 | 2010 | 2006 | 1987 | 2012 |
| Venezuela | 2007 | 2007 | 2007 | 2006 | | 1984 | |
| El Caribe | | | | | | | |
| Anguila | 2002-2004 | | | | | | |
| Anfíguia y Barbuda | 1972 | | | | | | |
| Bahamas | 2006 | | | | | 2001 | |
| Barbados | 1972 | | | | | 1999 | |
| Belice | 2000 | | | | | 1999 | |
| Islas Caimán | 2007 | | | | | | |
| Dominicana | | | | | | 1983 | |
| Granada | | | | | | 1994 | |
| Guyana | | | | | | 1975 | 2013 |
| Haití | 2003 | | | | | 1958 | |
| Jamaica | 1979 | | | | | | |
| Saint Kitts y Nevis | 1986 | | | | | 2000 | |
| San Vicente y las Granadinas | | | | | | 2001 | |
| Santa Lucía | | | | | | 1983 | |
| Trinidad y Tobago | 1988 | | | | | 1997 | |

Como se puede ver, el déficit de República Dominicana en temas de cuidado es importante. Mientras que el resto de América Latina tiene avances en cuidados de madre o en licencias para padres, República Dominicana solo ha ratificado la licencia de maternidad. Concretamente para el caso de este capítulo es importante recalcar que no se encuentra suscrito a los convenios 156 y 189 de la OIT, que se refieren a los trabajadores con responsabilidades familiares (dentro de la cual está contemplado el cuidado de una persona mayor) y sobre los trabajadores domésticos (OIT, 1981, 2011).

Sin embargo, República Dominicana sí goza de una arquitectura jurídica e institucional dedicada al cuidado. Dentro de la Constitución Política de 2010 en los artículos 57 y 60 se hace referencia a las personas mayores. En el 57 se considera la “protección de las personas de la tercera edad” y se le otorga al Estado, la familia y la sociedad la responsabilidad de su protección y de su integración a la vida activa y comunitaria. A su vez, otorga al Estado la responsabilidad de la seguridad social integral a las personas mayores. En el artículo 60 se enuncia el derecho a la seguridad social. Da al Estado el desarrollo progresivo de dicha seguridad, que permita una “adecuada protección en la enfermedad, discapacidad, desocupación y vejez” (Constitución de la República Dominicana, 2010).

La principal herramienta jurídica es la Ley 352 de 1998. En dicha ley se reconoce la importancia social de las personas mayores y se les otorgan los siguientes derechos:

- Derecho a la igualdad y la no discriminación
- Derecho a la vida y a una muerte digna
- Derecho a la integridad física, psíquica y emocional y a un trato digno
- Derecho a participar en la vida social, cultural y política de la comunidad
- Derecho a un nivel de vida adecuado y a los servicios sociales
- Derecho a la salud física y psíquica
- Derecho a la educación y a la cultura
- Derecho a la vivienda y a un entorno saludable
- Derecho al trabajo
- Derechos y libertades fundamentales de las personas institucionalizadas
- Derechos de las personas mayores en situación de detención o prisión (Ley 352-98 sobre Protección de la Persona Envejeciente, 1999).

La promoción de dicha ley está vinculada al Plan de Acción Internacional de Viena. Es de particular importancia resaltar que el derecho al cuidado no está contemplado dentro de ella, sin embargo, dentro del Decreto 1372 de 2004 se contempla la importancia del cuidado:

Difundir en la sociedad dominicana la importancia de la función social de la persona envejeciente y su derecho a permanecer en su núcleo familiar o en el contexto sociofamiliar en el que ha desarrollado su vida, y su derecho de recibir los cuidados familiares necesarios y una asistencia preventiva, progresiva, integral y continuada que preserve su bienestar físico, psíquico y social, además de su derecho a una pensión alimentaria adecuada, teniendo especialmente en cuenta aquella persona envejeciente con mayor nivel de dependencia (2004).

Como parte de la Ley 352 y el Decreto 1372, se crea el Consejo Nacional de Persona Envejeciente (CONAPE), organismo encargado de la definición, coordinación y ejecución de políticas públicas para el adulto mayor. Dentro de sus responsabilidades se encuentra hacer seguimiento a la Declaración de Brasilia y autorizar cualquier tipo de intervención que organismos, públicos o privados quieran hacer en pro del adulto mayor. Es, por eso mismo, la principal institución con la que cuentan las personas mayores en República Dominicana.

6. Resultados cualitativos

Los instrumentos utilizados para recoger resultados cualitativos para cuidado fueron la realización de grupos focales en diferentes comunidades de República Dominicana, apoyado por entrevistas a profundidad a expertos. La sección de cuidado indagó sobre todo por el ejercicio del cuidado y el ideal del cuidado. En el primero se preguntó sobre cómo es la forma en la que los entrevistados prestaban cuidado y eran cuidados y su relación con su comunidad. Ello para evidenciar tanto la distribución del cuidado, como los actores en ella y la incidencia de la comunidad. La segunda sección se interesaba más por la forma en la que las personas mayores o los entrevistados entre 40 y 60 años concebían un cuidado adecuado y que llenara sus expectativas. Esto con el fin de encontrar los elementos discursivos que se ponían de relieve a la hora de considerar qué es un buen cuidado, qué es un mal cuidado y cómo sería el cuidado ideal. En este subtítulo rastreamos dentro de estos elementos significantes que nos permitan definir el cuidado según los grupos focales y sus necesidades y preocupaciones.

6.1. Ejercicio del cuidado

Por ejercicio del cuidado se entiende la forma en la que este es brindado y se brinda. Dentro del instrumento le fueron dedicadas tres preguntas. Primero se indagó sobre si recibía cuidado por alguien y si existía relación de parentesco (o no) entre el cuidador y el entrevistado. Luego se hizo la pregunta opuesta, si él o ella cuidaban de alguien y cuál era su relación. Finalmente, se preguntó por las relaciones comunitarias y vecinales y por la forma en la que ellos participaban dentro de ellas. El fin de estas preguntas era evidenciar la repartición del cuidado dentro de los hogares y fuera de ellos, así como identificar las formas en las que se vive el cuidado desde los participantes.

6.1.1. Recibir cuidado

La mayoría de las personas dentro de los grupos focales manifestaron ser cuidadas por sus hijos.

Adalhiza.

Mis hijos, yo dependo de mis hijos.

¿Ellos la cuidan?

Me quieren y me cuidan (GF Mixto +60, Este rural, Benerito, Román).

¿Quién está pendiente de usted, quién la ayuda con la comida, a salir a caminar?

Mis hijas (GF Mixto +60, Rural sur, El Llano).

¿Hay alguien que se haga cargo de ustedes, de su cuidado?

H5: Mis hijos.

H4: Yo tengo mis hijos que están pendientes de mí.

H7: A mí me cuida mi hijo (GF Hombres +60, Este urbano, San Pedro).

Los hijos son, pues, los principales cuidadores de las personas mayores. El arreglo tradicional sigue vigente en las poblaciones donde se realizaron los grupos focales. Los cuidados también son brindados, aunque no se viva con la persona mayor.

¿Bueno, señor Timoteo y usted?

Yo tengo tres hijos, ellos viven cada cual coge su camino, no trabajan, sus esposos son pobres, solo se buscan su comida, pero constantemente ellos me dan vuelta, me traen mis cositas para que yo me defienda porque ahora mismo estoy solo en la casa. Perdí una compañera que tenía y le doy las gracias a Dios ya ellos que siempre me dan vuelta y me dicen haga esto, vaya allá estoy y así lo hago (GF Mixto +60, Centro Urbano, Santo Domingo).

¿Alguien que los cuide? Por ejemplo, don Juan.

De forma directa no, pero de forma indirecta sí... por ejemplo, don Juan...

A ver... los hijos. De forma, o sea, directa, no viven conmigo. Pero de forma indirecta... se quedan, miran, yo tengo que decir que mi hija todos los días ¿ya amaneciste? ¿Aquí? ¿Pasa algo? Está qué pendiente (GF Mixto +60, Centro urbano, Altos ingresos, Santo Domingo).

¿Si en su casa o en su hogar, usted mismo es el que se cuida a sí mismo o igual hay alguien que en ese aspecto le ayude?

Me cuida una hija (GF Hombres +60, Centro urbano, Santo Domingo).

Además, no todas las personas declaran dependencia del cuidado de sus hijos, aunque los que lo hacen ponen énfasis en la dependencia funcional que tienen con ellos.

Y doña Dolores ¿a usted quién la cuida?

A mí, los hijos no me cuidan, pero tengo tres hijas una vive por allá, vive lejos de aquí y siempre viene a lavarme a hacerme los oficios que yo no puedo porque no puedo lavar, no puedo barrer, no puedo trapear yo barro, pero de cabeza, yo no puedo hacer nada (GF Mixto +60, Bajos ingresos, Centro Urbano, Santo Domingo).

Doña Ventura y ¿usted necesita cuidado o alguien la cuida?

Tengo una hija en la casa que es la que hace casi todo, yo a veces cocino, yo no lavo, yo no plancho, no barro, tengo otra hija que vive al lado, que se casó, que esa es todo amor para mí (GF Mixto +60, Bajos ingresos, Centro Urbano, Santo Domingo).

Pero los hijos no son los únicos en brindar cuidado dentro del espacio familiar, los nietos también cumplen una importante labor en ese sentido. Aun cuando sea menos recurrente, es importante enunciarlo.

Y usted Ramona, ¿quién la cuida?

Mi hija.

Su hija.

Y mi nieto (GF Mujeres +60, Este urbano, San Pedro).

Yo tengo el nietecito y allá en la casa cuando aparece se preocupa por mí (GF Mujeres +60, Centro urbano, Santo Domingo).

Hay, además, algunas referencias al cuidado con la pareja. En el momento de envejecer, la pareja se puede convertir en un apoyo fundamental, sobre todo cuando uno de los dos goza de más salud que el otro.

¿Sí hay alguien que los cuide ahora?

Bueno, a nosotros nos cuida es él, el Señor, que él primero y después de Dios, nosotros uno con otro (GF Mixto +60, Este rural, Benerito, Román).

¿Alguien le cuidó a usted?

Bueno, hasta ahora mi mamá, me cuida mi esposa que está ahí al lado mío y un año (GF Mixto +60, Este rural, Benerito, Román).

Mi esposa, yo tengo unos hijos, a veces, a veces me manda algo, porque yo sé que las cosas no tan buenas aquí, no esta buena allá tampoco, porque cualquier sitio hay que trabajar, hay que andar buscando el pan, a veces que él no me manda, yo no lo, yo no lo estoy feliz para que hables que no puedo, pero cuando él puede que me manda algo y Dios que me está ayudando (GF Mixto +60, Este rural, Benerito, Román).

Cuando tienes dos cónyuges, pues es un poquito juntos. Mi esposa se encarga de llevarme todas las medicinas, y yo hago lo mismo con ella. Nos cuidamos mutuamente. Y aparte de eso, con los hijos también cuidan de uno (GF Mixto +60, Centro urbano, Santo Domingo, Altos ingresos).

6.1.2 Cuidarse

El núcleo familiar cercano (padres-hijos) suele ser, en los entrevistados, el lugar fundamental donde se da el cuidado. La gran mayoría de las respuestas de los entrevistados se dan en este sentido. Sin embargo, hay un elemento que también es relevante en la muestra: el autocuidado.

¿No hay alguien que esté pendiente de usted, que lo llame, que le pregunte cómo está? ¿Y usted, González? Yo mismo (GF Mixto +60, Urbano-Sur, San Juan).

Yo me cuido yo misma (GF Mixto +60, Urbano-Sur, San Juan).

Yo me cuido yo misma porque yo estoy tan viejita que no cuido a mi hijo bien, tengo mi edad, pero yo misma me cuido, yo misma (GF Mujeres +60, Este urbano, San Pedro).

Yo me cuido yo misma, yo tengo un hijo que, y yo también todavía hago algo (GF Mujeres +60, Este urbano, San Pedro).

Sin embargo, la preocupación por el autocuidado no siempre está mediada por un proceso de reflexión sobre la importancia de este, sino por algún grado de desprotección o abandono. Es importante hacer esta salvedad, ya que la recurrente referencia a Dios y la religión puede desprenderse de esa situación.

Por ejemplo, doña Teófila, ¿cierto?, ¿a usted la cuidan, necesita cuidados?

No me cuida nadie, me cuida el Señor, me cuida Dios (GF Mixto +60, Bajos ingresos, Centro Urbano, Santo Domingo). Vamos con nuestra siguiente tanda de preguntas y es ¿en este momento alguien se encarga de cuidarlos?

¿Quién se encarga de cuidarlos?

Una señora: yo me cuido yo misma porque los hijos volaron y fueron lejos yo me cuido a mi alcance (GF Mixto +60, Rural-Sierra Prieta, Santo Domingo).

¿Doña Ana Francisca también, doña Margarita?

Yo me cuido yo misma, ahí estoy sola y con cuatro nietos.

Tiene cuatro nietos, listo ¿alguien más se cuida solito?

Me cuido sola con Dios (GF Mixto +60, Rural-Sierra Prieta, Santo Domingo).

¿Quién la cuida?

Me cuida Dios, porque en casa yo sola, pero esa es la esperanza que tengo, que Dios me cuida (GF Mixto +60, Urbano-Sur, San Juan).

Esta situación frente al autocuidado está enmarcada en la resignación o la desprotección. Estas personas mayores se cuidan a sí mismas no porque tengan las habilidades y la determinación de hacerlo, sino porque no tienen otra opción. Si bien las referencias a este autocuidado obligado no son mayoritarias dentro del material, es importante tenerlas en cuenta.

6.1.3. Dar cuidado

Además, se preguntó a los participantes de los grupos focales si ellos estaban encargados del cuidado de alguien. Una parte importante de los entrevistados comentaron tener nietos a su cargo.

Muchas gracias, doña Helena. Doña Catalina ¿usted cuida a alguien?

Bueno, yo vivo con dos nietas, en vez de ellas cuidarme a mí, soy yo que las cuido, tengo que hacerlo porque hay una que estudia de ellas. En veces yo digo ¡ay!, ¡Dios mío, yo estoy cansada, yo no quisiera cocinar!, pero tengo que hacerlo porque hay una que estudia mucho, eso sí porque esa muchacha desde que se levanta es con esos cuadernos, con esos libros y hay otra que ese sí es en cama como, bendito sea. Yo digo, mire uno tiene que tener paciencia pero a veces estoy cansada, no quisiera hacer nada quisiera sentarme pero yo digo como me siento, hay personas que van allá y me dicen pero siéntese, la que estudia mucho, ella misma me dice 'mamá pero siéntese o acuéstese, si usted no quiere hacer nada no haga' y digo, pero miija qué me voy a acostar si usted se va para la escuela, entonces se va a ir sin comer, se va a ir sin nada cómo puede ser, digo tengo que echar para adelante hasta que Dios me ayude porque Dios sabrá hasta cuándo es mi misión (GF Mixto +60, Bajos ingresos, Centro urbano, Santo Domingo).

Nadie más. ¿Quién brinda cuidado? Por ejemplo, don Romel ¿usted cuida a alguien?

Yo brindo, yo tengo una nieta.

¿Usted la cuida?

La cuidamos, entre mi esposa y yo (GF Mixto 60+, Rural sur, El Llano).

Doña Leonor ¿usted cuida a alguien?

A mi nieta que vive conmigo que la tengo desde que nació, la mamá de ellas vivía en mi casa y ella se mudó para la casa de ella y las niñas se quedaron conmigo, pero ella dice que donde quiera que ella vaya, no me va a dejar a mí, nos queremos mucho, pero ella como se ha quedado conmigo, como vive conmigo, ella me tiene mucho cariño (GF Mixto +60, Bajos ingresos, Centro urbano, Santo Domingo).

El cuidado a los nietos por parte de las personas mayores produce relaciones de cuidado más armónicas dentro de los hogares, pues el apoyo que ellos brindan les es brindado. Cuando se pregunta por el cuidado de sus nietos es recíproco.

¿Alguno de ustedes cuida a otra persona, a un nieto, a otra persona mayor? ¿Alguien cuida a otra persona?

Don Gerardo.

Yo un nieto, un nietecito mío que está conmigo, hijo de una hija mía. Mi hija estuvo muy enferma y él pues ha querido estar conmigo. Sí.

¿Usted cómo cuida de él?

Bien, bien, ese es un hijo. Hay que cuidarlo igual que mi hija, o cuidarlo sí más, porque en la ausencia de mi hija debo estar yo, la parte que le toca a ella, individualmente me toca a mí, debe multiplicarse (GF Mixto +60, Urbano-Sur, San Juan).

Esta sensación de reciprocidad es común también en el cuidado de adultos, pero en una cantidad mucho menor al cuidado de los nietos.

Doña Vistudes, ¿a usted la cuida alguien o usted cuida a alguien?

En la casa en donde yo vivo, vivimos un hijo y yo, su esposa y sus hijos, o sea que estamos compartiendo ahí, ellos me cuidan a mí y yo los cuido a ellos.

¿Y cómo la cuidan a usted? ¿Qué hacen ellos para cuidarla?

Por ejemplo, bajo por ahí a desayunar, y yo lavo la loza, y los niños son chiquitos, pero la esposa del hijo mío ella es muy buena conmigo, si por ejemplo yo amanezco mal y no me puedo levantar, y ella tiene que hacer una sopa o algo, o llevarme al baño, ella lo hace, igualmente yo con ella (GF Mixto +60, Urbano-Sur, San Juan).

Bueno mis dos hijos, pero ellos también trabajan y yo les preparo su cena, lo que sea y nos cuidamos ambos (GF Mujeres +60, Centro urbano, Santo Domingo).

La relación de cuidado dentro de los hogares es reequilibrada con los esfuerzos de las personas mayores que cuidan a sus nietos. Esto es muy importante porque rompe el mito que asocia a las personas mayores con una carga emocional y económica para las familias.

6.1.4. Cuidar en/la comunidad

Además, como se expuso anteriormente, el diamante del cuidado requiere también de la participación del cuidado comunitario. A las personas que realizaron los grupos focales se les preguntó por cómo era el cuidado en sus comunidades. Lo primero que hay que resaltar es que es un tema que solo sale a la luz si se es preguntado, es decir, nadie respondió en las preguntas anteriores que él o ella cuidaban o eran cuidados por un vecino o alguien de la comunidad. La pregunta era una réplica de la anterior: si cuida en su comunidad y si es cuidado en su comunidad.

La forma de cuidado más recurrente dentro del material fue bidireccional. Es decir, que los participantes respondían que ellos daban y recibían cuidado de parte de la comunidad.

Sí porque nosotros vivimos en unión y en comunidad, si se enferma uno de nosotros, nosotros vamos a compartir, a ayudar, si se enfermara uno también todos comparten con uno, nos ayudamos unos a los otros, venimos los lunes, los martes a hablar de los problemas de nuestra comunidad, de nuestra juventud (GF Mixto +60, Bajos ingresos, Centro urbano, Santo Domingo).

Sí, el vecindario es así, si no te veo, voy y te pregunto ¿qué tú tienes?, ¿qué sientes?, ¿qué tal tenga un desenvolvimiento? esto, en fin, nos cuidamos unos con otros, los vecinos al alcance de cada quien, si hay que ir a lavarle, si vas para el médico, que cuidar los muchachos, en fin, nos llevamos bien por ese lado el vecindario al alcance de cada quien (GF Mixto +60, Rural-Sierra Prieta, Santo Domingo).

Aquí hay una frase que dice que la verdadera familia es el vecino más cercano. Esa es su familia. El vecino, por ejemplo, aquí en el campo. Estamos pendientes uno del otro. Aquí se usa, yo no sé si en sus países, yo no sé si son ¿de qué país son ustedes? Aquí todavía en este llanito, todavía se usa de que, si usted cocina y yo no he comido, me decía no hay comida y me la pasan por la verja. O venga y me la llevan a mi casa

desde que, entonces por lo tanto nosotros en la comunidad nos ayudamos el uno con el otro, aunque hay excepciones porque usted sabe que todos no son. Aquí mi mamá murió hace doce años y decía que los dedos de la mano no son parejos, siempre hay diferencias, así es dentro de las comunidades (GF Mixto +60, Rural sur, El Llano).

El dar y recibir cuidado es fundamental para construir tejido social, como lo dicen los participantes de los grupos focales. Es común valorar a la comunidad como una segunda familia. El cuidado en comunidad también se da de forma unilateral, es decir, algunos participantes solo dan o reciben cuidado en la comunidad. Dar cuidado de forma unilateral es más común en las personas entre 40 y 59 años.

¿También ustedes les brindan apoyo o no les brindan? Por ejemplo, Luz, ¿tú conoces personas mayores en tu sector?

No, no se pueden parar, hay que agarrarlos para ir al baño, hay que ayudarlos.

¿Y tú los has ayudado?

Sí (GF Mixto 40-59, Rural sur, El Llano).

¿Quién más les ayuda a las personas mayores en su comunidad? ¿Tú, Elida?

Todos. Que si mi vecino necesita que le limpie su casa yo se la limpio, si hay que hacerle un mandado yo se lo hago, igual lo he hecho.

¿Tu vecino es envejeciente?

Claro (GF Mixto 40-59, Rural sur, El Llano).

El grupo entre 40 y 59 incluso resalta la importancia de estar inmersos en estos círculos de cuidado comunitarios y aseguran estar vinculados de forma activa. Ya sea por articulación con instituciones religiosas o por iniciativa propia, comprenden la necesidad del cuidado comunitario e incluso lo consideran vitalizante.

¿Y ustedes reciben apoyo de sus vecinos o de sus hermanos de la iglesia, o si ustedes los apoyan a ellos, o a una persona de la comunidad?

Yo sí participo mucho en la comunidad como promotora de salud y también en lo de la iglesia cuando hay personas mayores enfermas sí hacemos grupitos para asistir, para ayudar en lo que necesitan. Nos turnamos por día, dependiendo la necesidad que hay, pero siempre me gusta estar involucrada, estoy involucrada en el área de eso (GF Mixto 40-59, Norte urbano, Santiago).

A mí me fascina ayudar, cuando la persona me pide en la calle que lo ayude o cuando necesitan, incluso hablar, el niño que yo cuido, es un nieto de una hermana de iglesia y ese niño desde que me ve es tía que me llama, me dice tía esto, tía lo otro, incluso se sienten mejor conmigo que en su propio hogar, ¿por qué?, porque yo trato de darle amor, trato de darle... entonces ese niño me adora, dicen que ah, pero ese es tu hijo ¿por qué? porque yo lo trato tan bien, que el niño ahora mismo me adora y eso que tiene tres años (GF Mixto 40-59, Este rural, Benerito, Román).

El recibir cuidado unilateralmente, que no es un elemento muy común, está más concentrado en las personas mayores de 60 años.

¿Y alguno de ustedes recibe apoyo de sus vecinos o de sus hermanos de la iglesia, o si ustedes le apoyan a ellos?

Yo mismo he recibido mucho apoyo de muchos vecinos, de mis amigos, que me han ayudado.

¿Qué tipo de ayuda?

Ayuda medicinal, últimamente tuve un fracaso, pero entonces, donde yo iba a checarme a Santiago, yo teniendo el seguro social, el seguro, me decían 'no aquí no aceptamos ese seguro' y yo iba al instituto de haber y cuando uno va ahí, desde que uno pisa la puerta es gastando dinero, pero gracias a Dios he recibido mucha ayuda (GF Mixto 60+, Norte rural, Quebrada Honda).

Sonia, ¿usted recibe?

Sí, yo recibo ayuda de esta bella señora que me ayuda... y también los vecinos, cuando usted va a una diligencia y no tiene con quién dejarla y tú le dices a una vecina, hágame el favor de quedárame con ella o vigílarmela, es una ayuda también (GF Mixto 60+, Norte rural, Quebrada Honda).

Finalmente, contrasta con el hecho enunciado al inicio, de no mencionar en las anteriores preguntas a la comunidad, contrasta una defensa explícita de la importancia de la comunidad como lugar de cuidado y apoyo para las personas mayores.

Y respecto a los vecinos por ejemplo, la gente que los rodea, ¿cómo se siente con ellos?

Todos nos sentimos orgullosos de los vecinos. Alguien que no tenga sociedad con sus vecinos se puede encontrar totalmente desamparado. Se puede encontrar totalmente en el aire, tiene que ser protegido de su vecino. En un cierto momento, se tiene que consultar con los vecinos porque hay cosas que usted quiere lograr que a través de sus vecinos lo logra. Entonces, el compañero que está a mi lado, se consulta con Bienvenido y el profesor que está de ese lado, no lo consultamos más porque nos ve muy poco. Pero el compadre Perseo es bienvenido y Edguitar, el Rey y el Toño, que me queda al lado nosotros vivimos ahí. Mire la diferencia que hay. Ellos viven en la cañita y yo vivo en la comunidad de los Molinos, pero aquel señor que vive en el Pérgame tenía deseo de verlo desde que nos montamos en el vehículo hoy. Le hice varias preguntas. Usted tiene que estar así, amanecido, aliado con los vecinos, amarrado con el vecino como el anillo, compartir juntos. A veces no queremos compartir, pero compartir que, si usted consigue una yuca, una sola yuca, si no le puede dar un pedazo tiene que hervir y darle un pedazo. A veces hasta la medicina en un cierto momento: ay, me duele la cabeza. No, no, no, yo tengo un Mejoral allá, yo tengo dos. No puede ir a buscarlo porque está malo, pero va prontamente no tenga beba su Mejoral (GF Mixto +60, Urbano-Sur, San Juan).

Bueno, la relación con los vecinos es muy de cerca porque están pendientes del vecino que le queda al lado porque a veces hay vecinos que amanecen que no se pueden levantar y si yo estoy pendiente de mis vecinos, pues yo me doy cuenta de que mira, la vecina no se ha levantado, déjame ver qué es lo que tiene, si está mal, hay que llevarla al médico y no va porque no puede ir sola y hay que ir a pedirle a los vecinos que le ayuden también, nos reunimos y le ayudamos y si tiene sus familiares, le avisamos que tiene su familiar enfermo, porque cuando llegan los familiares ya los vecinos han salido para el médico con ella, por eso es bueno la relación de vecinos, de acercarnos (GF Mixto +60, Bajos ingresos, Centro urbano, Santo Domingo).

La valoración positiva del cuidado en comunidad se desprende de ser el ámbito inmediato de las personas entrevistadas, pero también de la importancia de la red de apoyo vecinal.

Finalmente, es importante mencionar la ausencia total de referencias al Estado y la escasa referencia a instituciones de cuidado para personas mayores. El diamante del cuidado estaría desequilibrado por esta punta, según la información arrojada por los grupos focales y las entrevistas a profundidad. Además de ello, los arreglos tradicionales de cuidado (familia y comunidad) se mantienen como la principal manera de cuidar y ser cuidado.

6.2. Ideal del cuidado

La pregunta por las características que debe tener el cuidado para ser considerado óptimo es la segunda mitad de las indagaciones sobre el cuidado. La pregunta busca indagar sobre el ideal del cuidado. Es importante porque tener en mente esto traza un mapa de necesidades de las personas mayores frente a su cuidado.

Cuando se pregunta a las personas mayores participantes de los grupos focales por cómo quieren ser cuidados, la respuesta más recurrente fue cuidado y cariño.

De ese cuidado que ella le da para usted ¿qué es lo más importante?

Bueno, yo diría que lo más importante para mí es el amor y el cariño que me tiene mi hija, esa es mi cura (GF Mixto +60, Centro urbano, Santo Domingo).

Muy bien, de las personas que le cuidan, del cuidado que le brindan, ¿qué es lo más importante para usted, Yaneth?

Su amor y su comprensión más que nada (GF Hombres +60, Este urbano, San Pedro).

Ahora mismo yo tengo una hija.

Luisa.

Es muy cariñosa, si voy al médico ella va conmigo, me atiende bien, gracias al Señor.

¿Eso es lo más importante para usted esa atención?

Sí, el cariño es mejor (GF Mujeres +60, Este urbano, San Pedro).

Estefanía.

Pues lo más importante para mí de mis hijos es el amor que me dan, son buenos, no me hacen hacer, no me dan disgustos, no me dan coraje y tengo un nieto que es un amor, ese se ocupa de mí, hasta si yo dormí bien, si comí, es un amor, eso es lo más importante para mí, el cariño que ellos me dan (GF Mujeres +60, Este urbano, San Pedro).

Y para usted, ¿qué es lo más importante de ese cuidado?

El cariño, el amor de ellos, la tranquilidad, ese cuidado y la comida que le dan a uno a veces yo la hago, a veces ellos me ayudan, y a veces me sientan y me la dan ahí y aquí nos dan paseos, aquí nos recogen a los envejecientes nos han ayudado mucho, nos han cuidado bien porque gracias a Dios a la comunidad de aquí nos han llevado a muchos sitios, han hecho muchas cosas buenas y es un cuidado que nosotros tenemos (GF Mixto +60, Centro urbano, Santo Domingo).

El cariño es usualmente conectado con la familia y con la atención a necesidades básicas, como asistencia para comer. Es interesante la forma en la que los entrevistados se refieren al cariño y a la preservación de la familia como partes fundamentales de su proceso de envejecer.

También se hace referencia al maltrato como factor que reduce la calidad del cuidado, y que se quiere evitar.

César.

Me da mi comida, mis jugos, me dice que no me maltrate mucho, que ya yo me maltraté y eso cosa que (GF Mixto +60, Este rural, Benerito, Román).

¿Y usted Pedro, como le gustaría que lo cuidaran?

¿Ah, yo?, me gustaría encontrar a alguien que, que a uno lo traten bien, la persona que, que no sea, que lo traten así tirado, que lo traten mal, porque como uno quiere que una persona, que lo trate mal en una edad así ya viejito, uno quiere tener una persona a su lado que, que le de amor a uno, eso es (GF Mixto 60+, Norte rural, Quebrada Honda).

¿Y a usted Fernanda, como le gustaría que la cuidaran?

Bien, con mucho amor, usted se imagina, ¿uno viejito y que lo traten así?, da es tristeza, muy triste (GF Mixto 60+, Norte rural, Quebrada Honda).

Esas son las dos nociones más repetidas dentro del material. Sin embargo, hay otras opiniones que son menos recurrentes, pero que deben ser tomadas en cuenta. Transversal a las respuestas es de resaltar la mención al cuidado como asistencia para alimentarse.

Perfecto, entonces por ejemplo a ti Elidania, ¿cómo te gustaría que te cuidaran cuando tú seas mayor? Bueno, si mis hijos me pueden atender con mi comida bien, no tengo nada (GF Mixto 40-59, Rural sur, El Llano).

¿Qué es lo más importante para usted sobre ese cuidado, el afecto, que sea respetuoso, qué es lo que más le importa de ese cuidado a usted?

Que ella me cuida bien, siempre me trae cosas porque yo soy diabética y siempre tengo que tener ahí algo de estar comiendo cuando me ataque el hambre, tengo que tener algo, ella siempre se apura por mí (GF Mixto +60, Bajos ingresos, Centro Urbano, Santo Domingo).

Gracias Daniel, del cuidado que les dan ¿cuál es el que consideran más importante ustedes? Por ejemplo, Félix ha dicho que sus hijos le cuidan, ¿cuál sería para usted el cuidado que más le importa que le dan? Bueno a mí... es el alimento (GF Hombres +60, Este urbano, San Pedro).

Otra noción de cuidado, menos recurrente, es la del cuidado como permanente atención por parte de algún cercano.

Doña Regina, ¿para usted qué es lo más importante del cuidado? La compañía, que le provean los alimentos, ¿qué es lo más importante del cuidado para usted?

El cuidado, que un personaje por ejemplo esté pendiente, esté pendiente de mí, si me da un mareo y me caigo, usted pueda levantarme, y llevarme al médico, y llevarme a la cama, esa es una forma buena, porque cuando uno vive solo, si a usted le da un mareo, ya usted se cayó ahí, como me pasó a mí el otro día, me caí en la fuente de la cabeza, me dio un mareo, el corazón, y me caí en la fuente de la cocina, yo no hallé quién me levante, yo ahí tuve los miedos hasta que me pude levantar, cuando vine así (GF Mixto +60, Urbano-Sur, San Juan).

Y hay, únicamente, una referencia al Estado como participante del cuidado.

Ustedes cuando estén mayores y necesiten cuidado ¿cómo les gustaría que fuera ese cuidado? Para ayudar a comer, a vestirse.

Tener una persona ahí que nos ayude, no tener que pagar enfermeras, una persona que sea paga por el Gobierno por mi edad (Mixto 40-59, Urbano-Sur, San Juan).

También las personas mayores se refieren al papel que deben tener sus hijos dentro de su cuidado, no solo de forma positiva (como fue presentado antes), sino también de forma negativa.

Yo diría que el mejor cuidado y la mejor comprensión, cuando los hijos tratan de mortificar a uno, le den la paz, aunque no puedan darle riquezas, sí le dan tranquilidad, usted tiene todo el privilegio de la vida porque a veces hay hijos que te lo dan todo y por detrás con el disgusto te van succionando la vida por todo, eso yo le diría (GF Hombres +60, Este urbano, San Pedro).

Pues lo más importante para mí de mis hijos es el amor que me dan, son buenos, no me hacen hacer, no me dan disgustos, no me dan coraje y tengo un nieto que es un amor, ese se ocupa de mí hasta si yo dormí bien, si comí, es un amor, eso es lo más importante para mí, el cariño que ellos me dan (GF Hombres +60, Este urbano, San Pedro).

7. Resultados cuantitativos

7.1. Tipologías de los hogares

De acuerdo con Ullmann, Maldonado Valera y Rico (2014), en primer lugar, los hogares se clasifican en hogares familiares y hogares no familiares dependiendo de la existencia de un núcleo familiar primario o de una relación filial (hijos/hijas, parentesco cercano) entre todos o algunos de los miembros del hogar.

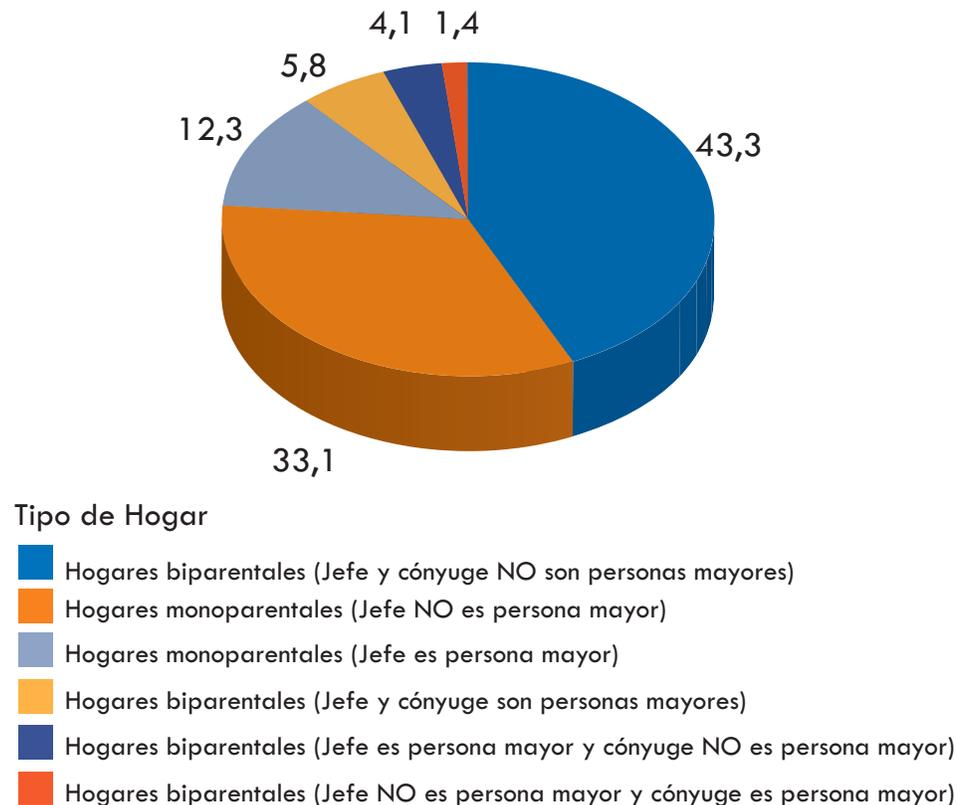
En segundo lugar, los hogares familiares pueden clasificarse con base en: (i) la relación de parentesco entre sus miembros (tipología de estructura familiar), (ii) la edad de sus miembros (tipología generacional), o (iii) la etapa del ciclo de vida de la familia, en particular la relación de dependencia a lo largo del ciclo de vida del hogar (tipología de ciclo de vida).

La estructura familiar es la tipología de hogar que clasifica a los hogares con base en la relación de parentesco de sus integrantes con respecto al jefe del hogar. Los hogares se clasifican según la relación de parentesco en: hogares nucleares (biparentales y monoparentales), hogares amplios (biparentales y monoparentales), y hogares no familiares (unipersonales, principalmente) (Flórez y Rodríguez, 2016).

La estructura familiar en República Dominicana en 2013 (Gráfico 1) indica un mayor peso relativo de los hogares biparentales en donde el jefe ni el cónyuge son persona adulta mayor (43 %), seguido de los hogares monoparentales con jefe que no es adulto mayor (33 %) (Gráfico 1). Así, en el 76 % de los hogares el jefe de hogar no es una persona adulta mayor; mientras que en el 24 % de los hogares el jefe o cónyuge es una persona adulta mayor. Resalta el hecho de que el 12 % de los hogares son monoparentales con jefe adulto mayor. Según (Díaz, et al., 2015) este es uno de los aspectos que afecta la composición del cuidado, en la medida en que la cabeza de familia asume responsabilidades de generación de ingresos y cuidado.

Aunque puede existir recomposición familiar –particularmente en quien asume la jefatura del hogar– en unos años podría esperarse una proporción considerable de hogares monoparentales cuya cabeza sea una persona de 60 años o más.

Gráfico 1: Estructura familiar de los hogares (2013)



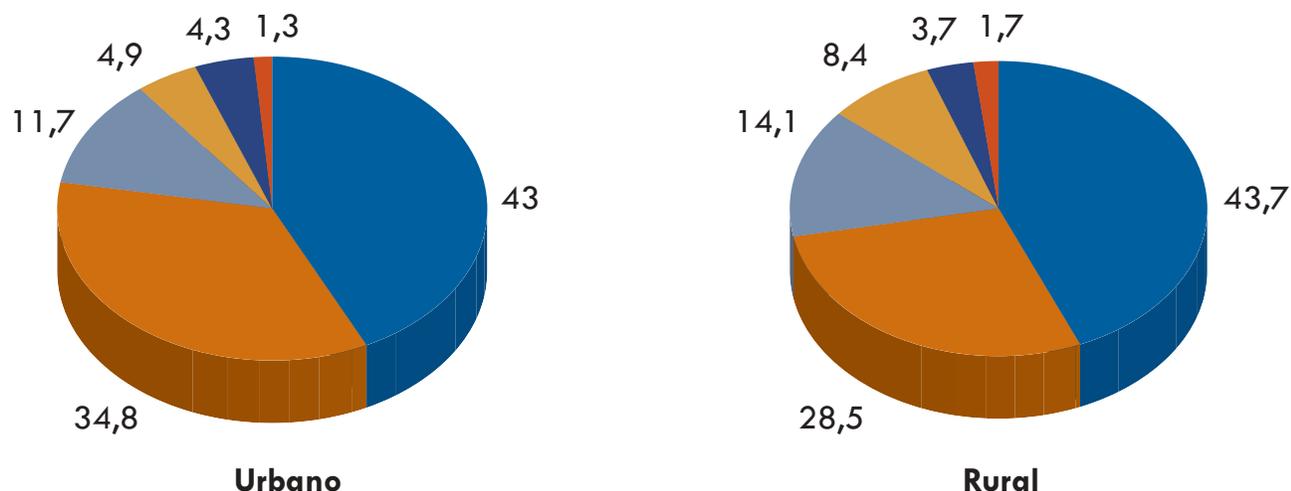
Fuente: Elaboración propia a partir de ENDESA (2013)

Por zona de residencia (Gráfico 2), la estructura familiar de los hogares dominicanos muestra algunas diferencias, aunque tanto en zona urbana como rural el mayor peso (43 %) lo tiene el tipo de hogar biparental con jefe y cónyuge menores de 60 años. Las diferencias radican en el peso relativo de los hogares monoparentales con y sin jefatura ejercida por persona mayor y los hogares biparentales donde tanto el jefe como su cónyuge son personas mayores.

Mientras los hogares urbanos monoparentales con jefe adulto mayor son 34,8 %, en las zonas rurales representa el 28,5 %. Los hogares urbanos monoparentales con jefatura de una persona mayor son el 11,7 %, en las zonas rurales son el 14 %. Por otra parte, en sector urbano 4,9 % de los hogares son biparentales con jefe y cónyuge persona mayor, mientras en el sector rural este tipo de hogar representa el 8,4 %. Esta clasificación indica que en el 22 % de los hogares urbanos y en el 28 % de los rurales el jefe o su cónyuge es una persona adulta mayor.

La tipología de estructura familiar también indica que en las zonas urbanas los hogares monoparentales –independientemente de la edad del jefe del hogar– son el 46,5 % y, en el caso de los entornos rurales, el porcentaje es 42,6 %. Cuando se tiene en cuenta la edad, el 12 % y el 14 % de los hogares urbanos y rurales, respectivamente, son monoparentales con jefe adulto mayor.

Gráfico 2: Estructura familiar de los hogares según lugar de residencia (2013)



Tipo de Hogar

- Hogares biparentales (Jefe y cónyuge NO son personas mayores)
- Hogares monoparentales (Jefe NO es persona mayor)
- Hogares monoparentales (Jefe es persona mayor)
- Hogares biparentales (Jefe y cónyuge son personas mayores)
- Hogares biparentales (Jefe es persona mayor y cónyuge NO es persona mayor)
- Hogares biparentales (Jefe NO es persona mayor y cónyuge es persona mayor)

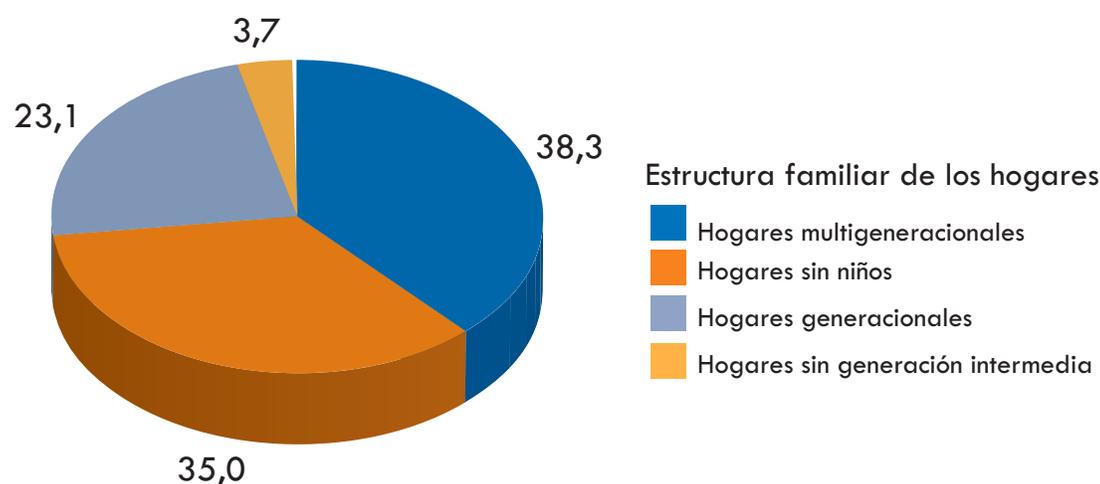
Fuente: Elaboración propia a partir de ENDESA (2013)

Aunque esta cifra puede considerarse no alta, la tendencia será al aumento a medida que la población envejezca y prevalezcan estructuras familiares que son importantes hoy día entre los adultos jóvenes. A medida que se avance en el proceso de envejecimiento doméstico y se identifique una tendencia creciente a que las personas vivan solas en República Dominicana, sería necesario tener en cuenta dos aspectos fundamentales planteados por (Díaz, et al., 2015). La primera implicación es que las personas deben procurar, por sus propios medios, el cuidado de ellas mismas, la adquisición de este tipo de servicios en un entorno privado o solicitarlo a sus familias en caso de tener relaciones lo suficientemente fuertes. En segundo lugar, este tipo de estructura familiar (hogares monoparentales) en los hogares implica sobrecarga laboral y doméstica para la cabeza del hogar.

La tipología generacional clasifica a los hogares según la edad de los miembros del hogar, partiendo de tres generaciones: niños (menores de 15 años), generación intermedia (entre 15 y 59 años) y adultos mayores (de 60 años o más es el promedio mundial, sin embargo, la legislación dominicana considera a los adultos mayores como las personas de más de 65 años), las cuales aproximan momentos del ciclo de vida representados por la mayor o menor probabilidad de participar en el mercado laboral. El Gráfico 3 presenta la tipología generacional de los hogares donde viven personas mayores en República Dominicana.

El 38,3 % son multigeneracionales, es decir, cohabitan las tres generaciones: niños, generación intermedia (personas entre 15 y 59 años) y personas mayores. A renglón seguido están los hogares sin niños, es decir con generación intermedia y adultos mayores, con una participación de 35 %. Los hogares generacionales, es decir aquellos en donde solamente viven personas de una sola generación, en este caso de 60 años o más, representan el 23,1% y, por último, los hogares sin generación intermedia que abarcan el 3,7 %. Esta clasificación indica que en cerca de la cuarta parte (23 %) de los hogares con adultos mayores, cohabitan solo adultos mayores.

Gráfico 3: Estructura generacional de los hogares donde viven personas mayores (2013)

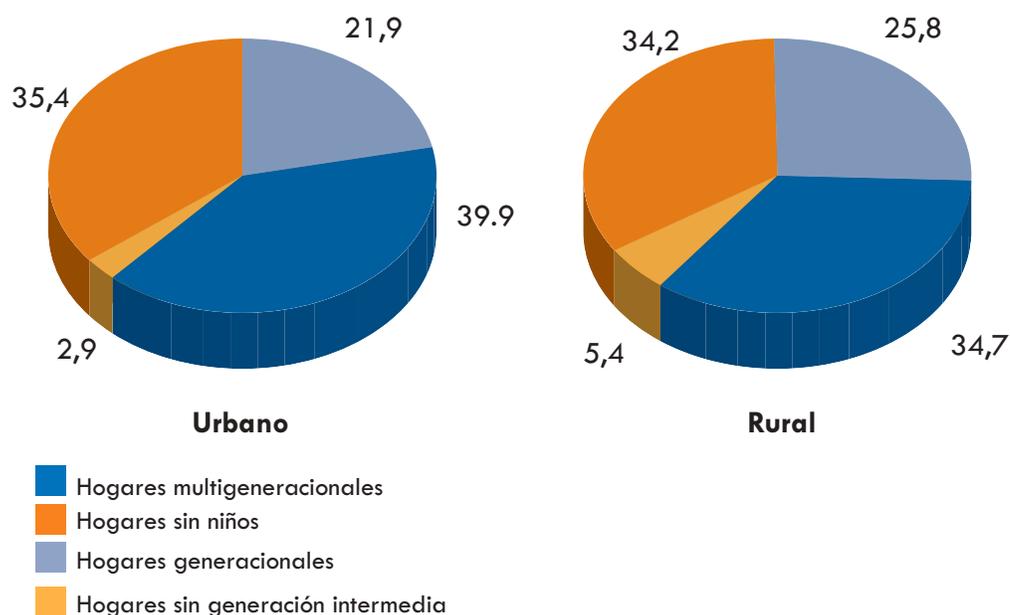


Fuente: Elaboración propia a partir de ENDESA (2013)

La composición generacional de los hogares de las personas mayores es muy importante para identificar patrones de cohabitación que, a su vez, permiten identificar la composición del cuidado. En hogares multigeneracionales el cuidado puede ser en doble vía, es decir, desde las personas mayores a personas de generación intermedia o niños o, por el contrario, desde niños y generación intermedia a las personas mayores. En el caso de los hogares sin generación intermedia es común que el cuidado sea desde los mayores hacia los niños y, finalmente, en los hogares generacionales el cuidado recae entre las personas mayores.

Las diferencias por zona de residencia (Gráfico 4) se concentran en los hogares multigeneracionales, generacionales y sin generación intermedia, mientras que los hogares sin niños son de magnitud similar en ambas zonas (35 %). Los hogares con cohabitación de las tres generaciones representan el 39,9 % en las ciudades, mientras que en el entorno rural el porcentaje es menor (34,7 %). Respecto a los hogares generacionales, en las ciudades representan el 21,9 % mientras en el sector rural son el 25,8 %. Para el caso de los hogares sin generación intermedia, en ambas zonas el peso relativo es el menor (2,9 % en las ciudades y 5,4 % en la zona rural.). El mayor peso de los hogares generacionales (solo adultos mayores) en el campo puede entenderse a la luz de la migración del campo a la ciudad, selectiva de personas en edad productiva o de familias jóvenes completas, que ha dejado en el campo un mayor porcentaje de personas mayores viviendo solas.

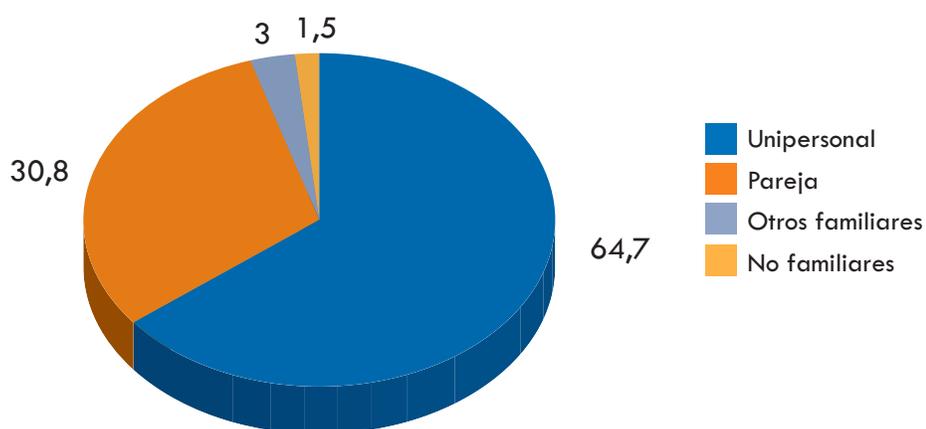
Gráfico 4: Estructura generacional de los hogares donde viven personas mayores por lugar de residencia (2013)



Fuente: Elaboración propia a partir de ENDESA (2013)

Dada la importancia del envejecimiento y sus implicaciones en términos de cuidado, en el Gráfico 5 se presenta la composición de los hogares generacionales donde únicamente viven personas mayores. En primer lugar, el 64,7 % son unipersonales, es decir, la persona mayor vive sola y por lo tanto es probable que deba asumir sola las responsabilidades asociadas a cuidado y generación de ingresos, pero también puede representar una mayor demanda de cuidado de otros hogares o cuidado institucional. En segundo lugar, en el 30,8 % de los hogares vive solo la pareja. Es decir, en tan solo el 4,5 % de los hogares con adultos mayores viven los adultos mayores con otros familiares o no familiares. Esto tiene implicaciones en términos de la demanda por servicios de cuidado y salud a medida que avance el proceso de envejecimiento.

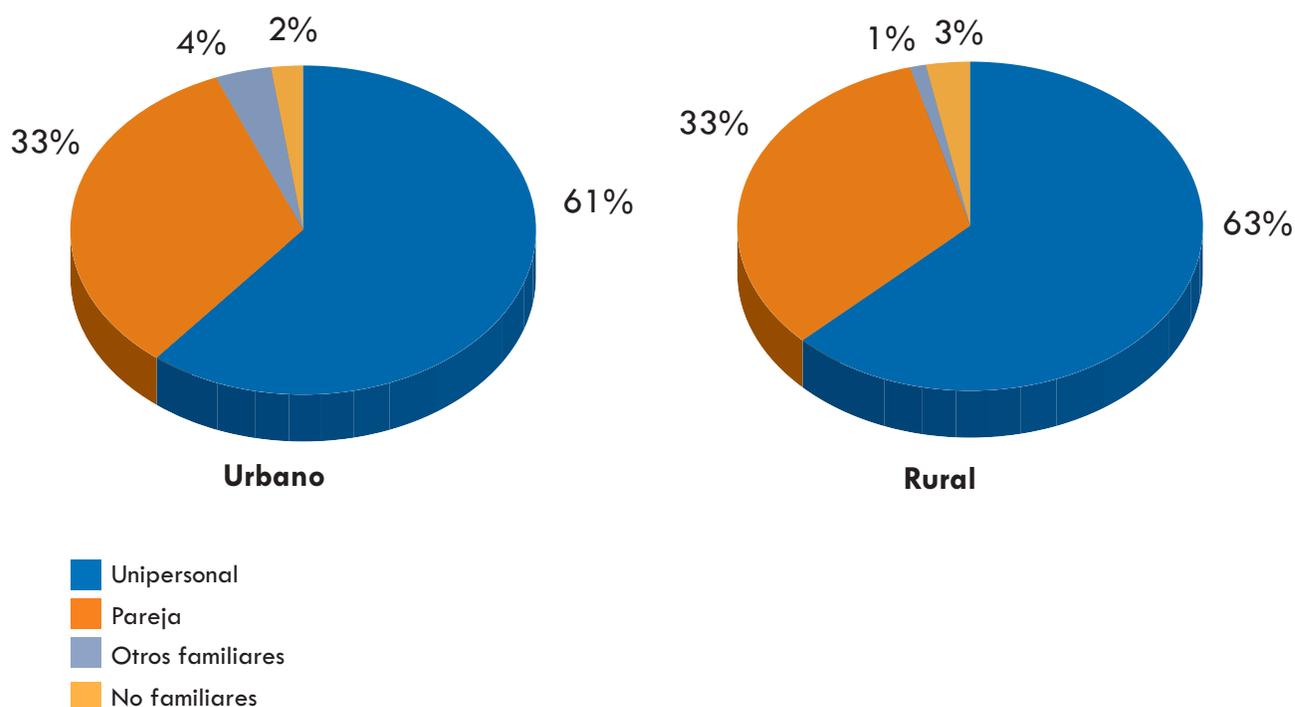
Gráfico 5: Composición de los hogares generacionales de adultos mayores (2013)



Fuente: Elaboración propia a partir de ENDESA (2013)

La composición de los hogares generacionales no difiere sistemáticamente entre sector urbano y rural (Gráfico 6). La única diferencia de consideración está relacionada con los hogares donde las personas mayores viven con otros familiares y aquellos en donde viven con no familiares. En las ciudades, el primero representa el 4,3 % de los hogares, mientras en las zonas rurales el porcentaje es inferior al 1 %. Adicionalmente, en el sector rural es mayor, en proporción, los hogares donde viven personas que no tienen vínculos familiares, mientras en los entornos urbanos sucede lo contrario.

Gráfico 6: Composición de los hogares generacionales por lugar de residencia



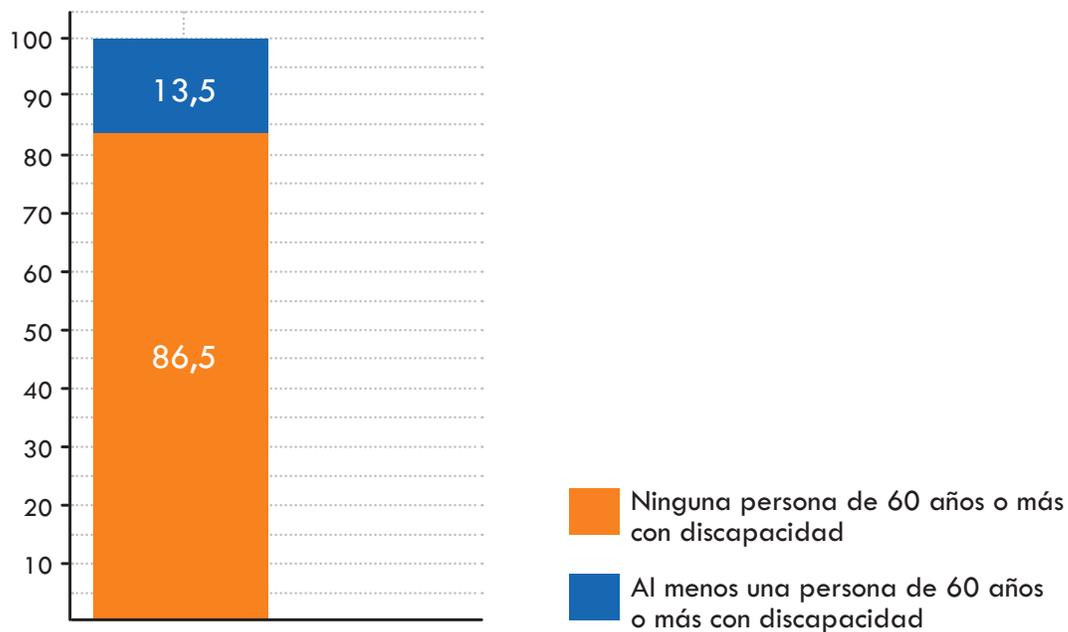
Fuente: Elaboración propia a partir de ENDESA (2013)

7.2 Necesidades del adulto mayor en cuanto a cuidado

De acuerdo con los cálculos para 2013, en el 13,5 % de los hogares de personas mayores hay al menos una persona de 60 años o más con alguna discapacidad (Gráfico 7). Según los datos presentados en el capítulo sobre demografía, para el mismo año aproximadamente el 27 % de los hogares tenían al menos una persona de 60 años o más. Las cifras presentadas son relevantes en la medida en que la prevalencia de discapacidad entre las personas mayores podría constituir un determinante de las demandas de cuidado, en especial en los hogares.

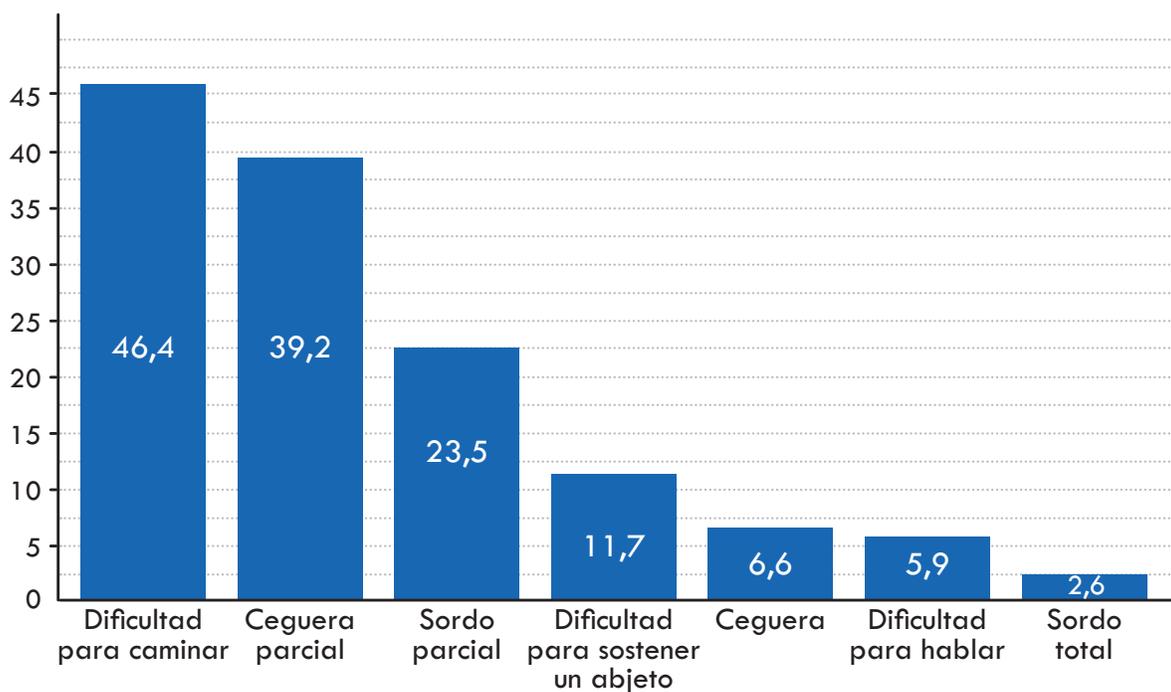
Dentro del grupo de personas mayores con discapacidad (Gráfico 8), el 46,4 % tiene dificultades para caminar. En su orden le sigue ceguera parcial (39,2 %), sordo parcial (23,5 %), dificultad para sostener un objeto (11,7 %), ceguera (6,6 %), dificultad para hablar (5,9 %) y sordo total con 2,6 %. La información referida permite identificar qué tipo de cuidado demanda la población mayor con algún tipo de discapacidad, la cual debe ser atendida por ellos mismos, en los hogares o a nivel institucional.

Gráfico 7: Porcentaje de hogares de personas mayores con al menos una persona de 60 años o más con alguna discapacidad (2013)



Fuente: Elaboración propia a partir de ENDESA (2013)

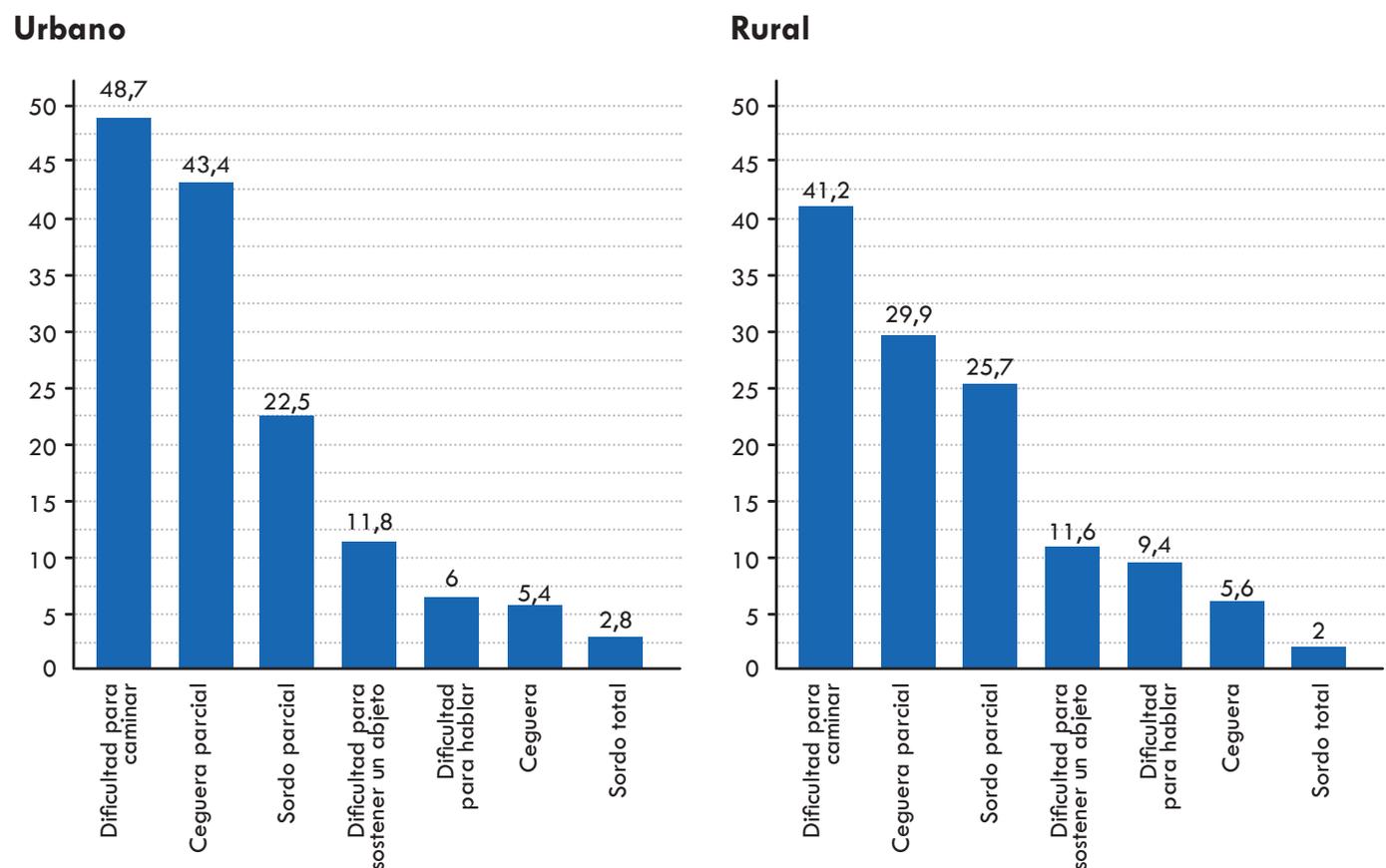
Gráfico 8: Prevalencia de discapacidad en las personas de 60 años o más por tipo de discapacidad (2013)



Fuente: Elaboración propia a partir de ENDESA (2013)

Finalmente, la prevalencia del tipo de discapacidad varía de acuerdo con la zona de residencia. Los cambios más representativos están en las dos categorías con mayor peso relativo, es decir, dificultades para caminar y ceguera parcial. En el caso de la primera, en las ciudades el 48,7 % de las personas adultas mayores tienen dificultades para caminar, mientras en las zonas rurales el porcentaje es 7,5 % menor. Para el caso de ceguera parcial, la diferencia es aún mayor. En el sector urbano la prevalencia es del 43,4 %, mientras en el entorno rural es el 29,9 %, es decir 13,5 puntos porcentuales menos. En las demás categorías las diferencias no son marcadas. Así, la evidencia sugiere una mayor demanda por cuidados en adultos mayores con discapacidad en las ciudades que en el campo.

Gráfico 9: Prevalencia de discapacidad en las personas de 60 años o más por tipo de discapacidad, según zona de residencia (2013)



Fuente: Elaboración propia a partir de ENDESA (2013)

8. Conclusiones

- Las estructuras tradicionales de cuidado siguen siendo predominantes en República Dominicana. Es decir, la familia es el principal actor que se encarga del cuidado a las personas mayores y se constituye en el referente para las personas mayores como lugar donde se debe recibir y dar cuidado. Esto sugiere que, dado el aumento que vivirá la población de más de 60 años, puede haber un fenómeno de sobrecarga

a los espacios de cuidado familiares en el mediano plazo. En los grupos focales hay permanentemente menciones a la familia como el lugar donde son cuidados y donde ellos cuidan (o, en algunos casos, se puede ver que se afligen porque su familia no los cuida).

- La forma en la que se concibe el deber ser del cuidado es consecuente con esta estructura, pues los participantes de los grupos focales declaran demandar de sus cuidadores cariño y compañía. Resalta la importancia que los entrevistados le dan al autocuidado, al cual consideran vital, independientemente de que tomen o no acciones para realizarlo. Estos trabajos del cuidado emocional suelen estar feminizados, y en este sentido hay aquí una alerta frente a las posibilidades de estar sobrecargando a este sector de la población con las responsabilidades de cuidado de sus familiares o de su comunidad.
- A su vez, puede verse por los grupos focales que las personas mayores no tienen conocimiento sobre los programas estatales de cuidado y protección. Esto sugiere que no se han llevado a cabo labores de difusión de las políticas públicas de cuidado o de iniciativas por parte del Estado o la sociedad civil y que los adultos mayores aún no las reconocen como una alternativa.
- La estructura de los hogares está caracterizada por un sector relativamente pequeño de hogares con adulto mayor como jefe. Entre los hogares biparentales y monoparentales cuyo jefe no es una persona mayor se agrupan el 76,4 % de los hogares, sin embargo, este porcentaje tiene perspectivas de irse reduciendo en la medida en que avance la transición demográfica. A su vez, dentro del 24 % de los hogares con jefe adulto mayor, el 12 (más o menos la mitad) son hogares monoparentales con jefatura de adulto mayor. Ese 12 % de hogares monoparentales con jefatura de adulto mayor pueden representar una alerta frente a cargas de cuidado y frente a riesgos de desprotección.
- La estructura generacional de los hogares muestra que una porción muy importante es multigeneracional, es decir, que tiene por lo menos un miembro de cada una de las generaciones (0-15, 16-59, 60+). El 38,3 % de los hogares son multigeneracionales, y estos hogares tienen dos implicaciones en términos de cuidado. Puede o bien representar la posibilidad de un cuidado bidireccional (de persona mayor y adulto a niño, o de niño y adulto a persona mayor, o simultáneo), o bien un riesgo de sobrecarga de la generación intermedia en términos de cuidado.
- En el 13,5 % de los hogares con personas mayores hay al menos una persona con alguna discapacidad. Si bien los indicadores de Dificultad para caminar, Ceguera parcial y Sordera parcial son poco confiables (pues no tienen escalas), podría tomarse la Dificultad para sostener un objeto, que un 11,7 % de la población encuestada declara tener, como un indicador confiable de una persona que requiere cuidado, apoyo y acompañamiento.
- Hay una población en riesgo representada por los adultos mayores que viven solos en sus hogares. Los hogares generacionales monoparentales cuyo jefe es persona mayor representan el 12 % del total de hogares y el 64,7 % de los hogares donde hay personas mayores. En esta población hay un potencial riesgo de sufrir desprotección y no recibir cuidado si lo requieren.

9. Recomendaciones

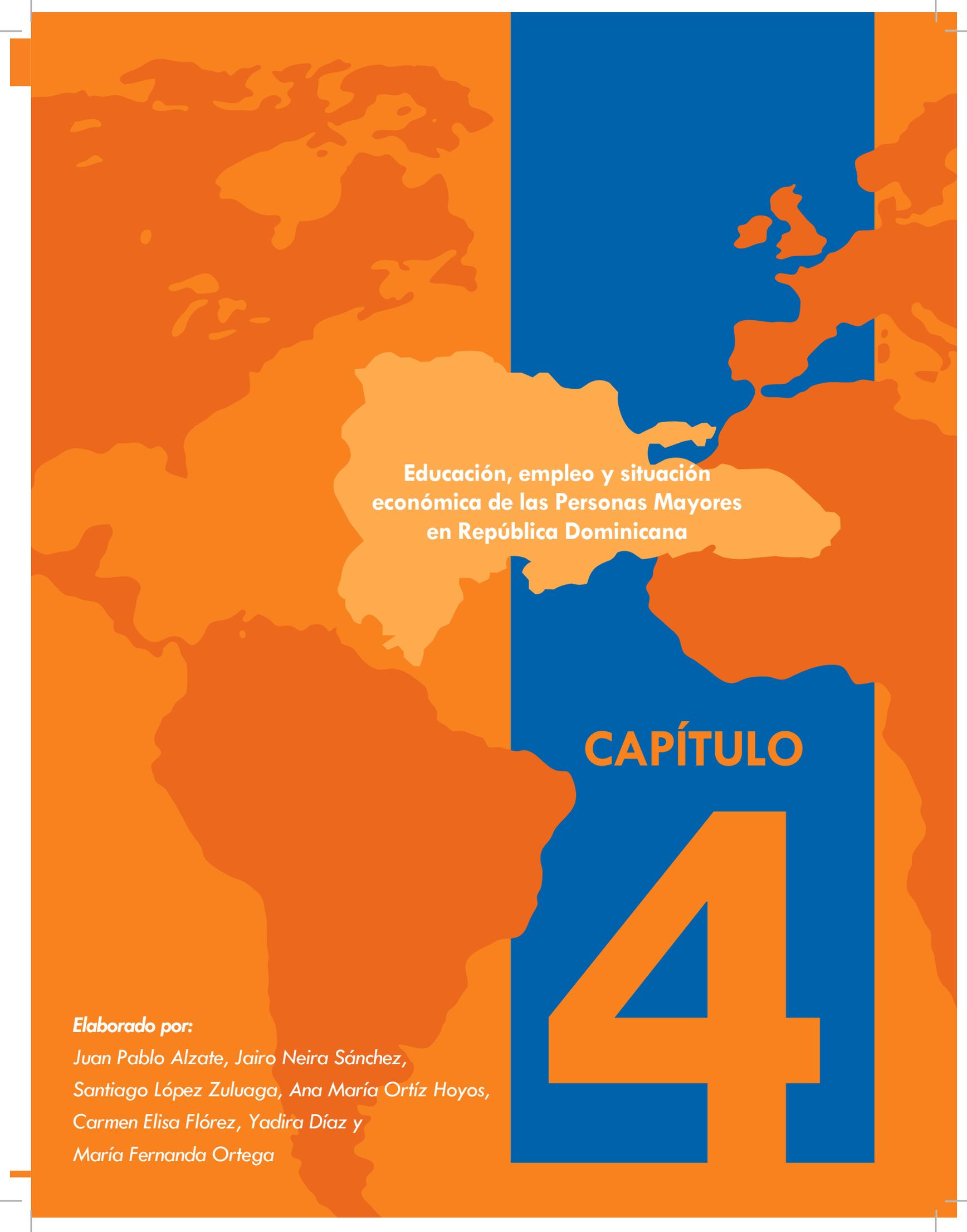
- La realización de una Encuesta de Uso del Tiempo es fundamental para medir las cargas a las que son expuestas las mujeres y las familias así como para rastrear las oportunidades de intervención eficiente en política pública. Esta herramienta es, como se mencionó, fundamental para entender la dimensión de género que tiene el problema del cuidado y poder tener herramientas de decisión para equilibrarla dentro de los hogares.
- Crear campañas de concienciación para la promoción de la distribución del trabajo doméstico y de cuidado con miras de reducir la carga en las mujeres, reforzando el trabajo del hombre en la casa.
- Incrementar la firma de acuerdos internacionales que correspondan al cuidado, en especial los convenios 156 y 189 de la OIT y la adhesión de la República Dominicana a la Convención de Derechos de las Personas Mayores (OEA), que es un instrumento fundamental para las personas mayores. En general, fortalecer la arquitectura jurídica de la protección a la persona mayor.
- Promoción de los beneficios que incluye la ley creada para la protección de las personas mayores (Ley 352-98), dado su desconocimiento en la sociedad civil, que no tiene a los centros de atención o a los centros día como referentes a la hora de buscar cuidado. Esto con el fin de equilibrar más el diamante del cuidado y hacer del Estado un actor activo de dicha relación. También es importante expandir los programas a los que son incluidas las personas mayores, por ejemplo, adicionando servicios de cuidados domiciliarios, permanentes y paliativos en la Seguridad Social.
- Crear mecanismos de participación política compuestos por personas mayores para la toma de decisiones que afecten a la población adulta mayor del país con el fin de incrementar su participación política y su capacidad de presión. Una población adulta mayor que es consciente de sus derechos y se asocia es una población que se mantendrá.
- Crear espacios de capacitación sobre autocuidado para personas mayores.
- Promover la creación de “ciudades amigables con la tercera edad” (ver guía de la OMS).

10. Bibliografía

- Aguirre, R. & Ferrari, F. (2014). La construcción del sistema de cuidados en el Uruguay. En busca de consensos para una protección social más igualitaria. Santiago de Chile: Naciones Unidas. Retrieved from http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36721/1/S2014269_es.pdf
- Arango, L. G. & Molinier, P. (2011). El cuidado como ética y como trabajo. En *El trabajo y la ética del cuidado* (p. 330). Bogotá, Colombia: La Carreta Editores.
- Araya, M. J. (2003). Un acercamiento a las Encuestas sobre el Uso del Tiempo con orientación de género. ONU Unidad Mujer y Desarrollo. Retrieved from <https://www.cepal.org/mujer/reuniones/tiempo/serie50.pdf>
- Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. (1982). Plan de Acción Internacional de Viena sobre Envejecimiento. Viena, Austria. Retrieved from http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Plan_Viena_sobre_Envejecimiento_1982.pdf
- Batthyány, D. K. & Rica, C. (2010). Envejecimiento, cuidados y género en América Latina.
- Batthyány, K. (2015). Las políticas y el cuidado en América Latina: Una mirada a las experiencias regionales. *Cepal*, 124(Serie Asuntos de Género), 1-50. Retrieved from <http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/57292/1/batthyany---15.02---la-politica-y-los-cuidados-en-america-latina.pdf>
- Bazo, M. & Ancizu, I. (2004). El papel de la familia y los servicios en el mantenimiento de la autonomía de las personas mayores: una perspectiva internacional comparada. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 105(1), 43-77. <https://doi.org/10.2307/40184624>
- Bookman, A. & Kimbrel, D. (2011). Families and Elder Care in the Twenty-First Century. The Future of children / Center for the Future of Children, the David and Lucile Packard Foundation (Vol. 21). <https://doi.org/10.2307/41289632>
- Calderón Magaña, C. (2013). Redistribuir el Cuidado. El desafío de las Políticas.
- Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe. (2007). Declaración de Brasilia. Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos. Asunción: CEPAL.
- Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe. (2012). Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe. San Juan, Costa Rica: CEPAL. Retrieved from https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/1/44901/CR_Carta_ESP.pdf
- Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe. (2017). Declaración de Asunción. Asunción: CEPAL. Retrieved from https://conferenciaenvejecimiento.cepal.org/4/sites/envejecimiento4/files/c1700615_0.pdf
- Constitución de la República Dominicana. (2010). Santo Domingo. Retrieved from https://www.conape.gob.do/transparencia/legal/leyes/constitucion_dominicana_2010.pdf
- Díaz, A., Sánchez, N., Montoya, S., Martínez-Restrepo, S., Pertuz, M. C., Flórez, C. E. & González, L. M. (2015). Las personas mayores: cuidados y cuidadores. *Misión Colombia Envejece: desafíos de una nueva sociedad*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Fernández, L. (2004). Decreto 1372-04 de 2004. Santo Domingo. Retrieved from https://www.conape.gob.do/transparencia/legal/marco_legal/Reglamento_1372-04.pdf

- Flórez, C. E. y Rodríguez, K. (2016). Tipologías de Familias en Colombia: Evolución 1993- 2014. Documento de Trabajo N.º 2016-1. Observatorio de Políticas de las Familias. Departamento Nacional de Planeación. Bogotá.
- Gómez Campos, R., Pacheco Carrillo, J. & Cossio-Bolaños, M. (2016). Aspectos demográficos del envejecimiento. UCMAule, 50, 19-30. Retrieved from <https://ucmaule.com/index.php/ucmaule/article/view/13/13>
- Huenchuan, S., Roqué, M. & Arias, C. (2009). Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis? Colección Documentos de Proyectos, 70. Retrieved from http://www.cepal.org/publicaciones/xml/1/36631/w263_envejecimiento_y_cuidados.pdf
- Jaspers, D. (director) & Huenchuan, S. (editora). (2016). Boletín Envejecimiento y Desarrollo, número 13. Santiago de Chile: CELADE, CEPAL. Retrieved from http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39876/1/S1600143_es.pdf
- Ley 352-98 sobre Protección de la Persona Envejeciente. (1999). (352).
- Ministerio de Desarrollo Social. (2014). Cuidadores Domiciliarios. Retrieved September 19, 2017, from <http://www.desarrollosocial.gob.ar/cuidadores>
- OIT. (1981). C156 - Convenio sobre los trabajadores con responsabilidades familiares, 1981. (Núm. 156) Retrieved from http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C156
- OIT. (2011). C189 - Convenio sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos, 2011. (Núm. 189) Retrieved from http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:2551460
- OMS. (2002). Active ageing: a policy framework. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf
- Organización de las Naciones Unidas. (2002). Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Revista Internacional de la Cruz Roja (Vol. 19). <https://doi.org/10.1017/S0250569X00017805>
- Organización de las Naciones Unidas. (2002). Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 45. Retrieved from <http://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. (2002). Plan de Acción Internacional Madrid sobre Envejecimiento. Madrid: ONU. Retrieved from <https://www.cepal.org/celade/noticias/noticias/3/9803/Plandeaccion2002.PDF>
- Prado, A. & Sojo, A. (2010). Envejecimiento en América Latina Sistemas de pensiones y protección social integral. Santiago de Chile: CEPAL. Retrieved from http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2567/1/S1000741_es.pdf
- Presbot de Michel, N. & Guerrero, V. (2011). Experiencia Dominicana en el Desarrollo de la Institucionalidad en las Personas Mayores. En Encuentro Internacional de Seguimiento de la Declaración de Brasilia (p. 21). Santiago de Chile. Retrieved from <https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/06nurypresbot.pdf>
- Razavi, S. & Staab, S. (2008). The Social and Political Economy of Care: Contesting Gender and Class Inequalities. United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD), (September), 34.
- Rico, M. (2011). El desafío de un sistema nacional de cuidados para el Uruguay. En Serie Seminarios y conferencias, 66. Santiago de Chile. Retrieved from http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7022/1/S1100468_es.pdf

- Sauma, P. (2012). Protección social y trabajo no remunerado: Redistribución de las responsabilidades y tareas del cuidado. Estudio de caso Costa Rica. CEPAL Serie Mujer y Desarrollo, 116. Retrieved from http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5845/1/S1200283_es.pdf
- Sojo, A. (2011). De la evanescencia a la mira: El cuidado como eje de políticas y de actores en América Latina seminarios y conferencias. CEPAL - Serie Seminarios y Conferencias, 67, 1-69. Retrieved from <http://www20.iadb.org/intal/catalogo/PE/2011/09229.pdf>
- Suárez, R. & Pescetto, C. (2005). Sistemas de protección social para el adulto mayor en América Latina y el Caribe. Rev, Panam. Salud Pública/Pan Am J Public Health, 17(56), 419-428. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892005000500014>
- Ullmann, H., Maldonado Valera, C. & Rico, M. (2014). La evolución de las estructuras familiares en América Latina, 1990-2010: Los retos de la pobreza, la vulnerabilidad y el cuidado. CEPAL, División de Desarrollo Social - Series Políticas Sociales N.º 193. Naciones Unidas-CEPAL: Santiago de Chile.
- Walker, A. J., Pratt, C. C., Eddy, L., Walker, A., Pratt, C. C. & Eddy, L. (1995). Informal Caregiving to Aging Family Members: A Critical Review Published by: National Council on Family Relations Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/584996> Linked references are available on JSTOR for this article: All use subject to <http://about>. Family Relations, 44(4), 402-411.



**Educación, empleo y situación
económica de las Personas Mayores
en República Dominicana**

CAPÍTULO

4

Elaborado por:

*Juan Pablo Alzate, Jairo Neira Sánchez,
Santiago López Zuluaga, Ana María Ortíz Hoyos,
Carmen Elisa Flórez, Yadira Díaz y
María Fernanda Ortega*

RESUMEN

En los últimos años, América Latina y el Caribe han sido unas de las regiones del mundo con las mayores tasas de crecimiento económico; paradójicamente, también es una de las regiones con mayores niveles de informalidad. Desde inicios de la segunda década de este siglo, la región superó incluso los índices de informalidad de los países de África subsahariana. República Dominicana en particular no ha sido ajena a esta situación. Según cifras oficiales de la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE), en 2016 más de dos millones de personas se encontraban trabajando en condiciones de informalidad en el país. Esta cifra indica que una de cada dos personas se ocupa en trabajos que no garantizan ningún tipo de cobertura en materia de seguridad social y que se caracterizan por su bajo nivel de productividad, lo cual afecta de manera significativa el desempeño de la economía en su conjunto. Este fenómeno se explica por varias razones. Una de ellas es la baja preparación del capital humano.

La correlación que existe entre el nivel de educación de una persona y la calidad de su empleo es alta. De manera que la cobertura en educación tiene diferentes implicaciones dentro de la participación de las personas en el mercado laboral. Por un lado, el bajo acceso a la educación superior indica que solo una proporción pequeña podrá acceder a los trabajos más calificados y, por ende, tener mejores ingresos. De igual forma se identifica un rezago en el acceso a educación media de las personas con la edad adecuada para cursar este nivel educativo. Finalmente, es necesario avanzar en la promoción de la educación inicial, toda vez que la literatura especializada ha identificado impactos significativos de la estimulación temprana sobre el desempeño educativo y económico de las personas.

La cobertura del sistema educativo dominicano, para efectos de esta investigación, se analizará con la tasa de cobertura bruta, que hace referencia al porcentaje de individuos matriculados en un nivel específico (independientemente de su edad) sobre el total de población con la edad adecuada para cursar el nivel de educación determinado. Con corte en 2014, la tasa de cobertura bruta más baja está en educación inicial en 32,9 %, y la más alta se registra en educación básica con 118,8 %. En educación media, la cobertura bruta registra 95,8 % y en educación superior alcanza 45,5 %. La desagregación por zona de residencia evidencia que la brecha más alta está en educación superior, ya que en las ciudades la tasa de cobertura bruta es 31,3 puntos porcentuales mayor que en la zona rural.

El panorama de la educación para las personas mayores en República Dominicana difiere del evidenciado para la población en general. En primera instancia, las tasas de analfabetismo son más altas en el sector rural que en el urbano, particularmente entre las personas de 60 a 69 años. Por otra parte, en ambas zonas la tasa de analfabetismo aumenta con la edad y, por lo tanto, el subgrupo de personas con mayor incidencia del analfabetismo es el de 70 años y más, en el cual el indicador registra 20,6 % en las ciudades y 34,1 % en la zona rural. Los niveles elevados del indicador pueden eventualmente explicar el tipo de trabajos a los que acceden las personas mayores. Por su parte, la tasa de analfabetismo en

personas mayores por grupo de edad y sexo muestra niveles más altos para las mujeres, lo cual es el reflejo de las inequidades en el acceso al sistema de educación décadas atrás y a que para la época el no acceso de las mujeres era la constante.

En cuanto al grado máximo de escolaridad alcanzado por las personas mayores de acuerdo con la zona de residencia difiere según zonas, particularmente en la población de 70 años y más. En las zonas rurales, el 91 % de la población de 70 o más solo alcanzó educación básica o primaria, mientras en los entornos urbanos cerca del 17 % de las personas en el mismo grupo de edad logró en algún grado acceder, al menos, a educación secundaria.

Según Bertranoud (2005), quienes tienen acceso a las mejores oportunidades durante su etapa laboral activa recibirán más y mejor protección en salud y pensiones, además de asegurar la tenencia de activos de vivienda, por ejemplo, para la vejez. De manera que en lo respecta al análisis económico global y latinoamericano y del Caribe, aunque algunos indicadores económicos evidencian una leve recuperación de la economía mundial, esta aún no logra recuperarse de los efectos que dejó la crisis financiera que inició a finales de la década pasada. Una fuerte caída en las tasas de crecimiento del PIB de la región, sumada a un incremento sustancial en las tasas de desempleo, sin duda generan efectos negativos en otro tipo de indicadores como la pobreza, la desigualdad y los niveles de informalidad, siendo este último uno de los fenómenos que más afecta el tejido empresarial de los países de América Latina y el Caribe. Es tal la incidencia que tiene la economía informal en la región que, según cifras del Fondo Monetario Internacional (FMI, 2017), esta representó el 40 % del PIB para el periodo 2010-2014, seguida de África subsahariana con el 38 % y el Sudeste asiático con el 34 %. En contraste, en los países de la OCDE durante el mismo periodo, la economía informal representó el 17 %, 23 puntos porcentuales menos que Latinoamérica y el Caribe.

Aunque República Dominicana también se vio afectado por la crisis mundial de los años 2008-2009, la contracción no se dio en la misma medida que sufrió la región y el mundo en general. El comportamiento de la economía dominicana antes de la crisis de finales de la década del 2000 fue similar al del resto de América Latina y el Caribe. Sin embargo, a partir de ese momento, sus tasas de crecimiento han sido mayores. En los últimos años, República Dominicana ha sido uno de los países de la región con mejor comportamiento en términos de crecimiento económico. Según datos del Banco Mundial, República Dominicana ha gozado de una de las tasas de mayor crecimiento en América Latina y el Caribe en los últimos 25 años. Durante el periodo 2001-2013, el crecimiento permaneció alto a una tasa promedio de 5,1 %, lo cual sitúa la economía dominicana en cuarto lugar en el grupo de mayor desempeño en crecimiento (después de Panamá, Argentina y Perú).

Al analizar internamente los datos de cada sector y los subsectores que componen el PIB dominicano se encuentra que, en lo que respecta al empleo formal, el subsector comercio es en el cual se genera el mayor número de empleos. En total durante 2016 se ocuparon en el sector formal en República Dominicana 2.097.355 personas. Por otra parte, según cifras del Banco Central, en total se ocuparon 2.317.165 millones de personas en el sector informal en el 2016. Los sectores que más personas ocuparon en este periodo fueron el comercio y la agricultura. Estos dos emplearon más de un millón de dominicanos (1.079.629). En otro tipo de servicios, incluyendo los subsectores de hoteles, bares y restaurantes y el de servicios de transporte y comunicaciones se ocuparon 853.770 dominicanos.

Al contrastar la evolución que ha tenido la tasa de desempleo y la generación de empleos formales e informales en República Dominicana durante los últimos años, se puede observar que si bien la tasa de desempleo se ha mantenido estable, e incluso ha venido disminuyendo en los últimos tres años, el número de personas que aún continúa trabajando en la informalidad sigue siendo bastante alto. A nivel individual las principales consecuencias de esto se manifiestan en los niveles de pobreza de los trabajadores y los altos niveles de inequidad en la sociedad. Una nación donde, según cifras del Banco Central de República Dominicana, en 2016 2,3 millones de personas trabajaron en la informalidad y donde, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR 2015), se estima que tan solo el 22,3 % de la población de 15 años y más tiene nivel educativo superior, difícilmente puede disminuir el número de personas que viven en condiciones de pobreza. Aunque son muchos los ciudadanos que lograron superar esta condición como consecuencia del auge económico vivido en años anteriores, las cifras aún siguen siendo altas en comparación con otros países de la región. Según datos oficiales de la ONE, para 2015 el nivel de pobreza monetaria en República Dominicana fue 32,3 %, mientras que la pobreza extrema era 7 %.

Una vez analizado el panorama general del mercado laboral en el contexto global y latinoamericano, se presenta una caracterización del mercado de trabajo en República Dominicana, con el objetivo de aproximarse a la preparación económica para la vejez en el país. Se analizan la tendencia de la tasa global de participación (TGP), definida como la razón entre la Población Económicamente Activa (PEA)¹ y la Población en Edad de Trabajar (PET)², y la tasa de ocupación (TO) que mide la relación entre población ocupada y población en edad de trabajar, es decir, la porción de personas que podrían pertenecer al mercado de trabajo y efectivamente están trabajando.

En el grupo de personas mayores, la tendencia de la TGP es decreciente con la edad tanto para hombres como para mujeres. Para los primeros, la TGP más alta se encuentra en el grupo de edad entre 60 y 69 años, aunque la tendencia es a la baja, toda vez que ha venido disminuyendo desde 2000 hasta registrar 66,4 % en 2016. Como es de esperarse, conforme avanza la edad, la TGP en todos los años de estudio (2000, 2005, 2010 y 2016) disminuye para los hombres de 70-79 años y aún más para quienes tienen 80 o más. En 2016, la TGP de los hombres de 80 y más registra 29,9 %, 36,5 puntos porcentuales menos que los hombres de 60 a 69 años en el mismo año. En el caso de las mujeres, la tendencia decreciente de la TGP en el tiempo para todos los grupos de edad no es tan evidente como en el caso de los hombres. Incluso podría decirse que tiene un comportamiento constante. De igual forma, se evidencia un descenso de la TGP a medida que aumenta la edad, para todos los años analizados. En 2016, las mujeres entre 60 y 69 registraron una TGP de 22,5 % mientras que aquellas de 80 y más tenían una TGP de 7,0, es decir, 15,5 puntos porcentuales por debajo. Al comparar esta diferencia con la registrada por los hombres se encuentra que la brecha de TGP entre mujeres de 60-69 y 80 y más es 21 puntos porcentuales menor que la de los hombres.

En términos de ocupación, la TO más alta dentro del grupo de personas mayores corresponde a las personas entre 60 y 69 años (46,9 %), con 23,5 puntos porcentuales de diferencia con quienes tienen

1. La PEA se refiere a las personas que están en edad de trabajar y están trabajando o buscando empleo.

2. La PET corresponde a la población que estaría en capacidad de integrar el mercado de trabajo. En este caso se toman las personas de 10 años o más.

entre 70 y 79 años, y 38,1 % con las personas de 80 y más. Las amplias diferencias evidencian una caída significativa de la ocupación en las personas mayores una vez alcanzan los 70 años de edad. La última sección de este capítulo aborda la situación económica de las personas mayores en República Dominicana a través del análisis de sus ingresos. De acuerdo con las cifras presentadas en la Encuesta de Demografía y Salud, el 34,3 % de las personas entre 60 y 69 años reciben ingresos solo por su trabajo, el 34,8 % únicamente a través de ayuda de familiares, el 7,8 % por pensión y el 23,0 % a través de otras fuentes de ingresos. En el caso de los mayores ubicados en el subgrupo de edad entre 70 y 79 años, aumenta el peso relativo de ingresos devengados por solo ayuda de familiares, solo pensión y otras fuentes de ingresos, mientras disminuye el correspondiente a solo por concepto del trabajo. La misma dinámica se identifica entre las personas de 80 y más, toda vez que el 46,2 % solo recibe ingresos vía ayuda de familiares, el 41,3 % por otras fuentes de ingresos, el 9,3 % solo por pensión y apenas el 3,3 % por trabajo.

Al respecto es importante poner énfasis en tres aspectos. En primer lugar, conforme aumenta la edad se acentúa la dependencia económica de las personas mayores hacia sus familiares y, por lo tanto, la percepción de ingresos solo por trabajo pierde peso relativo dentro de la distribución. Segundo, la cobertura de pensiones es muy baja en los tres subgrupos de edad. Finalmente, la categoría otras fuentes concentra una porción importante de la distribución, indicando que las personas mayores tienden a tener más de una fuente de ingreso. Esto quiere decir que es probable que el dinero devengado ya sea por trabajo, pensión o ayuda de familiares no resulta suficiente y, por lo tanto, deben reunir ingresos de más de una fuente.

En términos de montos de ingreso de los hogares con y sin personas mayores, los datos muestran que el ingreso promedio per cápita de los hogares con y sin adulto mayor es más alto en la zona urbana que en la rural. Por otra parte, en los hogares mayores es más alto el ingreso per cápita que en las ciudades, en contraste con la realidad de la zona rural, en donde son los hogares sin personas mayores los que tienen un ingreso per cápita más alto. No obstante, las diferencias, es importante tener en cuenta que las brechas no son altas.

De acuerdo con los resultados existe una tendencia hacia mejor desempeño económico en los hogares con personas mayores. No obstante, no es claro si se debe a la participación de los mayores dentro de la provisión de ingresos a los hogares en mayor proporción que los individuos de otras generaciones o, por otro lado, al hecho de que los hogares con personas mayores han tenido más tiempo de acumular capital, mientras que aquellos en los cuales aún no hay personas de 60 y más están iniciado la etapa de ahorro, adquisición de activos y, en general, acumulación de capital.

En lo que respecta al análisis cualitativo, la investigación buscó conocer las opiniones y percepciones de un grupo diverso de ciudadanos dominicanos acerca de cómo el trabajo contribuyó o ha contribuido en su preparación económica para la vejez. En relación con la pregunta que buscaba conocer los tipos de trabajos que realizaban las personas, se encontró que gran parte de ellos se dedicaron a las labores de la agricultura, al comercio y al sector servicios. Estas percepciones van de la mano con los datos cuantitativos en los cuales se encontró que la mayoría de los empleos, tanto formales como informales, se generan en estos sectores.

En cuanto a la pregunta que buscaba conocer los mecanismos de ahorro y preparación económica para la vejez, las respuestas de los participantes de los grupos focales son diversas: por una parte, algunos participantes afirman que nunca en su vida pudieron ahorrar porque el tipo de trabajo y el ingreso que recibían no se lo permitían; por otra parte, una gran proporción de los encuestados manifestó que la mejor forma de prepararse económicamente para la vejez es invertir en los hijos. Depender de los hijos fue la respuesta más común en los grupos focales realizados. Otros mecanismos que fueron mencionados se relacionan con la compra de activos, especialmente la compra de vivienda con el objetivo de recibir un ingreso en el futuro.

Para finalizar, la mayoría de los participantes afirmó, para concluir, que su situación económica ha empeorado con el paso de los años, e incluso algunos indicaron que el trabajo les había traído consecuencias en la salud y, puntualmente, había acelerado su proceso de envejecimiento.

CONTENIDO

| | | |
|------------|--|------------|
| 1. | Introducción | 168 |
| 2. | Educación | 169 |
| 2.1 | Avances en educación en la región | 170 |
| 2.2 | Cobertura del sistema educativo dominicano | 173 |
| 2.3 | Relación entre años de educación e ingreso | 177 |
| 2.4 | Educación y personas mayores | 178 |
| 3. | Empleo y situación económica | 181 |
| 3.1 | Contexto global | 181 |
| 3.2 | América Latina y el Caribe | 184 |
| 3.3 | El caso de República Dominicana | 188 |
| 3.4 | Consecuencias de la informalidad | 194 |
| 4. | Marco teórico del mercado laboral | 196 |
| 4.1 | Características del mercado laboral dominicano: envejecimiento e informalidad. | 196 |
| 4.2 | La informalidad y sus enfoques | 198 |
| 4.3 | Informalidad: definiciones | 199 |
| 4.4 | La informalidad: posibles causas | 202 |
| 4.5 | La informalidad: posibles soluciones | 203 |
| 5. | Caracterización del mercado laboral dominicano | 205 |
| 6. | Mercado laboral y personas mayores | 215 |
| 6.1 | Ingresos | 217 |
| 7. | Análisis cualitativo | 221 |
| 7.1 | Mercado laboral e ingresos | 221 |
| 7.2 | Educación | 223 |
| 8. | Conclusiones | 234 |
| 9. | Recomendaciones | 235 |
| 10. | Bibliografía | 237 |

1. Introducción

En los últimos años, América Latina y el Caribe han sido unas de las regiones del mundo con las mayores tasas de crecimiento económico, sin embargo, también es una región con altos niveles de informalidad y de desigualdad. Desde inicios de la segunda década de este siglo la región superó los índices de informalidad de los países de África subsahariana. República Dominicana en particular no ha sido ajena a esta situación, según cifras oficiales de la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE), en 2016 más de dos millones de personas se encontraban trabajando en condiciones de informalidad. Esta cifra indica que una de cada dos personas se ocupa en trabajos que no garantizan ningún tipo de cobertura en materia de seguridad social y que se caracterizan por su bajo nivel de productividad, afectando significativamente el desempeño de la economía en su conjunto. Este fenómeno se explica por varias razones, entre ellas la baja preparación del capital humano.

La correlación que existe entre el nivel de educación de una persona y la calidad de su empleo es alta. De acuerdo con la OCDE, el 82 % de las personas que tuvieron acceso a la educación superior está empleada, en comparación con el 57 % de quienes están por debajo de la educación secundaria. Esta relación lleva a que en la primera sección de este capítulo se haga un análisis detallado de las principales cifras e indicadores del sector educativo en República Dominicana y su relación con el mercado laboral y el nivel de ingreso de las personas. Las principales razones para analizar con detenimiento la informalidad son sus implicaciones económicas de largo plazo, particularmente en relación con la baja probabilidad de acceder a mecanismos de protección económica para la vejez por parte de las personas que durante su vida se ocuparon en este sector.

Según Bertranoud (2005), quienes tienen acceso a las mejores oportunidades durante su etapa laboral activa recibirán más y mejor protección en salud y pensiones, además de asegurar la tenencia de, por ejemplo, activos de vivienda para la vejez. Es por ello que la segunda parte de este capítulo tiene como objetivo analizar el contexto económico mundial y de América Latina y el Caribe y su relación con la economía dominicana. Aquí se pondrá especial énfasis en la evolución que han tenido los principales indicadores económicos y su relación con variables como el empleo, la informalidad, los niveles de ingreso de los dominicanos y sus tasas de pobreza, indigencia y desigualdad.

El análisis se hace con una perspectiva de envejecimiento, lo que implica que el estudio de cada una de estas variables permitirá conocer las consecuencias e implicaciones que tienen actualmente y que tendrán en el futuro para las personas mayores. Este análisis permite luego caracterizar el mercado laboral dominicano y, en especial, el de las personas mayores. Para ello se hace uso de información cuantitativa y cualitativa. En la primera de ellas se analizan las cifras oficiales y de encuestas como la ENHOGAR 2015, la ENDESA 2013 y el CENSO 2010. Para el análisis cualitativo, se realizaron entrevistas a profundidad con expertos y grupos focales con personas de diferentes puntos del país. Mediante este análisis mixto se busca determinar qué tan preparadas están las personas mayores —desde el punto de vista económico— para abordar la vejez.

Este capítulo tiene una estructura macroscópica, que lo que busca es indagar sobre la situación económica y de desarrollo de República Dominicana con el énfasis puesto en los procesos de envejecimiento que su

población empezará a transitar. Es por ello que la unidad de este capítulo debe ser leída en este sentido. La primera sección, dedicada a indagar sobre la educación, es transversal al capítulo y permitirá establecer no solo la situación educativa de las personas mayores, sino los retos que tiene el sistema educativo frente al envejecimiento de la población. Toda persona que ingrese al sistema educativo, esperamos, llegue a ser persona mayor. Por ende, la educación, como será permanentemente recordado dentro del texto, goza de una posición especialmente ventajosa frente a la movilidad social y al desarrollo de las sociedades.

Por otro lado, caracterizar el mercado laboral y el nivel de ingresos de las personas en República Dominicana (sean estas o no personas mayores), permite tomar una fotografía de la situación de esta variable macroscópica, lo que nos posibilita ver su desarrollo actual y las oportunidades de mejora que se abren cuando se le suma una perspectiva de envejecimiento. La seguridad económica de las personas mayores, sea pensional o no, será el tema por tratar en el capítulo sobre pensiones, ahorro y vejez. Entonces, la particularidad de este apartado radica en que, junto con el demográfico, serán los que establecerán la situación general de la población dominicana de cara a su proceso de envejecimiento. Si se permite una analogía, serán los mapas de la situación general de la población dominicana, teniendo como norte las personas mayores y el proceso de envejecimiento, es decir, que esta población va a envejecer. Este capítulo también podría llamarse “Grandes retos en desarrollo para República Dominicana” o “Las potencialidades de la educación y un mercado laboral formal de cara al envejecimiento poblacional dominicano: un asunto de todos”.

2. Educación

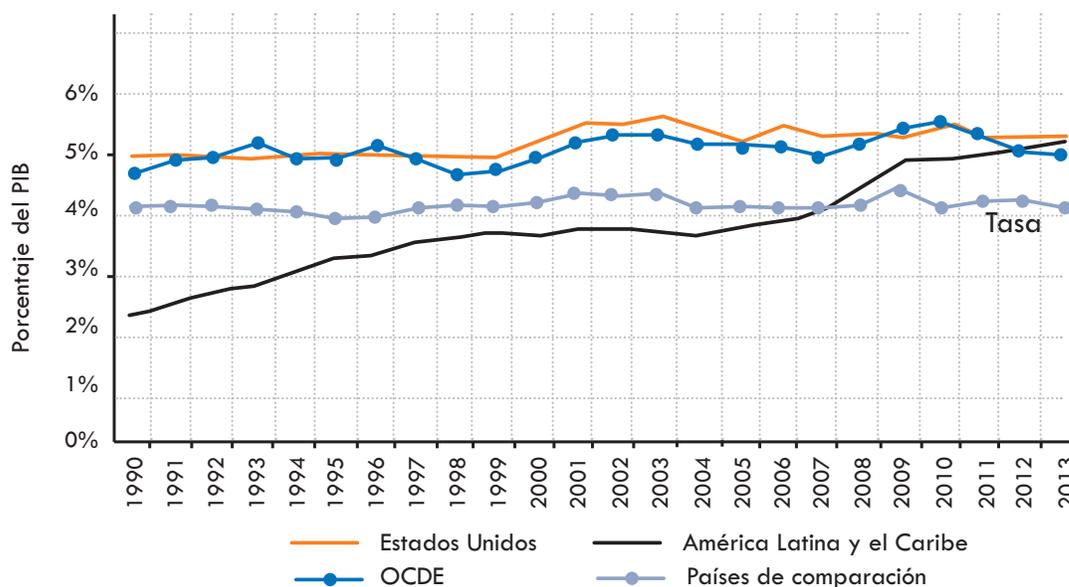
Diferentes autores coinciden en señalar la educación como un instrumento de movilidad social. Para Piketty (2014), en los sectores de ingresos bajos, la principal manera de movilidad social es la educación, especialmente en sociedades desiguales. En un estudio desarrollado por la Universidad de Princeton, (Banerjee, Bénabou & Mookherjee, 2006) encontraron que en países desarrollados y en desarrollo, los trabajadores mejor educados devengan mejores salarios en promedio que aquellos menos educados. Castellar & Uribe (2001) afirman que cuando se pretende validar la rentabilidad de la educación por medio de su medición se evidencia que el retorno en un nivel agregado (denominado rentabilidad social) es más alto que el individual, es decir, que va más allá de los beneficios individuales y frente al cuerpo social presenta niveles más altos de retorno positivo. Finalmente, según Piketty (2014), la economía global en su conjunto experimentará en el largo plazo un crecimiento (demográfico y económico) muy lento, haciendo que el rendimiento del capital como factor de producción sobrepase el crecimiento económico. En ese orden de ideas, en ausencia de correcciones significativas en la redistribución del ingreso, el medio para intensificar el proceso de convergencia del desarrollo es la educación y la investigación.

Dada la importancia de la educación sobre el desempeño económico de los individuos y los países, esta sección presenta algunos indicadores del sector para la región de América Latina y el Caribe. En primera instancia se analiza la cobertura del sistema educativo dominicano, así como los indicadores de analfabetismo. A renglón seguido se hace una aproximación a la relación entre años de educación e ingreso, con el objetivo de ejemplificar la importancia de la formación dentro de un mercado laboral competitivo. Finalmente, se describen los principales indicadores sobre educación para las personas de 60 años y más.

2.1 Avances en educación en la región

Es claro que existe relación entre los niveles de ingreso, las tasas de desempleo y de ocupación, y el nivel educativo de las personas. En términos generales, aquellas personas que tienen un mayor nivel de formación son quienes pueden acceder a empleos dignos y mejor remunerados. Por ello, desde hace varias décadas los países de la región de América Latina y el Caribe han venido incrementando gradualmente los presupuestos de sus carteras de educación. Según datos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), actualmente la región destina en promedio 3 puntos porcentuales más de su producto interno bruto (PIB) a la educación que hace 25 años, y las cifras de gasto están alcanzando a las de los países desarrollados¹ (Busso, Cristia, Hincapié, Messina & Ripani, 2017).

Gráfico 1: Gasto público en educación como porcentaje del PIB 1990-2013



Fuente: Banco Interamericano de Desarrollo (BID)

Sin embargo, gran parte de los recursos que estos gobiernos invierten en educación se destinan principalmente a incrementar los niveles de cobertura. De acuerdo con el BID:

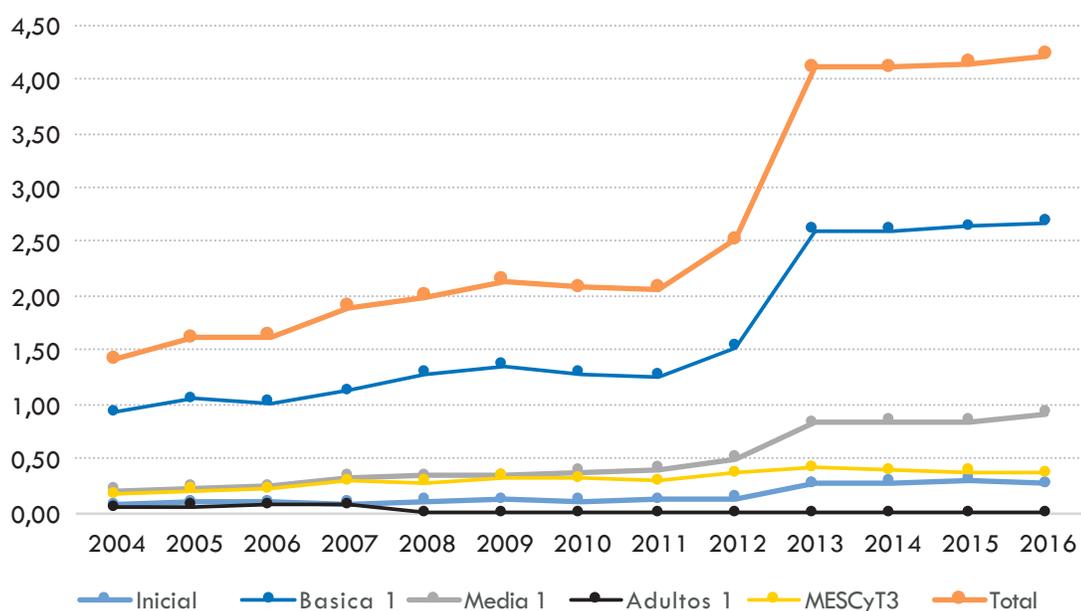
El 95 % de los niños latinoamericanos en la edad correspondiente al nivel de primaria está matriculado en la escuela, proporción muy similar al 96 % de los países de altos ingresos de la OCDE. En secundaria, la matrícula asciende al 73 % de los jóvenes cuya edad corresponde al nivel, una proporción significativamente inferior al 91 % de las economías más pudientes de la OCDE, aunque mucho mejor que el 65 % registrado en los años noventa. Si se comparan los años de escolaridad alcanzados, las diferencias muestran

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

que mientras que los habitantes de países de la OCDE completan en promedio 11,9 años de educación, los argentinos finalizan 10,5 años, los brasileños 9,2 (en las zonas urbanas), los chilenos 11, los peruanos 10,7 y los panameños 9,93 (Busso, Cristia, Hincapié, Messina & Ripani, 2017, p. 3).

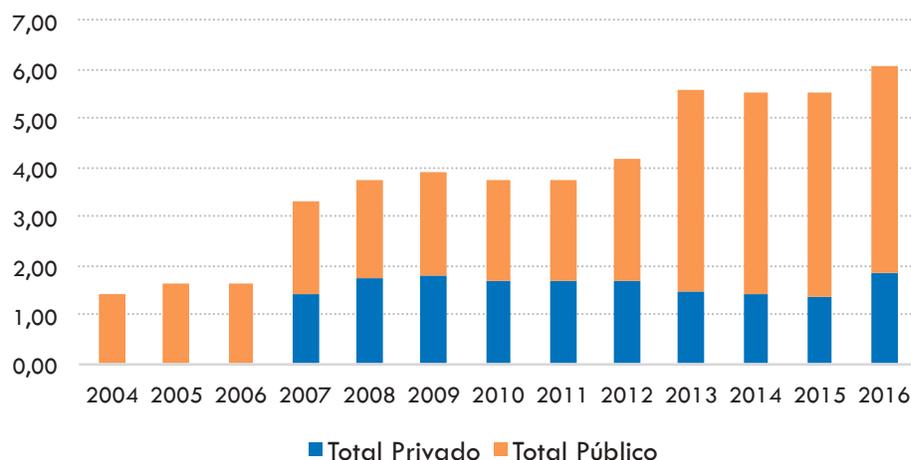
Estas cifras evidencian que actualmente el acceso a la educación básica no es un privilegio de pocos y que, por el contrario, son millones de jóvenes y adolescentes de la región que hoy pueden acceder a una institución educativa. Sin embargo, aún hay grandes retos en materia de cobertura en los niveles de secundaria media y superior pero, sobre todo, en materia de calidad y pertinencia de los programas en relación con el tejido productivo de los países y las nuevas tendencias del mercado laboral a nivel global.

Gasto público en educación como porcentaje del PIB por nivel educativo



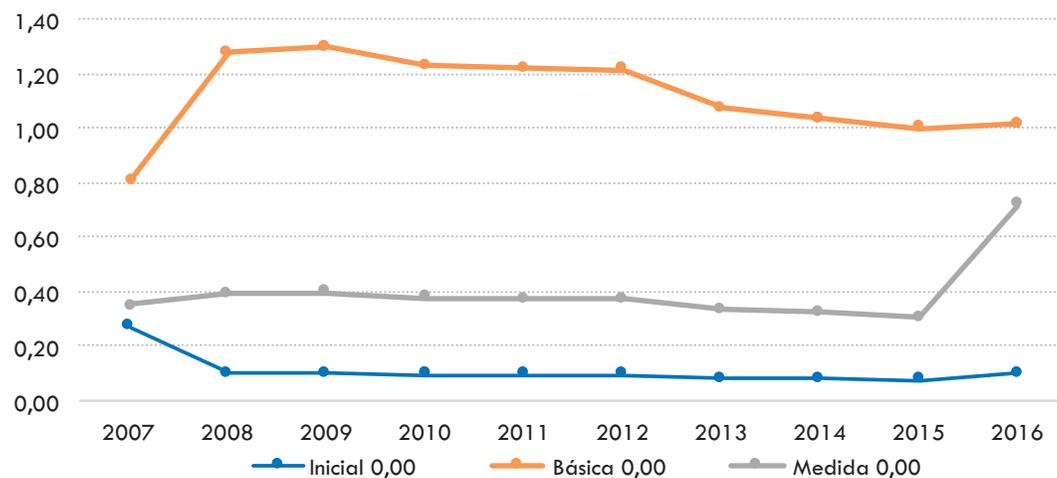
Fuente: Banco Interamericano de Desarrollo

Gasto en educación como porcentaje del PIB



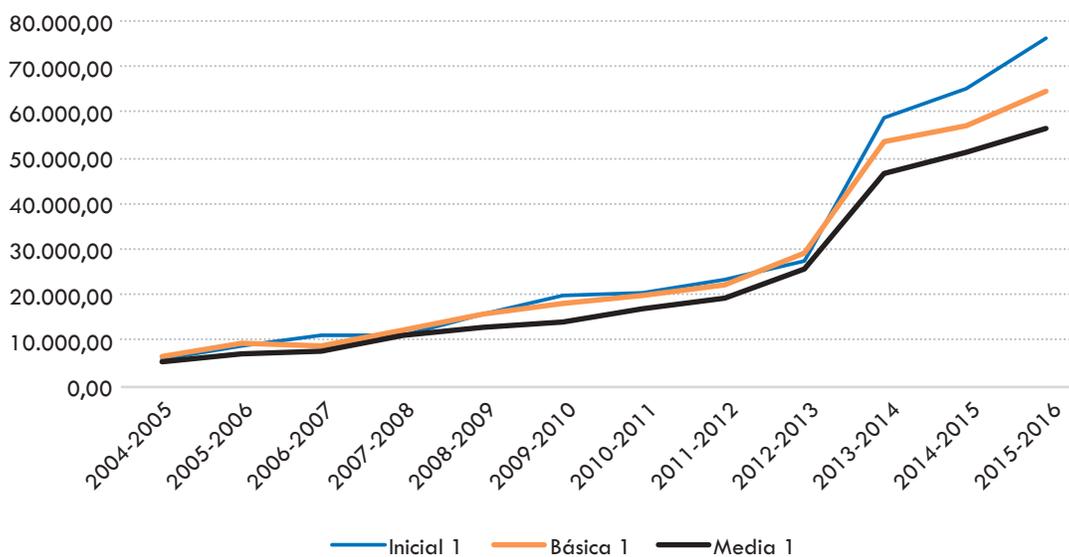
Fuente: Banco Interamericano de Desarrollo

Gasto privado en educación como porcentaje del PIB por nivel educativo.



Fuente: Banco Interamericano de Desarrollo

Gasto público por alumno según nivel educativo



Fuente: Banco Interamericano de Desarrollo

2.2 Cobertura del sistema educativo dominicano

El Cuadro 1 presenta la tasa bruta y neta de asistencia escolar por nivel educativo según zona de residencia para 2014 en República Dominicana. La tasa de cobertura bruta hace referencia al porcentaje de individuos matriculados en un nivel específico (independientemente de su edad) sobre el total de población con la edad adecuada para cursar el nivel de educación determinado. Con corte en 2014, la tasa de cobertura bruta más baja está en educación inicial (32,9 %) y la más alta se registra en educación básica (118,8 %). En educación media, la cobertura bruta registra 95,8 % y en educación superior alcanza 45,5 %. La desagregación por zona de residencia evidencia que la brecha más alta está en educación superior, toda vez que en las ciudades la tasa de cobertura bruta es 31,3 puntos porcentuales mayor que en la zona rural.

Por su parte, la tasa de cobertura neta (entendida como la proporción de personas matriculadas en un nivel específico que tienen la edad adecuada para cursarlo, sobre el total de la población con la edad adecuada para cursar el nivel de educación determinado) muestra diferencias importantes con la tasa bruta, específicamente en educación media y superior. En el primero, la diferencia entre ambas tasas es 36,1 puntos porcentuales, es decir, apenas el 60 % de la población en edad de cursar educación media está efectivamente matriculada y, por lo tanto, el restante corresponde a estudiantes que no están dentro del rango de edad adecuado (extra edad), ya sea por problemas de repitencia o de adelanto.

Lo mismo sucede con la cobertura en educación superior. De la población en la edad adecuada para ese nivel educativo, únicamente el 24,2 % está cubierta. Esto configura un escenario para el caso dominicano donde un porcentaje importante de la población se encuentra por fuera del rango de edad para el nivel que se está cursando. Como se mencionó, esto puede deberse tanto a una repitencia como a un adelanto, sin embargo, la diferencia es significativa, sobre todo para los casos de educación media y superior, y es un valor que hay que tener en cuenta de cara a caracterizar el estado en el cual envejecerá esa población que hoy se encuentra por fuera del rango de edad para el nivel cursado.

La cobertura en educación tiene diferentes implicaciones dentro de la participación de las personas en el mercado laboral. Por un lado, el bajo acceso a la educación superior indica que solo una proporción pequeña podrá acceder a los trabajos más calificados y, por ende, tener mejores ingresos. Esto se relaciona de manera directa con la posibilidad que tienen las personas de generar ahorros para la vejez (tengan estos la forma de un bien raíz, de un ahorro obligado como la pensión o de otros tipos de ahorros). A su vez, teniendo en cuenta los elementos mencionados al inicio sobre la informalidad, trabajos mejor calificados suelen ser formales y contribuir al sistema pensional.

Finalmente, es necesario avanzar en la promoción de la educación inicial, toda vez que la literatura especializada ha identificado impactos significativos de la estimulación temprana sobre el desempeño educativo y económico de las personas. En este sentido es en el cual el 32,9 % de cobertura para educación inicial es preocupante y señala un elemento por mejorar de cara al futuro envejecimiento de estas poblaciones, por más lejano que parezca.

Cuadro 1: Tasa bruta y neta de asistencia escolar por nivel educativo según zona de residencia. 2014

| | Tasa de cobertura bruta | | |
|----------|-------------------------|-------|-------|
| | Urbano | Rural | Total |
| Inicial | 35,4 | 27,5 | 32,9 |
| Básico | 116,1 | 124,4 | 118,8 |
| Medio | 99,7 | 88,5 | 95,8 |
| Superior | 56 | 24,7 | 45,5 |

| | Tasa de cobertura neta | | |
|----------|------------------------|-------|-------|
| | Urbano | Rural | Total |
| Inicial | 35,4 | 27,5 | 32,9 |
| Básico | 93,6 | 94,9 | 94 |
| Medio | 62,6 | 54 | 59,7 |
| Superior | 29,1 | 14,4 | 24,2 |

Fuente: SISDOM: Sistema de Indicadores Sociales de República Dominicana, 2014

Las tasas bruta y neta de cobertura del sistema educativo por sexo (Cuadro 2) muestran que en la mayoría de niveles es mayor el acceso de las mujeres. Las diferencias más importantes se pueden identificar en educación superior, tanto en tasa bruta como neta. En el primer caso, 58,9 % de las mujeres acceden contra 33,2 % de los hombres. Por su parte, en términos netos la diferencia es de 12,9 puntos porcentuales a favor de las mujeres. La mayor participación de las mujeres dentro del sistema educativo podría contribuir a solucionar las inequidades dentro del mercado laboral, siempre y cuando no se registren problemas de discriminación laboral en contra de las mujeres.

Cuadro 2: Cobertura del sistema educativo dominicano por sexo. 2015

| | Tasa de cobertura bruta | | |
|----------|-------------------------|-------|-------|
| | Urbano | Rural | Total |
| Inicial | 31,5 | 34,5 | 32,9 |
| Básico | 120,4 | 117,1 | 118,8 |
| Medio | 91,4 | 100,4 | 95,8 |
| Superior | 33,2 | 58,9 | 45,5 |

| | Tasa de cobertura neta | | |
|----------|------------------------|-------|-------|
| | Urbano | Rural | Total |
| Inicial | 31,5 | 34,5 | 32,9 |
| Básico | 93,7 | 94,4 | 94 |
| Medio | 55 | 64,4 | 59,7 |
| Superior | 18 | 30,9 | 24,2 |

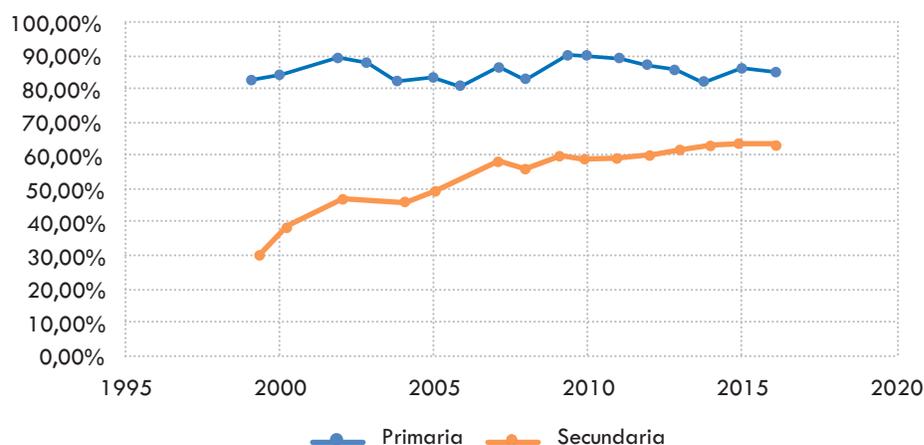
Fuente: Sistema de Indicadores Sociales de República Dominicana, 2014

La distribución por nivel educativo de la población según la zona de residencia (Gráfico 2) muestra diferencias importantes, particularmente en el acceso a educación superior. En las zonas urbanas, la educación superior tiene el mayor peso relativo a partir del grupo de edad de 18 a 24 años, mientras que en el entorno rural se evidencia esa dinámica únicamente para las personas de 25 años y más. El indicador cobra

importancia al retomar la evidencia existente sobre el impacto o retorno de la educación sobre el nivel de ingresos de las personas y, por esa misma vía, la preparación económica para la vejez.

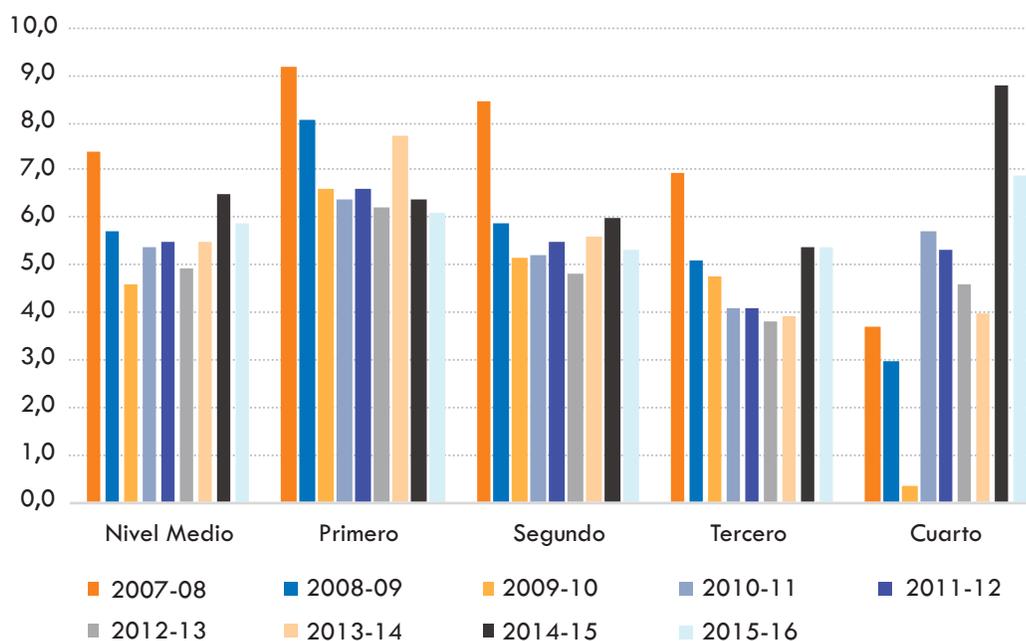
Como se mencionó anteriormente, esa diferencia entre la edad ideal de ingreso a un nivel educativo y la edad que se tiene puede traer problemas en el desarrollo de la vida productiva, sugiriendo menos tiempo en el mercado laboral (y por ende menor oportunidad para generar ahorros o cotizar a pensiones) o dificultades para una correcta inclusión en el sistema educativo.

Gráfico 2: tasa neta de matriculación por nivel educativo



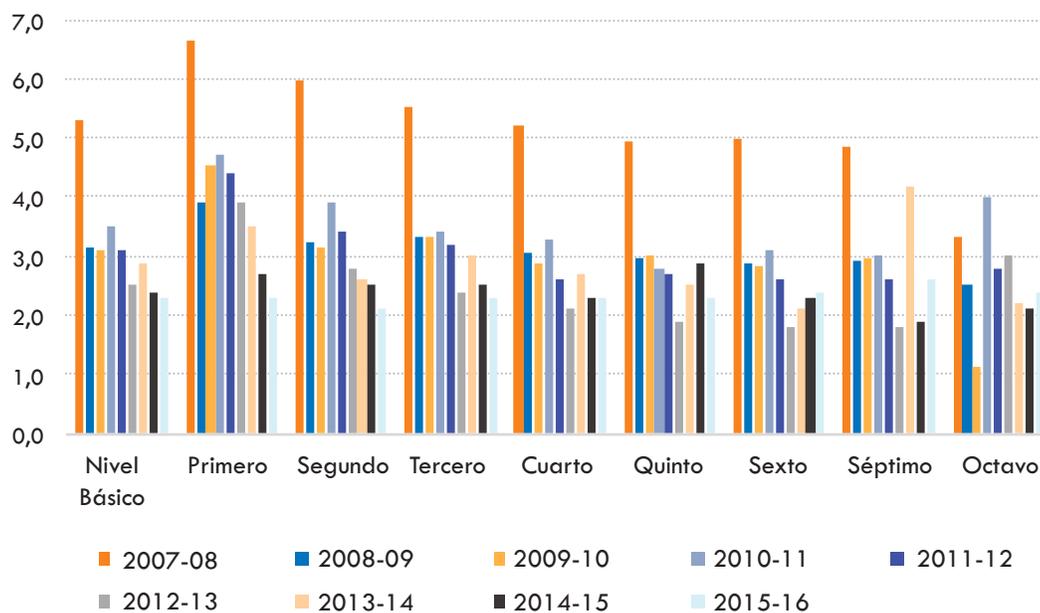
Fuente: Elaboración propia a partir de SISDOM 2016

Gráfico 3: tasa de deserción por sector según nivel educativo: nivel básico



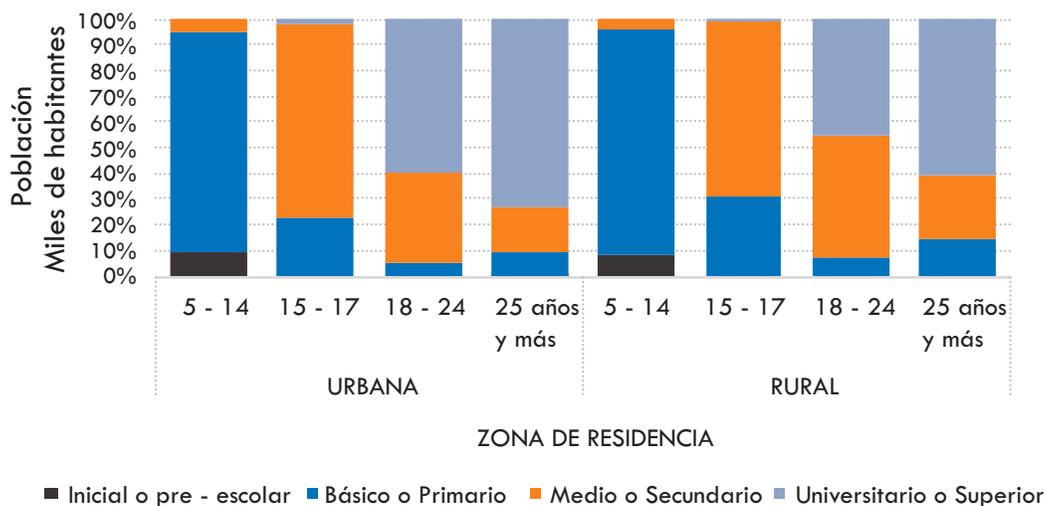
Fuente: Elaboración propia a partir de SISDOM 2016

Gráfico 4: tasa de deserción por sector según nivel educativo: nivel medio



Fuente: Elaboración propia a partir de SISDOM 2016

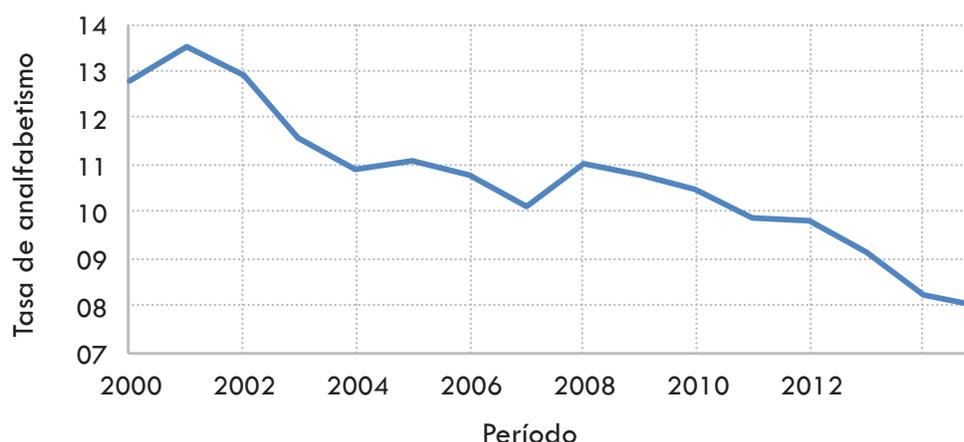
Gráfico 5: Distribución por nivel educativo de la población por zona de residencia



Fuente: Elaboración propia a partir de ENHOGAR 2015

En el Gráfico 6 se presenta la tasa de analfabetismo de la población de 15 años y más entre 2000 y 2015. La tendencia es decreciente y en un lapso de 15 años ha disminuido aproximadamente 5 puntos porcentuales. En 2015, la tasa de analfabetismo registró 8 %, lo cual indica que el país cada vez se acerca más hacia la erradicación del analfabetismo. Este tipo de avances son muy importantes, toda vez que constituyen el punto de partida para avanzar tanto en cobertura como en calidad de la educación.

Gráfico 6: Tasa de analfabetismo de la población de 15 y más. 2015



Fuente: Elaboración propia a partir de ONE, 2015

2.3 Relación entre años de educación e ingreso

La literatura especializada establece que existe una relación causal entre el nivel de ingresos y los años de educación. En el Cuadro 3 se presenta el salario promedio mensual de los asalariados por máximo nivel de educación alcanzado y sexo. La primera observación de relevancia está relacionada con el aumento del monto recibido por ingreso laboral a medida que aumenta el nivel de estudios. En segundo término, los cambios en el salario con el nivel educativo no son homogéneos. Marginalmente, el aumento en el salario crece a medida que aumenta el nivel educativo, siendo mayor cuando los individuos alcanzan la educación superior, algo del todo coherente con la demanda de los empleadores por trabajo calificado y especializado. Además, es importante mencionar la inequidad existente entre hombres y mujeres. Aunque ambos siguen el mismo patrón y las mujeres acceden en mayor medida al sistema educativo, en todos los niveles los hombres tienen mejores salarios que las mujeres.

Cuadro 3: Salario promedio mensual de los asalariados por máximo nivel educativo alcanzado y sexo. 2013

| Nivel Educativo | Total población | Hombres | Mujeres |
|--------------------|-----------------|---------|---------|
| Ninguno/Preescolar | 4.127 | 4.368 | 3.235 |
| Primaria | 5.515 | 6.193 | 3.970 |
| Secundaria | 7.717 | 8.869 | 5.688 |
| Superior | 15.655 | 17.466 | 14.312 |

Fuente: Elaboración propia a partir de ENHOGAR: Encuesta Nacional de Hogares, 2015

La relación entre salarios y nivel educativo por zona de residencia evidencia diferencias (Cuadro 4) a favor de los entornos urbanos. En todos los niveles educativos, los salarios son mayores en la zona urbana. Adicionalmente la brecha por zona aumenta en educación superior ya que la diferencia de salarios para 2013 fue de 5,080 pesos dominicanos, monto mayor que la brecha observada en nivel educativo ninguno/preescolar (886 pesos), primaria (1,079) y secundaria (1,051). En 2013, el salario mínimo en República Dominicana era de 11,292 pesos dominicanos, por lo tanto, la diferencia en el salario promedio mensual de los asalariados urbanos y rurales representaba casi el 45,1 % del salario mínimo mensual para ese año.

Cuadro 4: Salario promedio mensual de los asalariados por máximo nivel educativo alcanzado y zona de residencia. 2013

| Nivel Educativo | Total población | Urbano | Rural |
|--------------------|-----------------|--------|--------|
| Ninguno/Preescolar | 4.127 | 4.532 | 3.646 |
| Primaria | 5.515 | 5.858 | 4.779 |
| Secundaria | 7.717 | 7.956 | 6.905 |
| Superior | 15.655 | 16.390 | 11.312 |

Fuente: Elaboración propia a partir de ENHOGAR, 2015

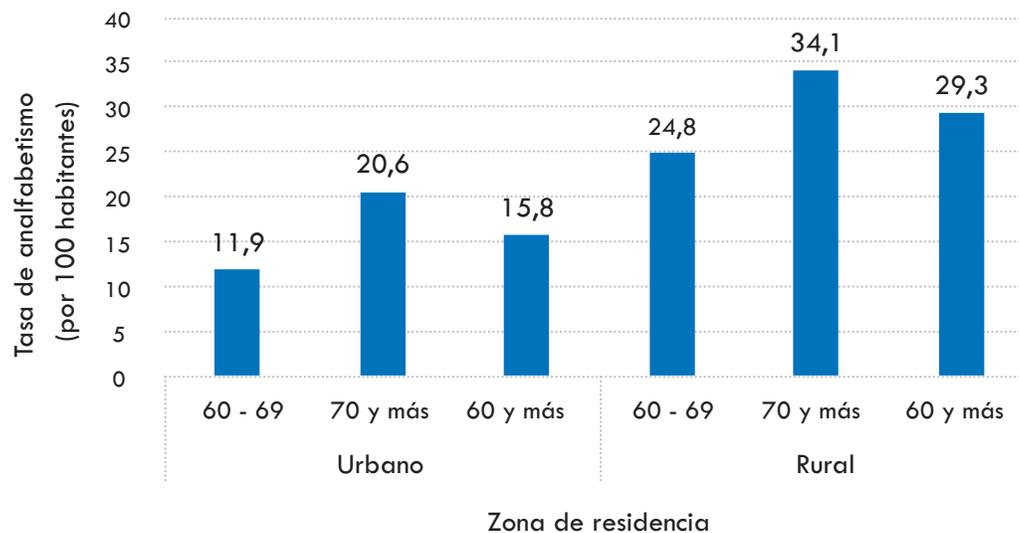
2.4 Educación y personas mayores

El panorama de la educación para las personas mayores difiere del evidenciado para la población en general. El Gráfico 7 presenta la tasa de analfabetismo en personas mayores. En primera instancia, las tasas de analfabetismo son más altas en el sector rural que en el urbano, particularmente entre las personas de 60 a 69 años. Por otra parte, en ambas zonas, la tasa de analfabetismo aumenta con la edad y, por lo tanto, el subgrupo de personas con mayor incidencia del analfabetismo es el de 70 años y más, en el cual el indicador registra 20,6 % en las ciudades y 34,1 % en la zona rural. Los niveles elevados del indicador pueden eventualmente explicar el tipo de trabajos a los que acceden las personas mayores.

Frente al 8 % del promedio nacional, resalta que las personas mayores tienen tasas de analfabetismo altas, elemento preocupante de cara no solo a su posición en el mercado laboral en el momento actual, sino que sugiere una trayectoria de vida en la cual predominaron empleos de baja cualificación. Es especialmente preocupante para la cohorte mayor a los 70 años, en particular en la población rural.

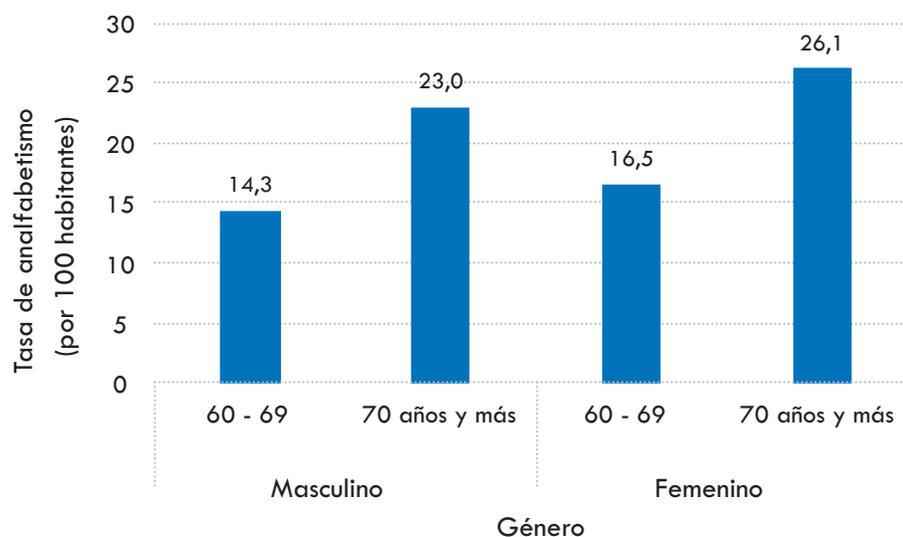
Por su parte, la tasa de analfabetismo en personas mayores por grupo de edad y sexo (Gráfico 8) muestra niveles más altos para las mujeres, lo cual es el reflejo de las inequidades en el acceso al sistema de educación décadas atrás y a que, para la época, el no acceso de las mujeres era la constante. Los cambios culturales de la modernización llevan a que la mujer ingrese al sistema educativo, lo cual podría explicar las diferencias con las cifras actuales. El 16,5 % de las mujeres entre 60 y 69 años son analfabetas en comparación con el 14,3 % de los hombres de la misma edad. Así mismo, el 26,1 % de las mujeres de 70 años o más no saben leer ni escribir, 3,1 puntos porcentuales más que los hombres en el mismo grupo de edad.

Gráfico 7: Tasa de analfabetismo en personas mayores por grupo de edad y zona de residencia. 2015



Fuente: Elaboración propia a partir de ENHOGAR, 2015

Gráfico 8: Tasa de analfabetismo en personas mayores por grupo de edad y sexo. 2015

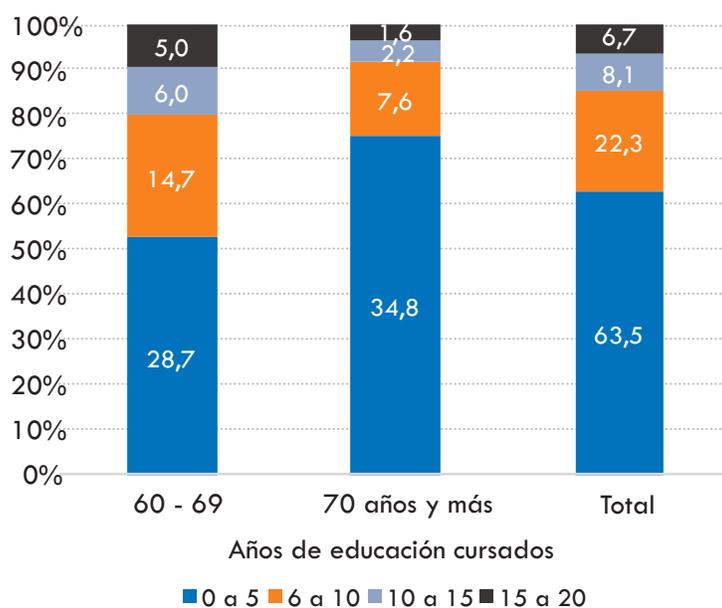


Fuente: Elaboración propia a partir de ENHOGAR, 2015

Estos indicadores de género son preocupantes a la luz de la mayor esperanza de vida de las mujeres y a la usual sobrevivencia de ellas frente a sus pares (que pueden o no ser su pareja). Esto debido a que las cargas de cuidado a las que suelen asociarse las mujeres en el último período de vida, puede dificultar sus posibilidades de conseguir sustento una vez su pareja muere, y si a ello se le suma un menor grado de alfabetismo (que sugiere menos acceso al sistema educativo durante su infancia y juventud), puede llevar a una posición de vulnerabilidad una vez se cruza la barrera de los 70 años.

El número de años de educación cursados por las personas mayores (Gráfico 9) evidencia que, para 2015, las personas mayores tienen bajos niveles de preparación académica. Aproximadamente el 63 % de las personas mayores de 60 años tienen únicamente entre 0 y 5 años de educación. Un 22,3 % aprobó entre 6 a 10 años, 8,14 % de 10 a 15 años y apenas 6,6 % de 15 a 20 años. Los resultados del indicador son muy importantes, especialmente en relación con el tipo de ocupación al que pueden aspirar las personas mayores y por ende los ingresos derivados de sus trabajos. Mientras menos años de educación logrados, más bajo será el nivel de ingresos.

Gráfico 9: Número de años de educación cursados por las personas mayores. 2015



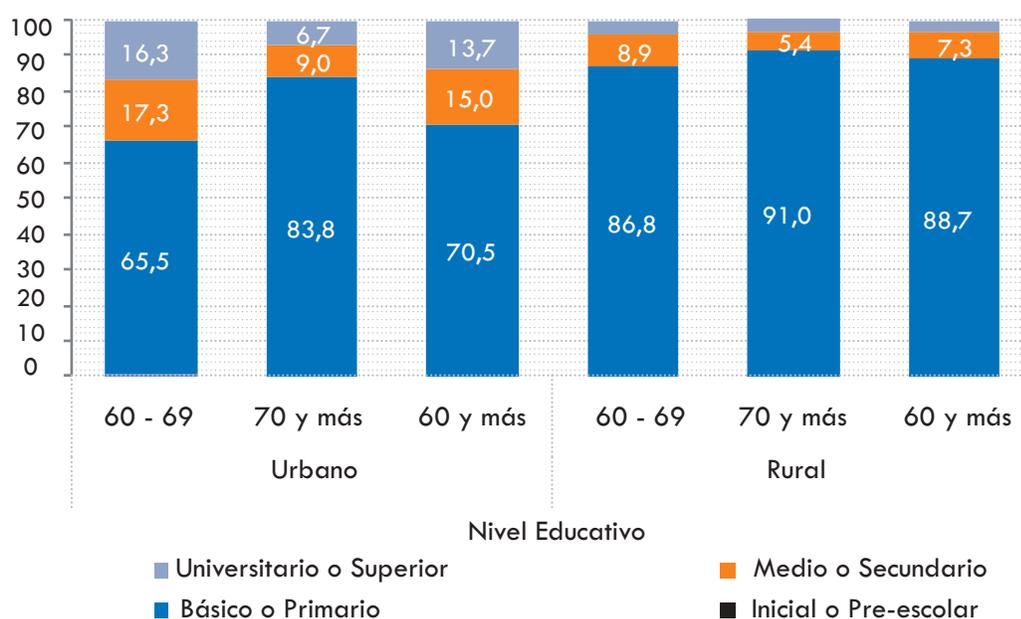
Fuente: Elaboración propia a partir de ENHOGAR, 2015

Los datos presentados en el Gráfico 10 soportan el número de años de educación cursados por las personas mayores con corte en 2015. En el sector urbano, el 70,5 % de las personas solo tiene educación básica o primaria y en la zona rural el indicador registra 88,7 %. Apenas el 15,0 % y el 13,7 % de los mayores en las ciudades alcanzaron educación secundaria o media, respectivamente. En el caso de la ruralidad, los pesos relativos son menores (7,3 % para educación secundaria y 4 % en educación superior), lo que sugiere una brecha educativa entre el campo y la ciudad que se mantiene en las personas mayores. La prevalencia de personas con un nivel de educación básico es un determinante de la probabilidad de acceder a empleos calificados. Dado el escaso nivel de preparación, las personas mayores no cuentan con los insumos suficientes para alcanzar empleos dentro del sector formal o con niveles de remuneración altos.

Finalmente, el grado máximo de escolaridad alcanzado por las personas mayores de acuerdo con la zona de residencia (Gráfico 10) confirma las diferencias por zona descritas antes, en particular en la población de 70 años y más. En las zonas rurales, el 91 % de la población de 70 o más solo alcanzó educación básica o primaria, mientras en los entornos urbanos cerca del 17 % de las personas en el mismo grupo de edad logró en algún grado acceder, al menos, a educación secundaria. Respecto a las personas residentes de zonas urbanas entre 60 y 69 años, al menos el 35 % logró alcanzar un grado mayor a la educación básica o primaria, mientras en la ruralidad apenas el 13,2 % pudo hacerlo.

El panorama al que se enfrentan las personas mayores en el aspecto educativo tiene características que son propias del conjunto de la sociedad dominicana, pero que tienen ciertos puntos en los cuales son más agudos los problemas. En este sentido se encuentra la brecha urbano-rural, que para casi todos los indicadores presentados es un factor importante. Es relevante también comentar que el índice de alfabetización, así como los años promedio estudiados y el nivel alcanzado, se encuentran, para las personas mayores, muy por debajo de los promedios nacionales. Si bien esto es en parte explicado por el hecho de que en el propio desarrollo de las sociedades se van incrementando los niveles de escolarización. Sin embargo, es importante no perder de vista este elemento cuando se trata de establecer la situación económica y educativa de las personas mayores.

Gráfico 10: Grado máximo de escolaridad alcanzado por las personas mayores. 2015



Fuente: Elaboración propia a partir de ENHOGAR (2015)

3. Empleo y situación económica

3.1 Contexto global

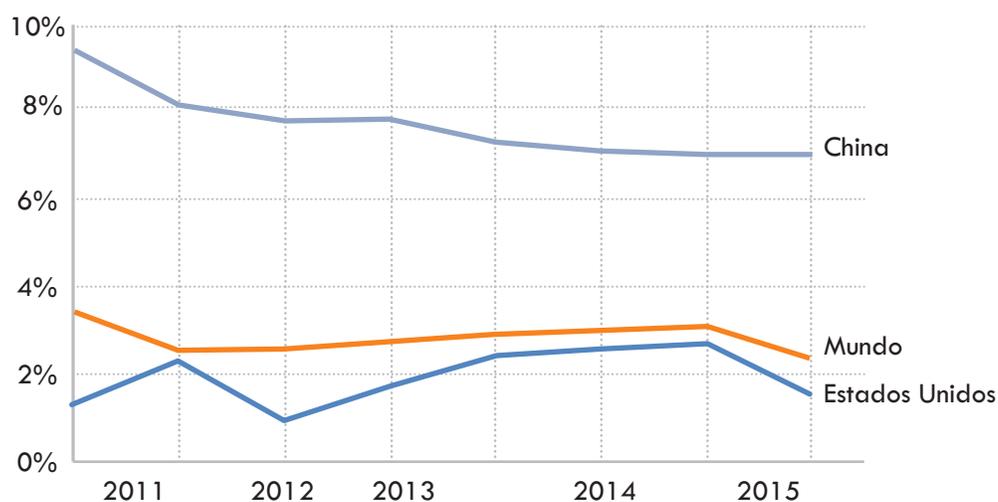
Aunque algunos indicadores económicos evidencian una leve recuperación de la economía mundial, esta aún no logra reponerse de los efectos que dejó la crisis financiera que inició a finales de la década pasada. De acuerdo con el Fondo Monetario Internacional:

Aunque las tasas proyectadas de crecimiento mundial para 2017-2018 superan el 3,2 % estimado para 2016, son inferiores a los promedios anteriores a la crisis, en particular en la mayoría de las economías avanzadas y en las economías emergentes y en desarrollo exportadoras de materias primas (FMI, 2017, p. 1).

Esta situación se explica en parte porque el esperado repunte en las tasas de crecimiento del Producto Interno Bruto de las principales economías del mundo aún no asciende de manera contundente y sostenida. En el contexto de una economía globalizada e interconectada, es difícil que haya países que se escapen a las consecuencias de dicha crisis. Sobre todo en el caso latinoamericano, que durante la última década del pasado siglo y la primera de este centró su economía en la explotación y comercialización de materias primas.

El Gráfico 11 contrasta el crecimiento económico del mundo, el de China y el de Estados Unidos entre 2011 y 2015. Por una parte China, gran aportante durante décadas al crecimiento económico en el mundo, viene presentando una tendencia negativa desde hace varios periodos. Esto tiene consecuencias especiales para el caso latinoamericano, pues China es el destino de buena parte de las materias primas que se extraían o producían en el subcontinente. Estados Unidos, por su parte, ha tenido en los últimos años algunos ciclos de crecimiento, pero no son lo suficientemente dinámicos para llegar a una tasa por encima del 3 %. Estos son tan solo dos ejemplos que afirman la compleja situación que ha venido enfrentando la economía mundial en los últimos 10 años.

Gráfico 11: Tasa de crecimiento del PIB en China, Estados Unidos y el mundo (2011- 2015)



Fuente: Banco Mundial, 2017

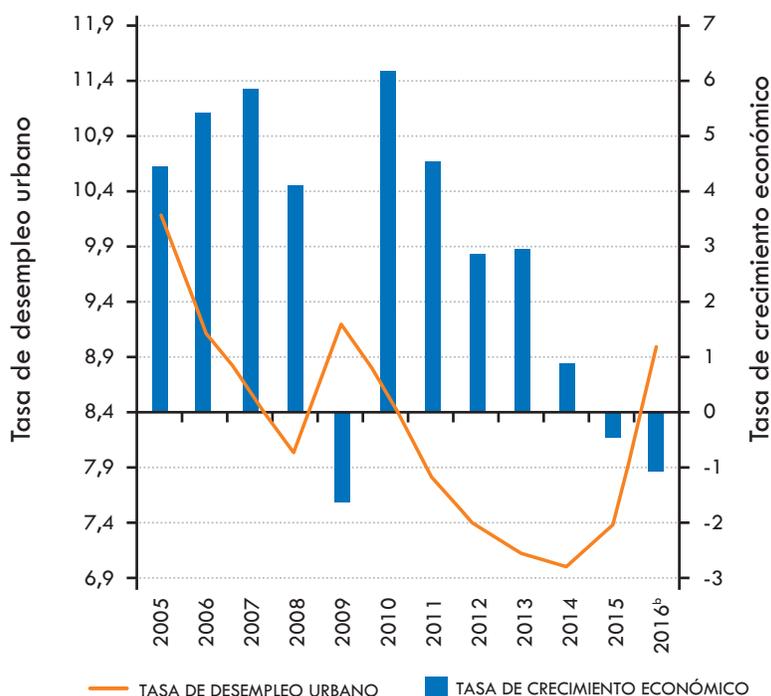
La caída en la producción mundial se explica en parte al protagonismo que ahora tienen las economías emergentes en la composición del PIB mundial, las cuales desde hace varios años vienen incrementando su participación. Por su parte, estas economías en los últimos tiempos se han visto afectadas a raíz de la disminución de la demanda de productos básicos o también llamados commodities. Otro factor determinante es la mayor interdependencia que existe entre los países en materia económica como consecuencia del proceso de globalización. Prueba de ello es que el crecimiento de China se ha visto afectado por una significativa disminución en la demanda de bienes y servicios que este exporta hacia Estados Unidos y algunos países europeos. Según datos de The Observatory of Economic Complexity (OEC) del Massachusetts Institute of Technology (MIT), el principal destino de las exportaciones de China es Estados Unidos. En 2015, este país fue el receptor del 19 % del total de las exportaciones de China (Gráfico 12).

3.2 América Latina y el Caribe

Los países de Latinoamérica y el Caribe no han sido ajenos a esta situación. Parte del crecimiento económico que benefició la región durante varios años se explica en gran medida gracias al aumento en el consumo de las materias primas a nivel mundial. *The Commodity Cycle in Latin America: Mirages and Dilemmas* es una publicación del Banco Mundial que analiza desde el punto de vista económico y financiero las implicaciones y consecuencias que ha traído para América Latina y el Caribe el incremento en la demanda y la subsecuente subida en los precios de ciertos commodities en los últimos 10 años. Según esta publicación, este auge generó una gran ganancia en términos de intercambio y elevó el crecimiento de América del Sur durante 2003-2011 a un promedio de alrededor de 5,5 % (De la Torre, Filippini & Ize, 2016).

La disminución en el consumo de este tipo de bienes ha afectado otras variables económicas y sociales en la mayoría de los países de la región. Es así como varios países vienen enfrentando cambios sustanciales en indicadores económicos y sociales como su balanza de pagos, la inflación, las tasas de interés, los niveles de pobreza o de desempleo. Según datos de la CEPAL y el Banco M Gráfico 14: América Latina y el Caribe: tasas de crecimiento del PIB y desempleo urbano 2005-2016 undial, la tendencia positiva que venía experimentando América Latina y el Caribe se vio fuertemente afectada por la crisis financiera que golpeó a la economía mundial a finales de la primera década del siglo XXI. Como muestra el Gráfico 14, el Producto Interno Bruto de la región pasó de tener una tasa de crecimiento del 5,7 % en el 2007 a una contracción de -1,7 % a finales del 2009, es decir, la crisis generó una disminución de más de 7 puntos porcentuales en tan solo 2 años.

Gráfico 14: América Latina y el Caribe: tasas de crecimiento del PIB y desempleo urbano 2005-2016

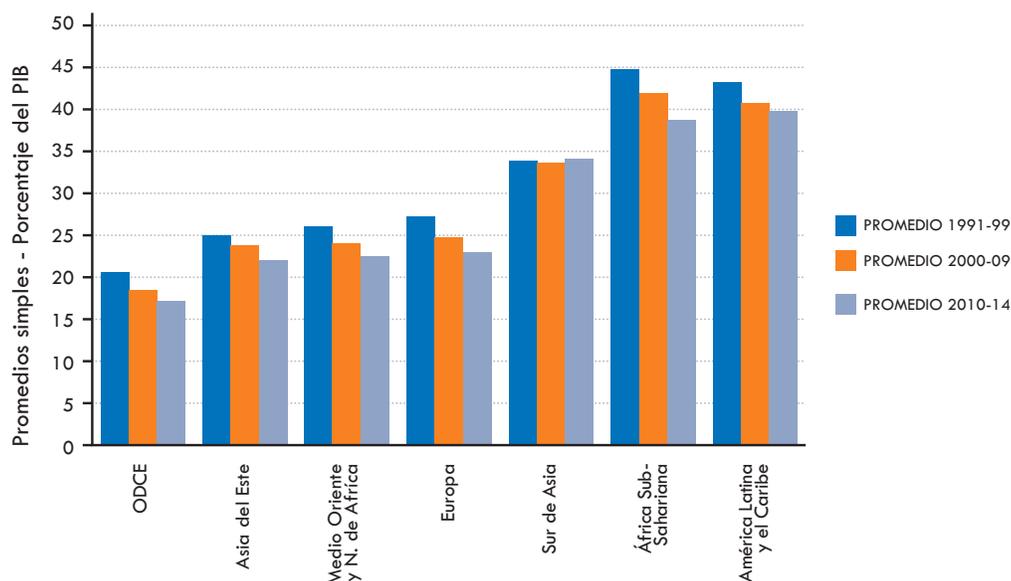


Fuente: CEPAL, 2017

El empleo fue quizás uno de los aspectos que mayor afectación tuvo con esta situación. Según cifras de la CEPAL, la región experimentó el mayor aumento de la tasa de desempleo urbano de las últimas dos décadas (CEPAL, 2017). El Gráfico 14 también evidencia que la tasa de desempleo urbano de los países de América Latina y el Caribe disminuyó de manera constante desde 2009 hasta 2014, pasando de una tasa cercana al 10 %, a estar por debajo del 7 %. Sin embargo, este avance en materia de empleo obtenido en 5 años se revertió en tan solo 2 años, al punto que para 2016 la tasa de desempleo urbano de la región estaba nuevamente en niveles cercanos a los obtenidos en 2009.

Una fuerte caída en las tasas de crecimiento del PIB de la región, sumado a un incremento sustancial en las tasas de desempleo, sin duda genera efectos negativos en otro tipo de indicadores como la pobreza, la desigualdad y los niveles de informalidad, siendo este último uno de los fenómenos que más afecta el tejido empresarial de los países de América Latina y el Caribe. Dicho proceso de recogimiento del mercado laboral formal sumado a la caída de las tasas de crecimiento de los países latinoamericanos hacen que el mercado laboral informal incremente su participación en el conjunto de la economía de los países. Esto, como se ha mencionado antes, tienen efectos importantes de cara a lo preparados que estén los países para una protección económica para la vejez de su población. Es tal la incidencia que tiene la economía informal² en la región que, según cifras del Fondo Monetario Internacional (FMI, 2017), esta representó el 40 % del PIB para el periodo 2010-2014, seguida de África subsahariana con el 38 % y el Sudeste asiático con el 34 %. En contraste, en los países de la OCDE durante el mismo periodo, la economía informal representó el 17 %, 23 puntos porcentuales menos que Latinoamérica y el Caribe (Gráfico 15).

Gráfico 15: Economía informal como porcentaje del PIB por regiones del mundo³



Fuente: FMI: Fondo Monetario Internacional, 2017

2. El estudio realizado por el Fondo Monetario Internacional define la economía informal como las actividades que son desarrolladas por: (1) empresas domésticas que tienen alguna producción a valor de mercado pero no registrada; y (2) más ampliamente, producción subterránea, en la cual las actividades productivas son realizadas por empresas legalmente registradas, pero pueden ocultarse de las autoridades para evitar el cumplimiento de las regulaciones o el pago de impuestos, o aquellas que son simplemente ilegales.

3. En este caso, el FMI utilizó como metodología de medición de la informalidad el modelo conocido como MIMIC desarrollado por Frey y Weck-Hanneman (1984), que se utilizó para estimar el tamaño de la economía informal en los países de las OCDE.

Para poder analizar con detenimiento el fenómeno de la informalidad, primero es necesario hacer algunas aclaraciones. En primera instancia, las definiciones de economía informal, sector informal o empleo informal normalmente hacen referencia a un heterogéneo número de regulaciones (laborales, seguridad social, impuestos o de la operación de los negocios) que no son cumplidas por alguno de los actores de la economía. Una de las definiciones que más circulan a nivel internacional es la que utilizó el FMI en el estudio mencionado anteriormente y que se centra en el tipo de actividad que realizan las empresas⁴.

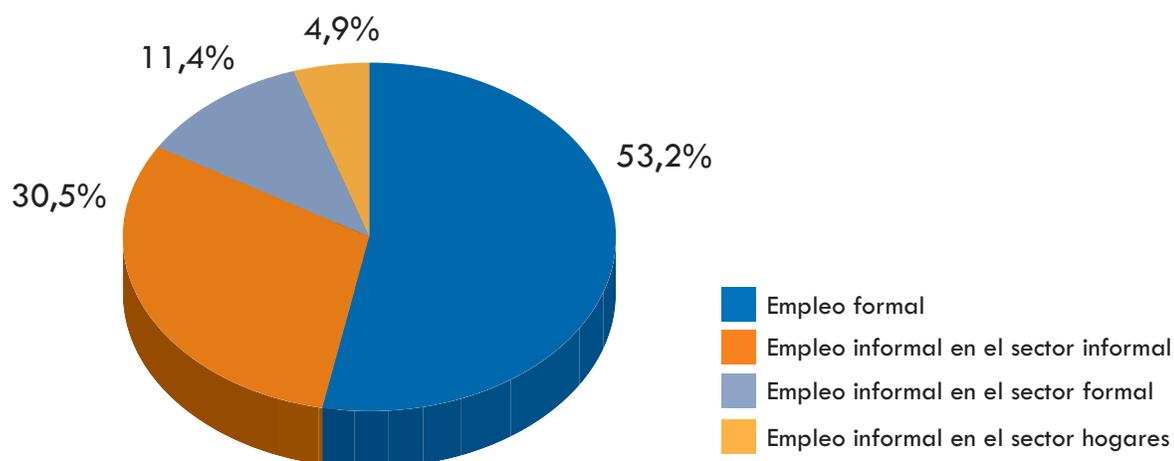
Esta es conocida como economía no observada o economía subterránea y ha sido ampliamente definida y utilizada por autores como Schneider, Buehn, y Montenegro (2010), quienes han hecho ejercicios de comparación del tamaño de este tipo de economía entre varios países en el ámbito internacional. Es importante tener en cuenta que dicha transformación del concepto de informal a subterráneo cobra sentido cuando se utiliza el término para definir esa gama de relaciones laborales que se encuentran entre la formalidad y la informalidad, así como las actividades que desarrollan las empresas.

Por otra parte, organismos internacionales como la Organización Internacional del Trabajo (OIT), con el objetivo de entender (pero sobre todo de proponer soluciones), también ha estudiado y definido la economía informal. El término “economía informal”, introducido en la Conferencia Internacional del Trabajo de 2002, hace referencia a “todas las actividades desarrolladas por trabajadores y unidades económicas que están —en la ley o en la práctica— no cubiertos o insuficientemente cubiertos por acuerdos formales” (OIT, 2012). La definición de economía informal de la OIT divide el concepto en dos partes. La primera de ellas está relacionada con la forma como las unidades económicas o empresas se organizan y funcionan. En términos generales, estas unidades económicas se caracterizan por no tener una personería jurídica, no llevar una contabilidad auditable, es decir, no están registradas conforme a la legislación y las normas del país en el que operan. Al conglomerado de este tipo unidades es el que la OIT denomina como sector informal.

La otra cara de la moneda de este enfoque es analizada desde el punto de vista de los puestos de trabajo. Este hace referencia a las formas de empleo que se encuentran al margen del conjunto de normas laborales definidas en la reglamentación nacional o internacional. El criterio más representativo de este enfoque es el no pago de la seguridad social como producto de la relación laboral. El tipo de empleos que se configuran en esta modalidad son definidos por la OIT como empleos informales. Más adelante en este capítulo se profundiza sobre los distintos enfoques y las definiciones que existen alrededor de la economía informal.

4. De acuerdo con Schneider y Enste (2000), estas actividades se clasifican en actividades legales e ilegales. Las ilegales a su vez, se dividen en aquellas que generan transacciones monetarias y las que no. Entre las primeras se encuentran: el comercio de bienes robados, tráfico y fabricación de drogas; prostitución; juegos de azar; contrabando y fraude. El segundo grupo hace referencia a: trueque: drogas, bienes robados, contrabando, producción de drogas para autoconsumo y robo de uso propio. En cuanto a las actividades legales, se clasifican entre las que evaden y las que eluden impuestos. Los casos más frecuentes de evasión se presentan, según estos autores, con los ingresos no declarados de trabajo por cuenta propia, sueldos, salarios y activos de trabajo no declarados en relación con bienes y servicios legales. Por elusión, hace referencia a los descuentos para empleados y beneficios marginales no declarados.

Gráfico 16: América Latina y el Caribe (14 países): tasa de empleo informal no agrícola por sectores. 2013



Fuente: Organización Internacional del Trabajo (OIT), 2017, según información de las encuestas de hogares de los países

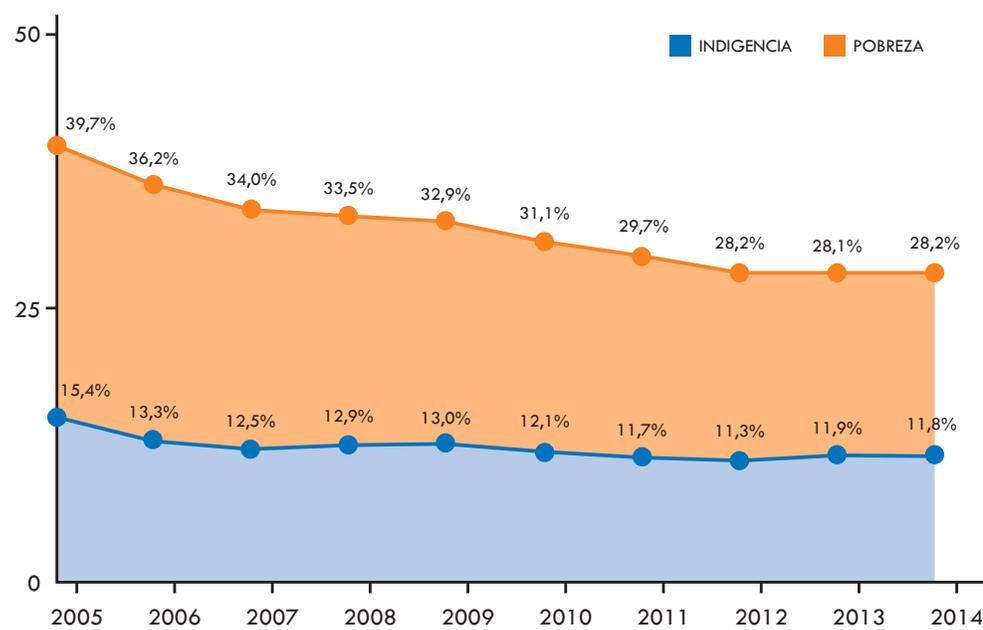
En la definición de economía informal de la OIT se puede concluir que los empleos informales se pueden generar tanto en el sector formal como en el informal. Para 2013, por ejemplo, según la OIT, en una muestra realizada en 14 países de América Latina y el Caribe, el empleo informal (no agrícola⁵) generado en ambos sectores representaba el 46,8 % del total de los empleos generados en la región. Como muestra el Gráfico 16, gran parte del empleo informal se encuentra en el sector informal, es decir en unidades económicas que no están registradas legalmente. Sin embargo, llama la atención que 11,4 % del empleo informal se produce en empresas que hacen parte del sector formal.

Estos elevados niveles de informalidad, tanto desde el enfoque de los puestos de trabajo como desde las unidades de negocio, generan fuertes efectos para la economía de un país a nivel individual, empresarial y estatal. Desde la primera óptica, la informalidad implica una disminución significativa en los niveles de ingreso de los trabajadores, al ser trabajos mal remunerados y, por definición, sin acceso a seguridad social; ambos escenarios incrementan el grado de vulnerabilidad de los trabajadores, así como la posibilidad de caer en situación de pobreza. Desde el punto de vista de las empresas, operar en el sector informal implica no tener acceso a fuentes de financiación en el sector financiero, no poder recibir beneficios tributarios por parte del Estado, no pertenecer a gremios o asociaciones que protejan sus intereses y la incapacidad de crecer de manera sostenida en el tiempo.

5. En el informe *Panorama Laboral Temático: Transición a la formalidad en América Latina y el Caribe (2014)* la OIT solo incluye el empleo informal no agrícola. El empleo informal en la agricultura presenta particularidades que es necesario analizar con mayor detalle.

Para finalizar, para el Estado las consecuencias de la informalidad desde ambos enfoques se ven reflejados principalmente en una significativa disminución de sus ingresos fiscales y en los indicadores de productividad de la economía o incluso en los niveles de pobreza de la población. La correlación que existe entre las variables empleo y pobreza es alta si se tiene en cuenta que, para muchas personas en condiciones de alta vulnerabilidad, acceder a un empleo formal implica de manera directa estar o no en condiciones de pobreza monetaria o incluso de pobreza monetaria extrema. Esto genera una serie de retos para el Estado, que debe procurar tanto la protección de esta población como la inclusión dentro de los círculos de la formalidad (tanto en el puesto de trabajo como de las empresas).

Gráfico 17: Pobreza e indigencia en América Latina. Porcentaje del total de población en situación de indigencia y pobreza



Fuente: CEPAL - Sobre la base de encuestas de hogares de los países, Banco de Datos de Encuestas de Hogares (BADEHOG)

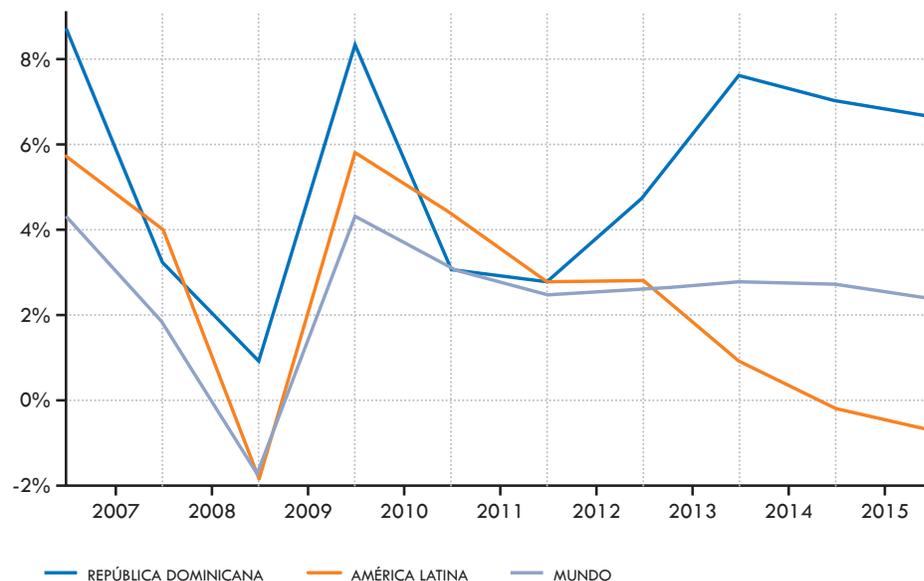
Según cifras de la CEPAL (Gráfico 17), los niveles de pobreza e indigencia de la región han disminuido en los últimos 10 años. En el caso de la pobreza, el Gráfico 17 muestra cómo el porcentaje de personas que viven en esta condición en América Latina pasó del 39,7 % en 2005 al 28,2 % para 2014. Esto implica una disminución de más de 11 puntos porcentuales en 10 años. En cuanto a las personas que viven en la indigencia, tuvo una disminución de tan solo 3,6 % durante el mismo periodo, al pasar del 15,4 % en 2005 al 11,8 % en 2014.

3.3 El caso de República Dominicana

En los últimos años, República Dominicana ha sido uno de los países de la región con mejor comportamiento en términos de crecimiento económico. Según datos del Banco Mundial, República Dominicana ha gozado de una de las tasas de mayor crecimiento en América Latina y el Caribe en los últimos 25 años. Durante el período 2001-2013, el crecimiento permaneció a una tasa promedio de 5,1 %, lo cual sitúa la economía dominicana en cuarto lugar en el grupo de mayor desempeño en crecimiento (después de Panamá, Argentina y Perú) (Banco Mundial, 2016).

Aunque República Dominicana también se vio afectada por la crisis mundial de los años 2008-2009, la contracción no se dio en la misma medida que sufrió la región y el mundo en general. Como evidencia el Gráfico 18, el comportamiento de la economía dominicana antes de la crisis de finales de la década del 2000 fue similar al del resto de América Latina y el Caribe. Sin embargo, a partir de ese momento, sus tasas de crecimiento han sido mayores.

Gráfico 18: Tasas de crecimiento económico de República Dominicana en comparación con el resto de países de América Latina y el Caribe y el mundo



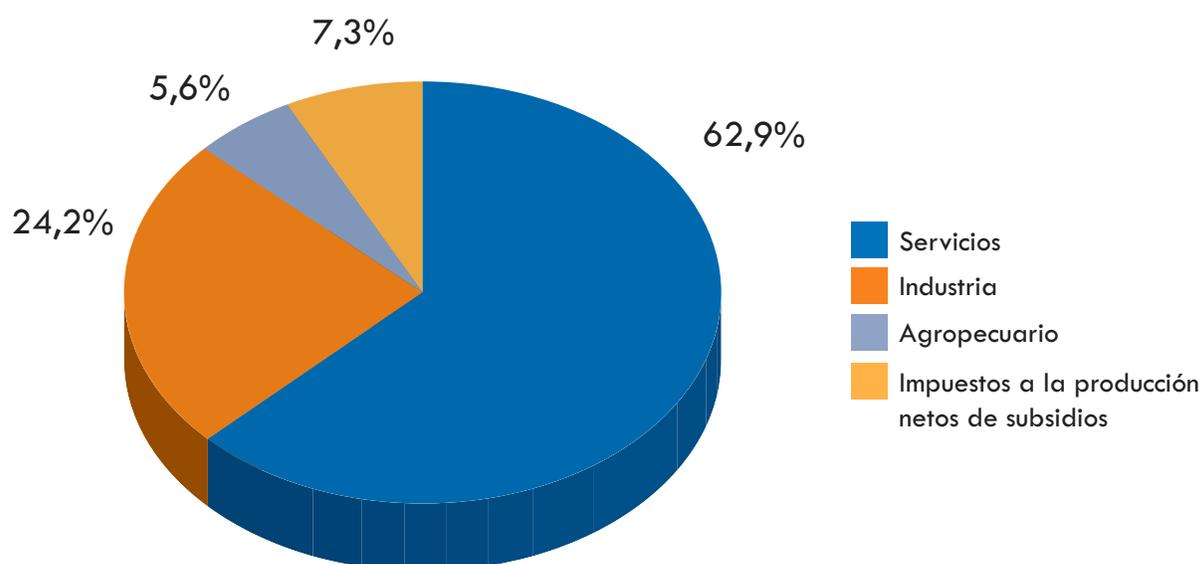
Fuente: Banco Mundial (2015)

Es así como República Dominicana ha logrado tener tasas de crecimiento por encima del 6% en los últimos años, mientras que a nivel global apenas supera el 2%, y en América Latina y el Caribe hay una clara tendencia a la baja, incluso de llegar a tener periodos con tasas negativas. El destacado desarrollo de la economía dominicana ha sido impulsado principalmente por el sector de los servicios. Según datos del Banco Central de República Dominicana, en 2016 este sector representó el 62,3% del Producto Interno Bruto. El Gráfico 19 muestra, para el año 2016, la participación porcentual que tuvo cada uno de los sectores en el valor total del PIB dominicano.

Los subsectores que más representación tuvieron en este periodo dentro de los servicios fueron el comercio (8,9%), las actividades inmobiliarias (8,5%), el transporte y almacenamiento (8,2%) y hoteles, bares y restaurantes (7,8%). En cuanto a la industria, las manufacturas (10,2%) y la construcción (8,7%) son los más destacados.

En términos de generación de empleo, el sector servicios es el que crea el mayor número de empleos, tanto formales como informales, situación que está directamente relacionada con el hecho de que este es el sector que más aporta al PIB, tal como lo muestra el Gráfico 19. En términos de informalidad, el sector que presenta las mayores tasas es de la agricultura que para el 2016 fue del 83,5%; mientras que en los servicios en promedio se presentó una tasa del 49,0%. La industria por su parte presentó un valor muy similar al de los servicios con una tasa de informalidad del 46,3%.

Gráfico 19: Composición del Producto Interno Bruto por sector económico. 2016



Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Central de la República Dominicana (2016)

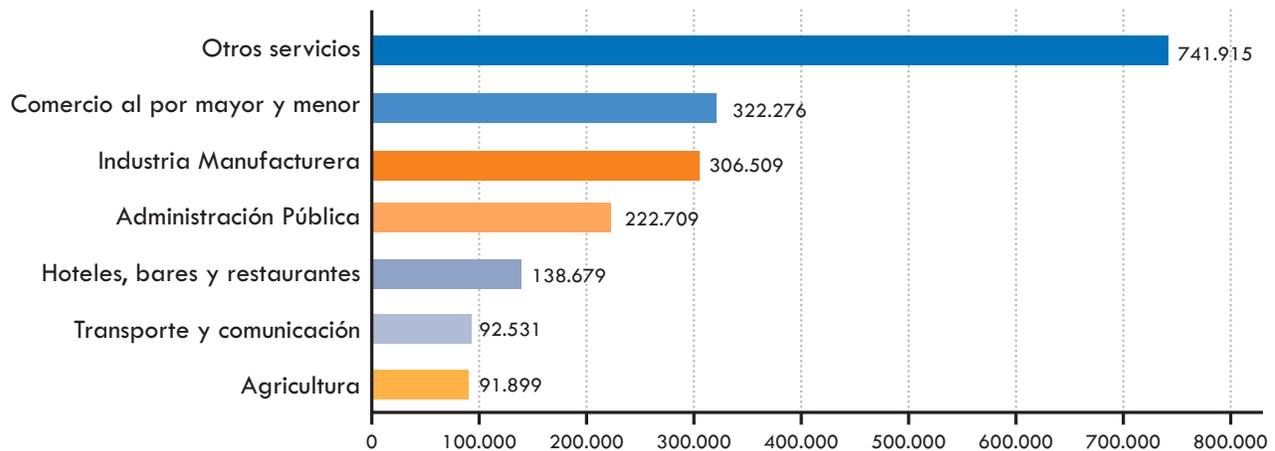
Al analizar internamente los datos de cada sector y los subsectores que lo componen, se encuentra que el sector de servicios es el principal empleador formal y el comercio es el subsector con mayor peso (Gráfico 20)⁶. En 2016, trabajaron en el comercio 322.276 personas, cifra que representa el 15,4 % del total de empleos formales existentes durante este periodo. Los otros grandes generadores de empleos formales dentro de los servicios fueron los subsectores de hoteles, bares y restaurantes con 138.679 empleos y servicios de transporte y comunicaciones con 92.531. En otro tipo de servicios se emplearon durante este mismo periodo 741.915 personas.

Estas cifras indican que en 2016 el sector servicios aportó 62,9 % del Producto Interno Bruto y generó más del 75 % de los empleos formales en República Dominicana. El resto de la población en etapa productiva se empleó en especial en la industria manufacturera, que vinculó formalmente a 306.509 personas.

Por su parte, el sector público y la agricultura ocuparon 222.709 y 91.899 personas, respectivamente. El resto de la población se ocupó en labores relacionadas con la intermediación financiera (86.344), la construcción (53.364), electricidad, gas y agua (34.962) y la explotación minera (6.167). En total durante 2016 se ocuparon en el sector formal en República Dominicana 2.097.355 personas.

6. El Banco Central de República Dominicana incluye en el sector formal a todos los ocupados asalariados que laboran en establecimientos con cinco o más trabajadores, además a los trabajadores por cuenta propia y patronos que pertenecen a los grupos ocupacionales: profesionales e intelectuales, gerentes y administrativos y profesionales y técnicos, independientemente del tamaño del establecimiento donde laboran.

Gráfico 20: Principales sectores generadores de empleo formal. 2016



Fuente: Banco Central de la República Dominicana (2016)

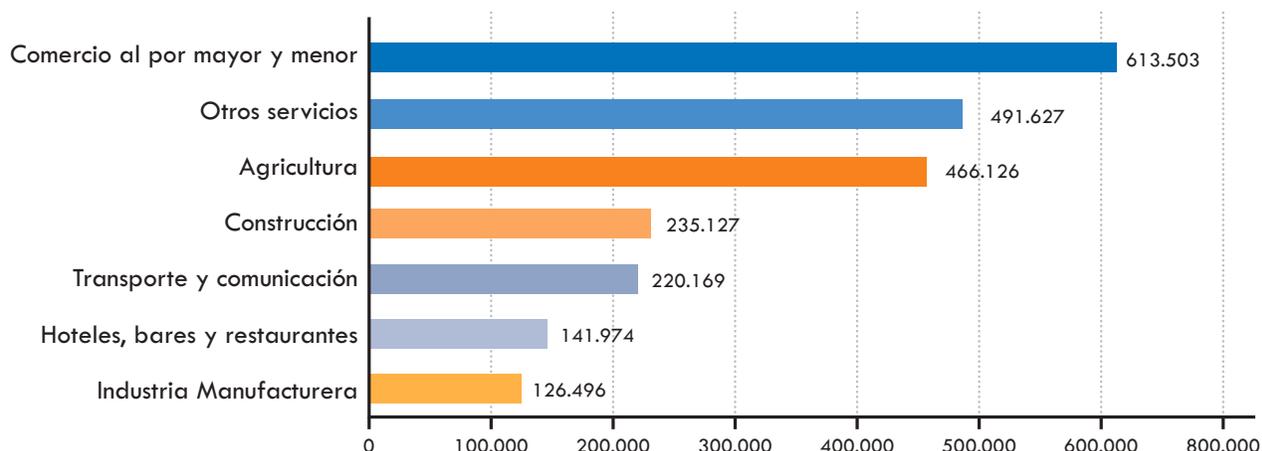
Por otra parte, según cifras del Banco Central, en total se ocuparon 2.317.165 millones de personas en el sector informal ⁷ en el 2016. Como muestra el Gráfico 21, los sectores que más personas ocuparon en este periodo fueron el comercio y la agricultura. Estos dos emplearon más de un millón de dominicanos (1.079.629) en trabajos informales. En otro tipo de servicios, incluyendo los subsectores de hoteles, bares y restaurantes y el de servicios de transporte y comunicaciones, se ocuparon 853.770 dominicanos. En cuanto a la industria, esta empleó de manera informal a 126.496 personas. El resto de los ciudadanos se ocuparon, de manera informal en el sector financiero y de seguros (19.720) y la explotación minera (2.423).

Un punto para resaltar es la alta informalidad que se presenta en el sector de la construcción. Durante 2016 en este sector se ocuparon más de 235.000 personas en condiciones de informalidad, mientras que en el sector formal tan solo se emplearon 53.364. Esta cifra indica que el 81,5 % de las personas que durante el 2016 trabajaron en este sector lo hicieron en condiciones de informalidad; dato que contrasta con otros sectores como el de intermediación financiera y seguros y el minero, que presentaron tasas de informalidad del 18,6 % y el 28,2 %, respectivamente. El sector de la construcción solo fue superado por la agricultura, que tuvo una tasa de informalidad del 83,5 %, pero, como se mencionó anteriormente, la OIT recomienda analizar el empleo agrícola desde otra perspectiva por las particularidades que este presenta.

Al analizar la evolución que ha tenido la tasa de desempleo y la generación de empleos formales e informales en República Dominicana, se puede observar que aunque la tasa de desempleo se ha mantenido estable (incluso disminuyó en los últimos tres años), el número de personas que aún continúa trabajando en la informalidad sigue siendo bastante alto.

7. El Banco Central de República Dominicana incluye en el sector informal a todos los ocupados asalariados que laboran en establecimientos de menos de cinco empleados, además de los trabajadores por cuenta propia y patronos que pertenezcan a los siguientes grupos ocupacionales: agricultores y ganaderos, operadores y conductores, artesanos y operarios, comerciantes y vendedores y trabajadores no calificados. En adición se incluye el servicio doméstico y los trabajadores no remunerados.

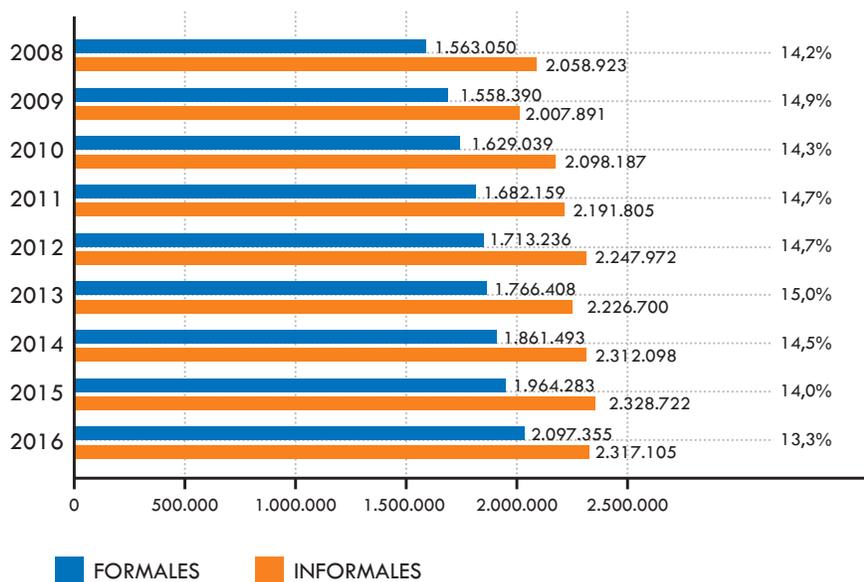
Gráfico 21: Principales sectores generadores de empleo informal. 2016



Fuente: Banco Central de la República Dominicana (2016)

Como muestra el Gráfico 22, en ninguno de los periodos analizados el número de personas ocupadas en el sector formal superó a los ocupados en la informalidad. Durante el periodo 2008-2016, el número de personas ocupadas en la informalidad fue superior a los dos millones de personas. Como se mostró en los Gráficos 20 y 21, aunque suene paradójico buena parte de estas personas laboran en sectores que también generan empleos formales. Con excepción del caso de la construcción, que es mayoritariamente informal, y de los empleos en el sector público, en el cual todos son formales, todos los demás sectores muestran diferentes composiciones entre empleos formales e informales.

Gráfico 22: Población ocupada por tipo de empleo y tasa de desempleo por año (número de personas y tasa en %)

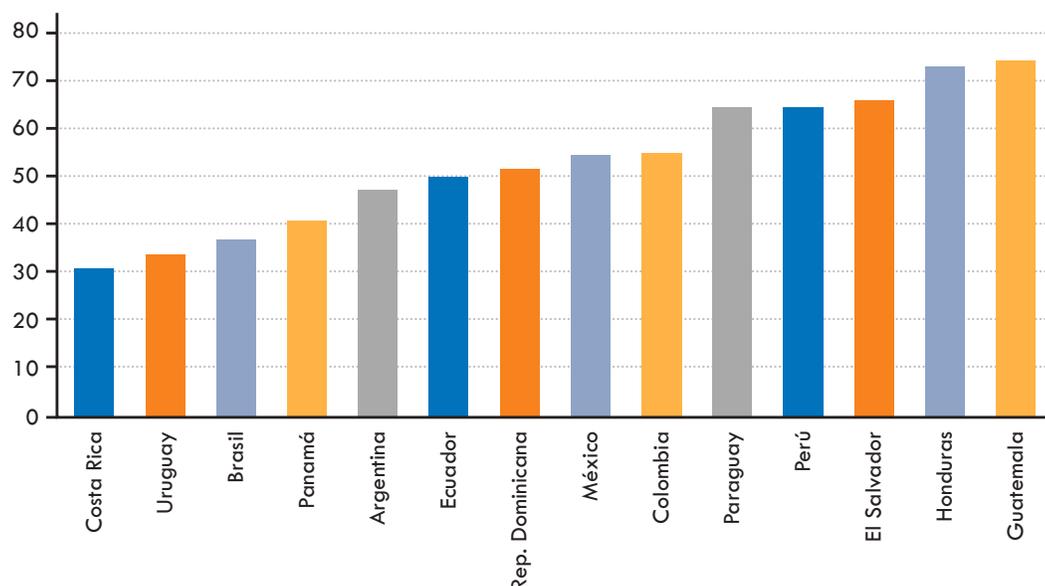


Fuente: Banco Central de la República Dominicana

Al comparar la situación de República Dominicana en materia de informalidad laboral con el resto de países de la región de América Latina y el Caribe, se puede evidenciar que a pesar de haber experimentado una de las mayores tasas de crecimiento económico en la región (promedio de 5,1 % en el periodo 2001-2013 según el Banco Mundial), esta situación no ha significado reducción significativa de los niveles de informalidad. Es así como su tasa de informalidad se redujo en tan solo 3 puntos porcentuales en un periodo de 5 años, al pasar de una tasa del 56,9 % en 2011 a una del 54,4 % en 2015 (ONE, 2015), muy por debajo de lo esperado con su crecimiento económico.

El Gráfico 23 corrobora esta situación al mostrar una comparación entre 14 países realizada por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en 2013. República Dominicana se encuentra justo en la mitad de la tabla al ocupar el séptimo lugar con una tasa de informalidad de 51,2 %. Si bien el país dominicano está muy lejos de los niveles de informalidad observados en países como Guatemala y Honduras (donde las tasas fueron 73,6 % y 72,8 %, respectivamente), tampoco se acerca a Costa Rica, que en el 2013 presentó una tasa de 30,7 %, siendo esta la menor de la muestra (OIT, 2014) ⁸.

Gráfico 23: Tasa de informalidad laboral (no agrícola) por país. 2013



Fuente: Organización Internacional del Trabajo con base en información de las encuestas de hogares de los países, 2013

En cuanto a las posibles causas que explican los altos niveles de informalidad que caracterizan los mercados laborales de América Latina y el Caribe, un sinnúmero de autores y organismos multilaterales coinciden en que los pobres resultados en materia de cobertura y calidad de la educación es, quizá, la que mayor peso tiene. En su informe *Education at Glance 2017* (OECD, 2017), la OECD afirma por ejemplo que, en promedio en sus países miembros, el 82 % de las personas con educación superior está empleada, en comparación con el 77 % de las que tienen un nivel educativo secundario y el 57 % de quienes están por

8. Como se explicó previamente en el capítulo, esta medición utilizada por la OIT incluye el empleo informal creado tanto en el sector formal como el informal y el empleo informal del sector hogares. En esta medición se utilizaron datos para la Población Ocupada de 15 años a más de los 14 países. Incluye el servicio doméstico y los trabajadores no remunerados.

debajo de esta última. Estas cifras evidencian que la probabilidad de conseguir un empleo formal está directamente relacionada con el nivel de formación de las personas.

Al respecto, ni América Latina ni República Dominicana salen bien librados. A nivel regional, una reciente publicación del Banco Interamericano de Desarrollo (BID, 2015) afirma que: En promedio, el 55 % de los adultos jóvenes (25-34 años) y el 76 % de los adultos que tienen entre 55 años y 64 años poseen una formación menor a la educación secundaria completa (2009-2010), aunque existen importantes diferencias entre los países de la región. En comparación, las cifras son del 37 % y el 18 % en el promedio de la OCDE (BID, 2015, p. 101).

En el caso particular de República Dominicana y de acuerdo con la CEPAL, el 38,3 % de la Población Económicamente Activa ampliada tenía en 2014 algún grado de educación primaria (8 o menos años de escolaridad); un 35,3 % contaba con 9 y hasta 12 años de escolaridad, el 20,6 % tenía algún nivel de formación universitaria y, sin ningún nivel, el 5,8 % (cuadro 5).

Cuadro 5: Volumen y distribución de la PET, la PEA, ocupados y desocupados, según nivel educativo. 2014

| Nivel educativo | PET | | PEA ampliada | | Ocupados | | Desocupados ampliados | |
|-----------------|-----------|------------|--------------|------------|-----------|------------|-----------------------|------------|
| | Absoluto | Porcentaje | Absoluto | Porcentaje | Absoluto | Porcentaje | Absoluto | Porcentaje |
| Primario | 3.977.366 | 46,6 | 1.884.817 | 38,3 | 1.656.872 | 39,6 | 227.945 | 31,0 |
| Secundario | 2.678.452 | 31,4 | 1.734.316 | 35,3 | 1.396.983 | 33,4 | 337.333 | 45,9 |
| Universitario | 1.316.659 | 15,4 | 1.014.870 | 20,6 | 870.439 | 20,8 | 144.431 | 19,7 |
| Ninguno | 556.362 | 6,5 | 283.241 | 5,8 | 258.427 | 6,2 | 24.814 | 3,4 |
| Total | 8.528.839 | 100 | 4.917.244 | 100 | 4.182.721 | 100 | 734.523 | 100 |

Fuente: Elaboración propia de la CEPAL a partir de la ENFT: Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo 2014. Banco Central de la República Dominicana, 2014

3.4 Consecuencias de la informalidad

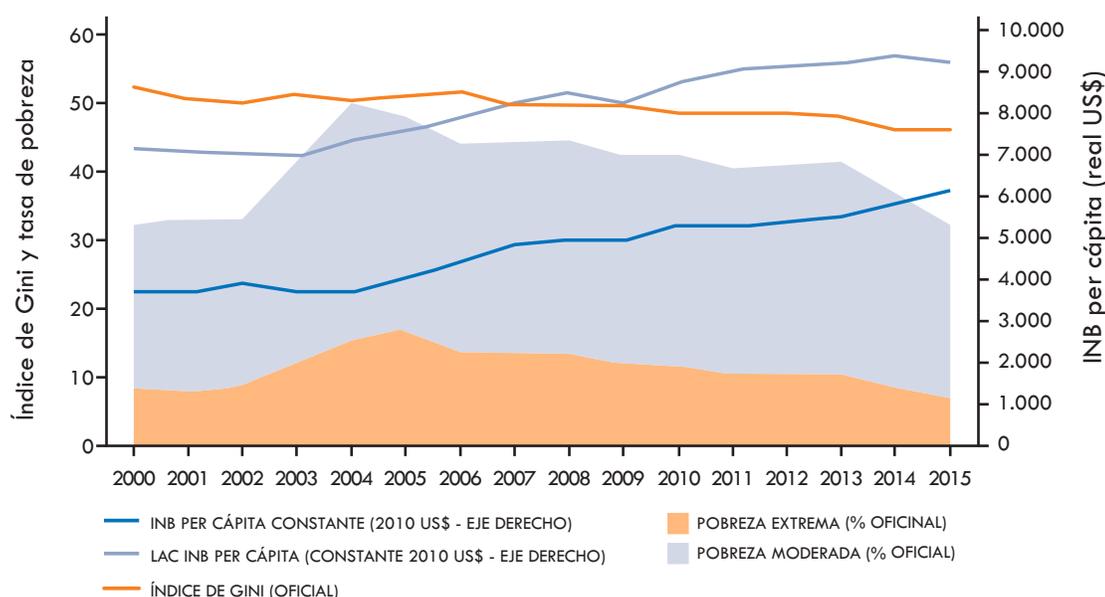
Las consecuencias de la informalidad pueden evidenciarse a nivel personal, empresarial y estatal. Para el Estado dominicano es altamente costoso, desde una perspectiva social y financiera, no contar con políticas y estrategias eficientes para disminuir sus niveles de informalidad, toda vez que esto genera inconvenientes desde el punto de vista fiscal en el corto y largo plazo. En el corto plazo, la informalidad tiene efectos directos en el presupuesto de la nación, en la medida en que sus ingresos tributarios disminuirán como consecuencia del no pago de impuestos por parte de los empleadores y de los trabajadores por cuenta propia. Esta situación hace que los recursos disponibles para implementar, por ejemplo, proyectos de inversión social o de infraestructura sean cada vez más escasos. En el largo plazo, aquellos trabajadores que durante su vida laboral estuvieron siempre en la informalidad no lograrán cumplir los requisitos mínimos en términos de semanas cotizadas para obtener una pensión. Esto genera de forma directa una carga adicional para el Estado, dado que estos ciudadanos muy probablemente no tendrán ningún tipo de mecanismo de protección económica para la vejez y, por ende, tendrán que acudir a los programas de pensiones no contributivas o subsidiadas para obtener algún tipo de ingreso.

A nivel empresarial, la principal consecuencia está relacionada con los niveles de productividad. Los empleos informales se caracterizan por ser altamente improductivos, en la medida en que son realizados por personal que, si bien le puede representar un menor costo para los empresarios vía evasión de impuestos y no pago de seguridad social, no cuenta con los conocimientos ni el nivel mínimo de formación y cualificación para realizar una labor determinada dentro de una empresa.

Finalmente, a nivel individual las principales consecuencias se manifiestan en los niveles de pobreza de los trabajadores y los altos niveles de inequidad en la sociedad. Una nación donde, según cifras del Banco Central de la República Dominicana (2016) 2,3 millones de personas trabajaron en la informalidad y donde, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples ENHOGAR (2015), se estima que tan solo el 22,3 % de la población de 15 años y mayores tiene nivel educativo superior, difícilmente puede disminuir el número de personas que viven en condiciones de pobreza. Aunque son muchos los ciudadanos que lograron superar esta condición como consecuencia del auge económico vivido en años anteriores, las cifras aún siguen siendo altas en comparación con otros países de la región. Según datos oficiales de la ONE, para 2015 el nivel de pobreza monetaria en República Dominicana fue 32,3 %, mientras que la pobreza extrema era 7 %.

En términos de desigualdad, aún son grandes los retos por enfrentar. Aunque hay evidencia de algunos avances —el GINI, índice ampliamente utilizado para medir el nivel de concentración y desigualdad en el ingreso de un país, disminuyó en República Dominicana en el periodo comprendido entre el 2000 y el 2015, al pasar de 0,507 a 0,455—, estas cifras también indican que los significativos avances alcanzados en materia económica durante décadas no fueron lo suficientemente incluyentes para beneficiar a un mayor número de dominicanos. Como muestra el Gráfico 24, en los últimos 15 años este indicador no disminuyó en la misma proporción que lo hicieron los niveles de pobreza y de indigencia.

Gráfico 24: Niveles de pobreza y desigualdad en República Dominicana



Fuente: Comité Técnico Interinstitucional de Medición de la Pobreza (CTP) e indicadores de desarrollo mundial (WDI)

En conclusión, se puede evidenciar que a pesar del auge económico que experimentó República Dominicana en los últimos años, este no fue suficiente para crear mayores empleos en el sector formal ni para reducir los índices de pobreza e inequidad que afectan gran parte de la población. Esto, más allá de generar polémica, pretende poner énfasis en las oportunidades de mejora que se abren con el desarrollo económico y resaltar que, si bien República Dominicana ha mostrado mejoras en sus indicadores socioeconómicos, aún hay muchos elementos por mejorar.

4. Marco teórico del mercado laboral

En esta sección se realiza una revisión de diversos documentos a nivel nacional y regional que permitirán tener mayor claridad sobre conceptos como la informalidad, las tasas de desempleo y de ocupación y cómo estos se relacionan con los niveles de ingreso y de pobreza de los dominicanos. Esta revisión de literatura posteriormente se contrasta con información cuantitativa y cualitativa que permite establecer diferencias por regiones, sexo y edades. Este análisis, al final, permitirá determinar el nivel de preparación económica que tienen las personas en República Dominicana para enfrentar la vejez.

4.1. Características del mercado laboral dominicano: envejecimiento e informalidad

En primera instancia es necesario caracterizar el mercado laboral dominicano. Su potencial se puede estimar por el tamaño de la población en edad de trabajar (PET). De acuerdo con el Sistema de Indicadores Sociales de la República Dominicana SISDOM 2016, en la página de internet del MEPYD:

La población en edad de trabajar (PET) constituye la oferta disponible de fuerza de trabajo de la economía nacional, incluyendo tanto a la población económicamente activa (PEA) como la población inactiva o no económicamente activa (PNEA). Salvo que se indique lo contrario, los registros estadísticos presentados sobre la PET, así como las variables relacionadas, se refieren a la población de 10 años y más (SISDOM, consultado: 21/08/2018).

Vale la pena resaltar que en algunas encuestas internas y por recomendación de la OIT, se toma como edad mínima para trabajar 15 años. Esta edad puede variar entre países o incluso entre zonas rurales y urbanas, como es el caso de Colombia, en donde para las zonas urbanas es de 12 años y en las zonas rurales es 10.

Por su parte, la Población Económicamente Activa (PEA), según la misma fuente, es aquella población en edad de trabajar que durante el período de referencia se encontraba trabajando en alguna actividad económica o buscaba trabajo activamente (SISDOM, consultado 21/08/2018). En este punto es importante mencionar que, en el caso de República Dominicana, la Población Económicamente Activa se divide en abierta y ampliada. La primera se define como la PET que durante el período de referencia se encontraba trabajando en alguna actividad económica o buscaba trabajo activamente, mientras que la ampliada hace referencia a la Población en Edad de Trabajar que durante el período de referencia se encontraba ocupado en alguna actividad económica, buscando activamente trabajo o disponible para el trabajo. En otras palabras, la PEA ampliada incluye a las personas desempleadas y aquellas que,

aunque no estuvieron buscando empleo activamente, hubieran aceptado trabajar de inmediato si alguien les ofreciera un empleo. Entidades como el Banco Central de la República Dominicana vienen utilizando desde hace varios años como medida oficial la PEA abierta. Para efectos de análisis y teniendo en cuenta la disponibilidad de información de encuestas oficiales, en el marco del presente estudio se utilizará esta misma definición y en algunos casos específicos, se hará la diferencia con la PEA ampliada.

Es importante hacer esta aclaración porque del concepto de PEA se derivan dos importantes indicadores necesarios para analizar el mercado laboral: la tasa de ocupación y la tasa de desempleo. La primera de ellas es definida por el SISDOM como:

Proporción de la población que está ocupada en alguna actividad económica respecto a la población en edad de trabajar. Por su parte, la tasa de desocupación o desempleo se define como la proporción que representa la población desocupada y que buscó trabajo activamente en la fuerza de trabajo sobre la población económicamente activa abierta total (SISDOM, consultado 21/08/2018).

Es importante analizar y relacionar estos dos indicadores del mercado laboral con el proceso de envejecimiento porque permiten tener información sobre el número absoluto y relativo de personas de 60 años o más en República Dominicana que están aún trabajando o buscando empleo. Autores como Cotlear (2011) afirman que la tasa de ocupación durante la vejez tiene una alta correlación con factores como la educación, el nivel socioeconómico, el sexo y la necesidad de seguir trabajando porque no se tiene alguno de los mecanismos de protección económica para la vejez, como una pensión, activos o ayuda familiar.

Para el periodo 2015, por ejemplo, según las cifras de CELADE para República Dominicana, la tasa de ocupación para los hombres y las mujeres de 60 años o más fueron 65,4 % y 21,9 %, respectivamente. Estas cifras evidencian que, si bien hay diferencia entre hombres y mujeres, en términos generales, un importante porcentaje de las personas mayores en el país todavía continúa trabajando. Esta situación se explica, por un lado, porque los ciudadanos que lograron obtener una pensión consideran que los ingresos provenientes de su mesada no son suficientes para suplir sus necesidades básicas o las de sus familias. Por otro lado, y que es el caso de la mayoría, algunas personas no lograron completar los requisitos mínimos para poder acceder a una pensión y, por ende, tienen que seguir trabajando incluso hasta después de los 70 años.

Estas cifras se detallan más adelante en este capítulo. Al analizar con mayor detenimiento esta situación se puede evidenciar que el tipo de empleos que estas personas obtienen se caracteriza en primer lugar por ser en gran mayoría en el sector informal y, segundo, por sus bajos niveles de productividad y baja remuneración. Como se mencionó anteriormente, durante el periodo 2008-2016, el número de empleos generados en el sector formal en República Dominicana nunca fue superior a los que se generaron en el sector informal. No hay duda de que las alarmantes cifras en materia de informalidad que presentan los países de América Latina y el Caribe tienen un impacto directo en el proceso de preparación económica para la vejez de sus habitantes. Por ello es necesario entender y analizar con mayor detenimiento el concepto de la informalidad y cómo esta afecta la actual población mayor y las futuras generaciones.

4.2 La informalidad y sus enfoques

La informalidad es un fenómeno económico y social que ha sido analizado y estudiado por muchos autores. Es así como Maloney afirma que, a pesar de tres décadas de investigación, no se ha brindado un consenso sobre cuál es la definición o razón de ser del sector informal (Maloney, 2003). Esta situación ha hecho que el entendimiento de la informalidad se complejice a causa de la heterogeneidad de sus conceptos y formas de medición.

Un punto de partida para aclarar esta situación puede ser a partir de la diferenciación que existe entre el concepto de informalidad y de economía no observada o subterránea; dos nociones que en ocasiones son medidas y entendidas como una misma variable. La informalidad entendida con la lupa de la Economía No Observada (ENO) es un enfoque que se centra más en las actividades que desarrollan las empresas y que en la mayoría de los casos no solo incluye la economía informal sino también algunas actividades ilegales, pero no incluye actividades criminales como el narcotráfico, el contrabando o el lavado de activos. Este enfoque es ampliamente utilizado en los países desarrollados. Autores como Schneider y Hametner (2013) manifiestan que la economía subterránea o economía no observada comprende todas las actividades económicas de las empresas que, aunque son actividades legales, se adelantan por fuera del alcance de las autoridades de los gobiernos, como por ejemplo la subdelegación de las ganancias para evadir impuestos de renta. Otros autores como Giles (1998), Hernández (2009) y Davidescu (2013) argumentan que la naturaleza de No Observada de esta economía no solo dificulta su definición y medición, sino que también oscurece los efectos sobre la economía oficial.

Sin embargo, otros puntos de vista están de acuerdo en que este tipo de actividades deben ser tenidas en cuenta. Por ejemplo, Enste y Schneider (2000) destacan algunas de las razones por las que la Economía No Observada les concierne a los hacedores de política en la toma de decisiones. Estos argumentan que:

Un aumento de la economía no observada puede ser vista como una reacción de los individuos y empresas tras sentirse sobrecargados por las medidas del gobierno y optan por esta como opción de salida. Si la causa del incremento en el volumen de la ENO es ocasionada por la presión fiscal, puede terminar provocando una baja en la base tributaria, lo que causaría un efecto vicioso por el aumento del déficit o las tasas impositivas (Morla Martínez, 2014, p. 5).

Otro factor por el cual la informalidad vista desde esta perspectiva debe ser analizada es porque en muchos países puede llegar a representar un alto porcentaje de la producción nacional. En Europa, por ejemplo, según estimaciones de Schneider (2013), en 2013 este tipo de actividades alcanzaron a representar en promedio el 18,5 % del Producto Interno Bruto. Otros autores como Elgin y Oztunali (2012) estiman que, a nivel mundial, en promedio la Economía No Observada puede representar hasta el 36,5 % del PIB. Para el caso de la región de América Latina y el Caribe, este valor puede llegar a ser 45,5 % del PIB. En República Dominicana específicamente, autores como Schneider y Böhn (2007), Elgin y Oztunali (2012) y Alm y Embaye (2013) realizaron varias estimaciones que representaron el 32,2 %, 40,3 % y 34,3 %, respectivamente.

De acuerdo con Enste y Schneider (2000), una de las principales consecuencias de la Economía No observada radica en el efecto que esta tiene sobre las estadísticas y estimaciones que hacen los gobiernos para tomar decisiones de carácter económico, político, legal o social. El hecho de contar con una ENO robusta puede distorsionar de manera significativa los resultados de indicadores relacionados con variables como el empleo, los niveles de ingreso de la población o el número de entidades que conforman el tejido empresarial de un país. El resultado esperado de las políticas y los programas que sean diseñados y soportados en información y datos que no incluyan este tipo de economía pueden traer consecuencias contraproducentes.

Desde el punto de vista tributario y fiscal, un aumento de la economía subterránea puede afectar los ingresos de los países en dos niveles. Por un lado, existe una gran cantidad de pequeñas empresas que operan en la informalidad o en la clandestinidad que no realiza ningún pago de impuestos. Esta situación puede traer como respuesta por parte del Estado el incremento de las tasas impositivas a la economía formal y, como efecto colateral, algunas de estas empresas pueden optar por cerrar sus negocios y realizar sus inversiones en otros países. Por otro lado, para los trabajadores la economía oculta es una permanente tentación en la medida en que podría implicar un mayor ingreso neto en el corto plazo, pero graves consecuencias en el largo plazo en términos de acceso a una pensión o de poder migrar a empleos mejor remunerados en el sector formal.

Se puede concluir que el enfoque de informalidad asociado a la Economía No Observada puede ser valioso en algunos contextos, sin embargo, en una lógica de envejecimiento, quizá sea más adecuado abordar la informalidad desde otros enfoques. Este es el que tiene que ver con las relaciones laborales (informalidad laboral) y las características de las unidades de producción (sector informal). Esta dimensión cuenta con información y literatura amplia, actualizada y aplicada a los mercados de trabajo de los países latinoamericanos. Adicionalmente, este enfoque, más laboral que empresarial, tiene una mayor relación con los mecanismos de protección económica para la vejez de las personas y, al final, es el concepto aplicado por las entidades oficiales (Banco Central y ONE) en República Dominicana. Por estas razones, para efectos del presente documento, se utiliza este enfoque de informalidad. A continuación, se hace un análisis más detallado sobre las distintas visiones y concepciones que existen al respecto.

4.3 Informalidad: definiciones

El enfoque de informalidad basado en las unidades económicas y las relaciones laborales a su vez ha sido ampliamente estudiado y examinado por un amplio número de autores y organismos internacionales. Uno de ellos es el Banco Mundial que en 2007 publicó un documento denominado *Informalidad: Escape y Exclusión*⁹. Allí los autores reconocen la variedad de conceptos y nociones que existen alrededor de la informalidad, sin embargo, indican que existen tres niveles claves por ser tenidos en cuenta a la hora de hacer cualquier análisis en torno a la informalidad: los trabajadores, las microempresas y las empresas.

9. Los autores del documento son: Guillermo E. Perry; William F. Moloney; Ómar S. Arias; Pablo Fajnzylber; Andrew D. Mason y Jaime Saavedra-Chanduvi.

Con respecto a los trabajadores, Perry et al. (2008) manifiestan que estos tres niveles a su vez se clasifican en dos grupos. En el caso de los trabajadores se habla de:

- i) Trabajadores, especialmente los mayores y los jóvenes, que preferirían un trabajo con la protección laboral estándar, pero que son incapaces conseguir uno;
- ii) Trabajadores que han renunciado a empleos en el sector formal para empezar una microempresa, para ser sus propios jefes, ganar más dinero y evitar hacer pagos a la protección social; y mujeres que dejan trabajos asalariados formales a cambio de la flexibilidad de balancear las responsabilidades en el hogar y las de la consecución de ingresos (Perry et al., 2008, p. 21).

A nivel de las microempresas, se presentan:

- i) Microempresarios sin intención de, o potencial para crecer y, por tanto, sin ninguna intención de involucrarse con las instituciones de la sociedad civil y
- ii) A quienes se ha imposibilitado su expansión a causa de excesivas barreras para registrarse con las entidades del Gobierno y que, por tanto, tienen acceso a otros insumos que ofrece el sector informal (Perry et al., 2008, p. 21-22).

Finalmente, a nivel empresarial los autores indican que existen

- i) empresas e individuos que evitan los impuestos u otras regulaciones, debido a que todos los demás lo hacen y debido a la débil y desigual aplicación de las leyes y
- ii) empresas que registran solo parte de sus trabajadores y parte de sus ventas –o declaran solo parte del salario de sus trabajadores– debido a excesivas cargas regulatorias (Perry et al., 2008, pp. 21-22).

Otra visión de la informalidad ampliamente utilizada y adoptada por muchos gobiernos en la región de América Latina y el Caribe para realizar mediciones y estimaciones es la creada por la Organización Internacional del Trabajo, OIT. Esta agencia especializada de las Naciones Unidas ha establecido claramente cuáles son las condiciones y directrices necesarias desde el punto de vista estadístico para definir la informalidad. Como primera medida, la OIT separa las dos concepciones que tiene este enfoque de informalidad que se mencionaron previamente y hacen referencia a las relaciones laborales (empleo informal) y las características de las unidades de producción (sector informal).

Para la OIT las unidades del sector informal tienen tres características fundamentales:

- I. Se dedican a la producción de bienes o la prestación de servicios con la finalidad primordial de crear empleos y generar ingresos para las personas que participan en esa actividad;
- II. Presentan rasgos característicos de las empresas de hogares, es decir, que el activo fijo y otros valores no pertenecen a la empresa en sí, sino a sus propietarios;
- III. Sus actividades no se realizan con la intención deliberada de eludir el pago de impuestos o de contribuciones a la seguridad social, o de infringir la legislación laboral y otras disposiciones legales o ciertas normas y procedimientos administrativos (OIT, 1993, p. 2).

Para la OIT, de acuerdo con las directrices adoptadas por la Decimoséptima Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo, el empleo informal es el tipo de empleo que se genera tanto en el sector formal como informal o en los hogares y que se caracteriza por:

- (i) trabajadores por cuenta propia dueños de sus propias empresas del sector informal;
- (ii) empleadores dueños de sus propias empresas del sector informal;
- (iii) trabajadores familiares auxiliares, independientemente de si trabajan en empresas del sector formal o informal;
- (iv) miembros de cooperativas de productores informales;
- (v) asalariados que tienen empleos informales ya que estén empleados por empresas del sector formal, por empresas del sector informal, o por hogares que les emplean como trabajadores domésticos asalariados y;
- (vi) trabajadores por cuenta propia que producen bienes exclusivamente para el propio uso final de su hogar, si están ocupados de acuerdo con el párrafo 9 de la Resolución sobre estadísticas de la población económicamente activa, del empleo, del desempleo y del subempleo adoptada por la Decimotercera CIET (OIT, 2003, p. 3).

Otro organismo internacional que ha estudiado ampliamente la informalidad es la OCDE. Esta la define como el conjunto de actividades de producción legales, voluntariamente disimuladas a las autoridades con la finalidad de evitar pagar impuestos a la renta, al valor agregado u otros impuestos; pagar contribuciones sociales; ajustarse a algunas normas jurídicas, como el salario mínimo o la cantidad máxima de horas de trabajo o las normas en seguridad y salud (Williams y Lansky, 2013). En el caso puntual de República Dominicana, las autoridades encargadas de hacer seguimiento a los indicadores del mercado laboral, entre ellos la informalidad, también hacen uso de un concepto que la aborda desde el punto de vista de las unidades de producción y de las relaciones laborales y que corresponde al criterio adoptado en la *Resolución sobre las estadísticas del empleo en el sector informal* de la XV Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo. Sin embargo, ponen especial énfasis en el número de empleos que generan las unidades económicas y los sectores en los que se desempeñan. Es así como el Banco Central de República Dominicana, en la Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo (ENFT) mediante la cual se realiza el seguimiento a varios indicadores del mercado laboral, define la población ocupada en el sector formal como:

Todos los ocupados asalariados que laboran en establecimientos con cinco o más empleados, además los trabajadores por cuenta propia y patronos que pertenezcan a los grupos ocupacionales: profesionales e intelectuales, gerentes y administradores, y profesionales y técnicos, independientemente del tamaño del establecimiento donde labora (ENFT, 2007, p. 17).

Por otra parte, para el Estado dominicano se entiende como población ocupada en el sector informal:

Todos los ocupados asalariados que laboran en establecimientos de menos de cinco empleados, además de los trabajadores por cuenta propia y patronos que pertenezcan a los siguientes grupos ocupacionales: agricultores y ganaderos, operadores y conductores, artesanos y operarios, comerciantes y vendedores y trabajadores no calificados. En adición, se incluye el servicio doméstico y los trabajadores no remunerados (ENFT, 2007, p. 17).

4.4 La informalidad: posibles causas

Analizar y comprender las causas de la informalidad es igual de complejo que definir su alcance y medición. De acuerdo con Perry et al. (2008), las causas de la informalidad pueden ser por lo que ellos denominan escape o por exclusión. La primera de ellas se explica por una decisión voluntaria por parte de los trabajadores o de las empresas de renunciar a las condiciones o los beneficios del sector formal. En otras palabras, estos autores afirman que desde este enfoque tanto trabajadores como empresarios hacen un análisis costo-beneficio, que arroja como resultado permanecer en el sector informal. Además, agregan que estas motivaciones pueden ser de carácter económico o sociológico. Desde el punto de vista económico, los empresarios encuentran más satisfactorio permanecer en el sector informal toda vez que pueden obtener mayores utilidades para sus empresas a través de la evasión de impuestos. Para los trabajadores por su parte, permanecer en la informalidad puede significar un mayor ingreso neto como remuneración por el trabajo y por ende un mayor nivel de consumo. Desde una perspectiva sociológica las motivaciones están relacionadas con tener mayor autonomía, menores responsabilidades y un mayor grado de flexibilidad en el sector informal.

La segunda explicación —denominada exclusión— que proponen Perry et al. (2008) hace referencia a las razones que explican la informalidad como consecuencia de la “expulsión” de ciertos trabajadores del mercado laboral a raíz de las rigideces institucionales o por el exceso de normatividad en algunos casos o por baja productividad (bajo nivel educativo). En la práctica esto se traduce en aquellos trabajadores que racionalmente reconocen y prefieren los salarios y los beneficios del sector formal, pero son excluidos de este. Las razones que explican esta visión tienen que ver con las normas que regulan aspectos como el nivel de los salarios mínimos, los trámites y procedimientos relacionados con la vinculación laboral formal o el pago de aportes parafiscales inherentes a los empleos formales. De acuerdo con el enfoque de escape y exclusión de Perry et al. (2008) se encuentra que, en la mayoría de los casos, la principal motivación de los trabajadores de República Dominicana para ocuparse en el sector informal obedece a razones de exclusión, toda vez que el 44,3 % de los trabajadores informales manifestaron estar en el sector informal como consecuencia de la incapacidad de obtener un empleo formal.

Desde la perspectiva de escape, los dominicanos manifestaron que prefieren estar el sector informal por la preferencia de no responder a un jefe y tener mayor autonomía (16,2 %), ganar más dinero (14,0 %), tener horas flexibles y menos responsabilidades (10,2 %), y tener una mayor movilidad (7,8 %). El resto de trabajadores confesó estar en la informalidad por tradición familiar (3,8 %) y por otro tipo de motivaciones.

Otros enfoques más recientes desarrollados por Alaimo et al. (2015) para el Banco Interamericano de Desarrollo BID¹⁰, identifican varias causas que explican los altos niveles de informalidad¹¹ que enfrentan

10. Alaimo, Verónica; Bosch, Mariano; Kaplan, David S.; Pagés, Carmen y Ripani, Laura. *Empleos para crecer*. Banco Interamericano de Desarrollo. 2015.

11. En este documento se utiliza una definición de formalidad vinculada a la protección social, de acuerdo con la cual un individuo se encuentra ocupado en un puesto de trabajo formal si su empresa o él mismo realizan aportes a la seguridad social para que el individuo en cuestión tenga derecho a una pensión por vejez en el futuro. Por lo tanto, un puesto de trabajo es informal si la persona o su firma no cotizan para tener la cobertura de la seguridad social en su vejez.

la gran mayoría de los países de América Latina. Esta visión fue desarrollada con una lógica clásica de mercado en la cual se encuentran la oferta y la demanda del trabajo, de forma inmediata, con información perfecta y sin costos de transacción.

En primer lugar, Alaimo et al. (2015) afirman que, desde una lógica de mercado, en este caso, no existe información perfecta, sino que, por el contrario, los emparejamientos entre la oferta y demanda de trabajo son ineficientes y costosos como consecuencia de los defectuosos canales de información existentes. Por un lado, para los trabajadores es muy difícil conocer las vacantes disponibles en el mercado de trabajo y para las empresas por su parte, es bastante difícil conocer la ubicación y los perfiles de los candidatos para una vacante específica. Esto implica que los procesos de búsqueda de empleo en la región se realicen de manera informal, acudiendo a las redes personales o familiares, lo cual disminuye significativamente las probabilidades de conseguir un empleo de manera rápida y en el mercado formal. Según Alaimo et al. (2015), más del 70 % de los trabajadores de ALC busca empleo por medio de sus redes de parientes y amigos, lo que tiende a perpetuar las desigualdades iniciales.

Otro factor identificado por Alaimo et al. (2015) hace referencia a la importancia y el valor que el trabajo tiene para millones de personas, ya que este constituye su única fuente de ingresos. Esto implica que su pérdida podría significar una importante disminución en sus niveles de consumo, nivel de vida y bienestar. Por ello, fenómenos como el desempleo de largo plazo¹² en América Latina son casi inexistentes. Una razón que explica esta situación es que gran parte de los trabajadores que caen en situación de desempleo, en su afán de no perder sus niveles de consumo, termina aceptando cualquier tipo de trabajo. Según Alaimo et al. (2015), tan solo el 30 % de los trabajadores que tienen un episodio de desempleo salen de este hacia un trabajo formal.

Por último, estos autores resaltan que en muchos casos la informalidad tiene que ver con la incidencia que tienen algunas políticas que regulan el mercado de trabajo, específicamente aquellos relacionados con los costos, salariales y no salariales, que implican la decisión de contratar formalmente un trabajador. De acuerdo con Alaimo et al. (2015), los costos salariales y no salariales en promedio representan en la región de América Latina y el Caribe el 39 % del Producto Interno Bruto (PIB) por trabajador. Esta cifra es importante teniendo en cuenta que la relación que existe entre el valor de los costos salariales y no salariales y el nivel de informalidad de un país es inversa. Según estos autores, por cada 10 % de incremento en los costos mínimos de contratar a un trabajador asalariado formal se reduce en cinco puntos el porcentaje de trabajadores formales (Alaimo et al., 2015).

4.5 La informalidad: posibles soluciones

Como se expuso en el apartado anterior, tanto las visiones y las causas que explican el fenómeno de la informalidad son de distinta índole. Ahora bien, plantear alternativas innovadoras y estructurales para superar esta situación es un reto que enfrentan los estructuradores de política de la gran mayoría de los

12. Entendido como el número de desempleados que llevan más de 12 meses buscando trabajo.

países de la región. A la hora de plantear estas soluciones existen posiciones con enfoques tradicionales y otros que invitan a que el abordaje de la informalidad sea más abierto y tenga en cuenta las nuevas configuraciones del mercado laboral.

Entre las visiones clásicas y tradicionales esta la que proponen Alaimo et al. (2015) en representación de Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Los autores indican que los altos niveles de informalidad de la región se explican principalmente por la poca o nula capacitación y formación del capital humano, la ausencia de programas de protección al desempleo, la baja productividad en los puestos de trabajo y los altos niveles de rotación del empleo. Para contrarrestar esta situación proponen implementar políticas públicas en dos niveles. Por un lado, crear estrategias que tengan como objetivo aumentar de manera significativa el ingreso de más trabajadores al sector formal. Por otro lado, se debe también trabajar arduamente en la implementación de programas y proyectos que busquen promover la estabilidad productiva en los puestos de trabajo existentes.

Concretamente se recomienda la creación de mecanismos que puedan brindar mejor información sobre las características de las vacantes y las habilidades y los perfiles de los trabajadores. Esto puede lograrse por medio de la creación o el fortalecimiento de sistemas de intermediación laboral o de los servicios públicos de empleo. Con respecto a las deficiencias relacionadas con el nivel de formación y pertinencia del capital humano, estos autores proponen diseñar y ofrecer mejores programas de formación y entrenamiento para la fuerza laboral a través de la creación de un entorno regulatorio propicio a la generación de empleo formal que este articulado con las entidades encargadas del diseño de los programas de formación para el trabajo y de educación superior. Estos programas deben procurar por mejorar la pertinencia, eficacia y calidad de la educación con un especial énfasis en programas que promuevan la generación de habilidades a nivel personal y en los puestos de trabajo.

Otros enfoques menos tradicionales, como los de Perry et al. (2008) y Ortiz (2014), que parten del reconocimiento de que muchas empresas y trabajadores en la región simplemente no encuentran útil o beneficioso hacer parte del mercado formal y que adicionalmente advierten que las nuevas relaciones laborales generadas a partir del fenómeno de la economía compartida deben crearse e implementarse nuevas estrategias para enfrentar la informalidad. Este último punto nace a raíz de los grandes avances tecnológicos y en particular de las aplicaciones móviles, que han creado nuevas formas para generar ingresos y valor. Tom Goodwin, vicepresidente sénior de Estrategia e Innovación de Havas Media se hizo célebre por la siguiente frase:

Uber, la compañía más grande del mundo de taxis, no tiene vehículos. Facebook, la empresa de comunicación más popular, no crea contenido. Alibaba, la firma comercial de más valor, no tiene inventario. Airbnb, el mayor proveedor de alojamiento, no tiene propiedades inmobiliarias. Algo interesante está pasando (Perry et al. 2008 y Ortiz 2014).

En vista de que la legislación laboral no tiene la capacidad de adaptarse a la misma velocidad que se crean nuevas formas de generación de valor e ingresos tanto para empresas como para los individuos, muchos de ellos tendrán que operar en contextos de incertidumbre o de informalidad. En conclusión, los

dos enfoques mencionados previamente y denominados por Perry et al. (2008) como Escape y Exclusión, deben ser abordados por los gobiernos de la región para diseñar instrumentos innovadores que permitan garantizar el acceso de los trabajadores a los mecanismos de protección económica para la vejez diferentes a las pensiones contributivas. De lo contrario, verán cómo millones de personas mayores tendrán que seguir trabajando hasta edades muy avanzadas, en condiciones precarias y sin acceso a ningún tipo de instrumento de protección económica que no sean las pensiones no contributivas o subsidiadas, lo cual es completamente inviable desde el punto de vista financiero para cualquier nación.

Finalmente y para el caso particular de República Dominicana, Pablo Arellano Ortiz (2014), en un trabajo realizado para la Organización Internacional del Trabajo, recomienda tomar las medidas administrativas correspondientes para facilitar el acceso a la seguridad social de los trabajadores cuya relación de trabajo no sea la clásica basada en el contrato por tiempo indefinido y que no laboren para un solo empleador, tal como puede ser el caso de sectores como el agrícola o el de la construcción.

El autor invita a ser un poco más arriesgados y atrevidos a la hora de afrontar la difícil situación en materia de informalidad que está enfrentando la gran mayoría de países de la región. Ortiz manifiesta que las actuales recetas y propuestas implementadas para reducir la informalidad distan de la realidad, toda vez que muchas de las personas que trabajan en la informalidad no les interesa formalizarse. Además, agrega que los países que son realmente afectados por la informalidad:

Han visto cómo su mercado de trabajo evoluciona y se adapta a nuevas situaciones. He aquí el desafío para el derecho del trabajo: proteger al informal en su informalidad. Y más aún, proteger a todas las categorías de trabajadores sin distinción alguna (Arellano, 2016, p. 104)

5. Caracterización del mercado laboral dominicano

Una vez analizado el panorama general del mercado laboral en el contexto global y latinoamericano, a continuación se presenta una caracterización del mercado de trabajo en República Dominicana, con el objetivo de aproximarse a la preparación económica para la vejez en el país. El Gráfico 25 presenta la tendencia de la Tasa Global de Participación (TGP) por sexo entre 2000 y 2016. La TGP se define como la razón entre la Población Económicamente Activa (PEA)¹³ y la Población en Edad de Trabajar (PET)¹⁴. De acuerdo con los cálculos, la TGP total en 2016 sobrepasó ligeramente el 50 %, es decir, alrededor de la mitad de las personas en edad de trabajar están trabajando o buscando empleo.

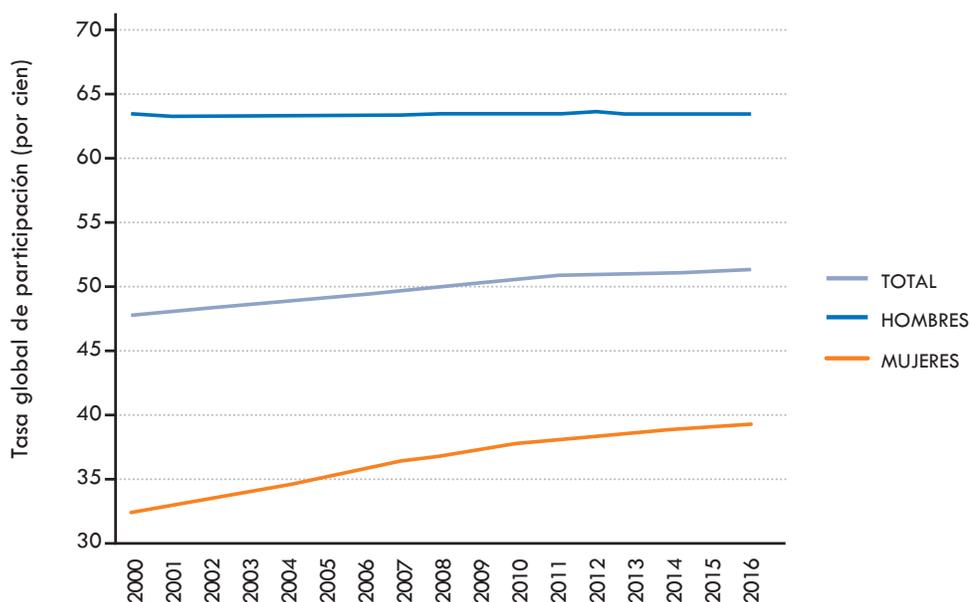
Al desagregar la TGP por sexo (Gráfico 25) y ubicación (Gráfico 26) se observan diferencias considerables. En primer lugar, la TGP para los hombres es aproximadamente 30 puntos porcentuales mayor que la correspondiente a las mujeres. No obstante, el comportamiento de la tendencia durante el lapso de estudio (2000-2016) muestra que la TGP es estable para hombres, mientras en el caso de las mujeres es ascendente, con una ganancia de aproximadamente 7 puntos porcentuales en 16 años. Este mayor dinamismo de

13. La PEA se refiere a las personas que están en edad de trabajar y están trabajando o buscando empleo.

14. La PET corresponde a la población que estaría en capacidad de integrar el mercado de trabajo. En este caso se toman las personas de 10 años o más.

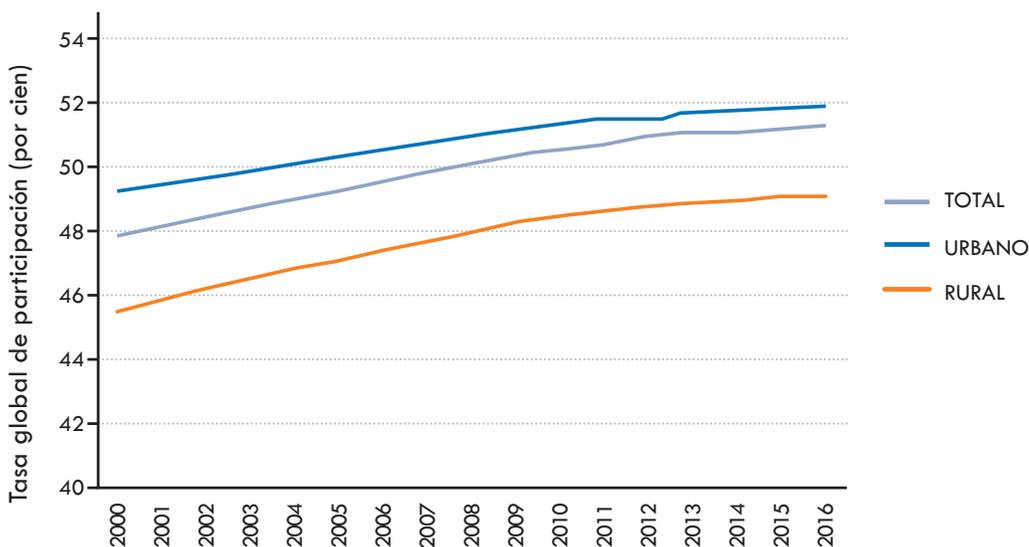
la participación laboral femenina que la masculina puede asociarse a sus mayores niveles educativos, como se evidenció al inicio de este capítulo. Por otra parte, la desagregación según ubicación permite evidenciar diferencias a favor del entorno urbano, en donde la TGP es aproximadamente 3 puntos porcentuales más alta que en el sector rural. En ambos casos, urbano y rural, la TGP aumenta en el periodo.

Gráfico 25: Tendencia de la Tasa Global de Participación (Población Económicamente Activa/Población en Edad de Trabajar) por sexo. 2000-2016



Fuente: Elaboración propia a partir de CELADE, 2016

Gráfico 26: Tendencia de la Tasa Global de Participación (PEA/PET) por zona de residencia. 2000-2016

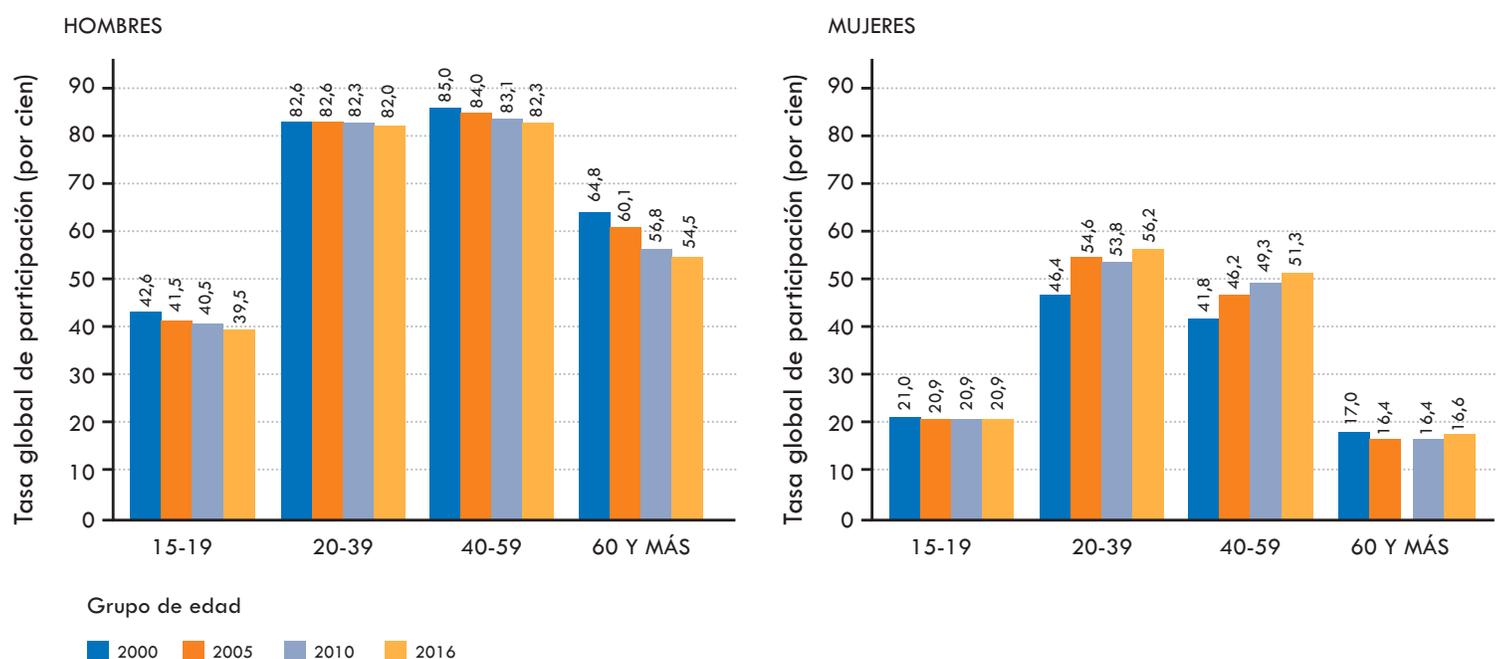


Fuente: Elaboración propia a partir de CELADE (2016) y ONE (2016)

El Gráfico 26 presenta el comportamiento de la TGP por grupos de edad en cuatro cortes (2000, 2005, 2010 y 2016), separado entre hombres y mujeres. La primera consideración de importancia se refiere a la menor TGP –tanto para hombres como para mujeres– en el grupo de edad de personas mayores respecto al grupo de 40-59 años. Mientras en 2016 la TGP para el grupo de edad 40-59 años es 82,3 % en los hombres y 51,3 % en las mujeres, para el grupo de personas mayores (60 y más), la TGP baja a 54,5 % y 16,6 %, respectivamente. Esto podría relacionarse con el hecho de que a partir de los 60 años se alcanza la edad de pensión y, adicionalmente, en el caso de los hombres, la tendencia de la TGP tanto en personas de 40-59 años, como en personas mayores, es decreciente en el tiempo, mientras en el caso de las mujeres entre 40 y 59 la tendencia es positiva. En los hombres se observa una tasa muy similar entre los 20 y 59 años, mientras que en las mujeres tiende a ser un poco más alta entre los 20 y 39 años.

Es importante poner énfasis en las marcadas diferencias entre hombres y mujeres, especialmente en el grupo de edad de 60 y más. Aunque la brecha se mantiene para todos los grupos de edad, la diferencia se acentúa en las personas mayores. En 2000, la TGP para hombres de 60 y más era 64,8 % y las mujeres registraban 17 %, es decir, 47,8 puntos porcentuales menos. Para 2016, la TGP de los hombres descendió a 54,5 %, mientras la de las mujeres se mantiene casi constante, en 16,6 %, conformando así una diferencia de 38 puntos porcentuales a favor de los hombres. Al respecto es posible extraer dos conclusiones: en primer lugar, los adultos mayores son el grupo de edad con una brecha más acentuada según el sexo y, aunque se ha reducido a través del tiempo, la disminución corresponde a un decrecimiento de la TGP de los hombres, en vez de un aumento de la TGP de las mujeres.

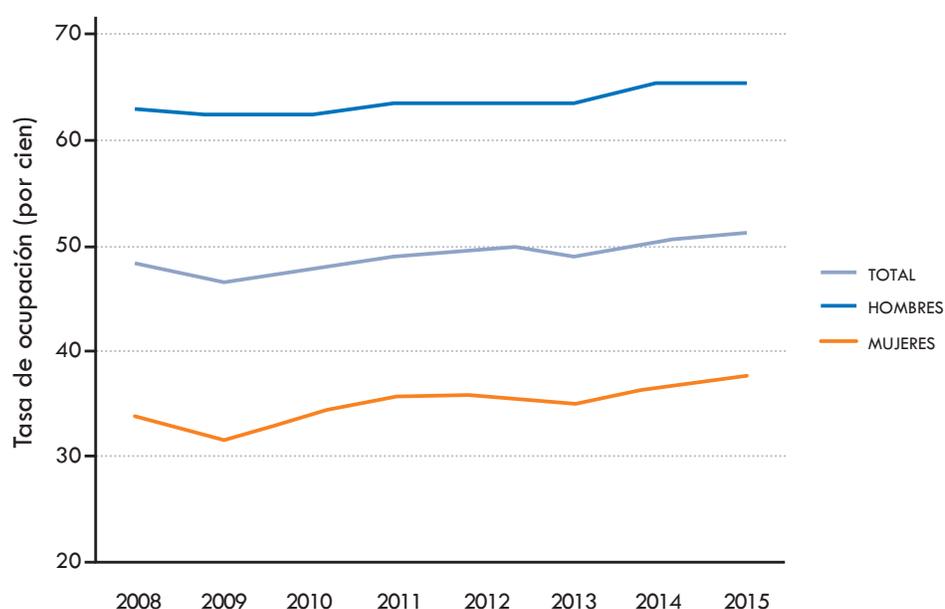
Gráfico 27: Tendencia de la Tasa Global de Participación (PEA/PET) por sexo y edad. 2000-2016



Fuente: Elaboración propia a partir de CELADE, 2016

La tasa de ocupación (TO) mide la relación entre población ocupada y población en edad de trabajar, es decir, la porción de personas que podrían pertenecer al mercado de trabajo y efectivamente están trabajando. De acuerdo con la información presentada en el Gráfico 28, para 2015 aproximadamente 51 % de la población en edad de trabajar está ocupada. Nuevamente se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres. Para los hombres, la TO se ubica alrededor de 65 %, mientras en el caso de las mujeres la TO es un poco menos de 40 %. El comportamiento de la tendencia muestra una relativa estabilidad tanto para mujeres como para hombres.

Gráfico 28: Tendencia de la Tasa de Ocupación (población ocupada/población en edad de trabajar) por sexo. 2008-2015

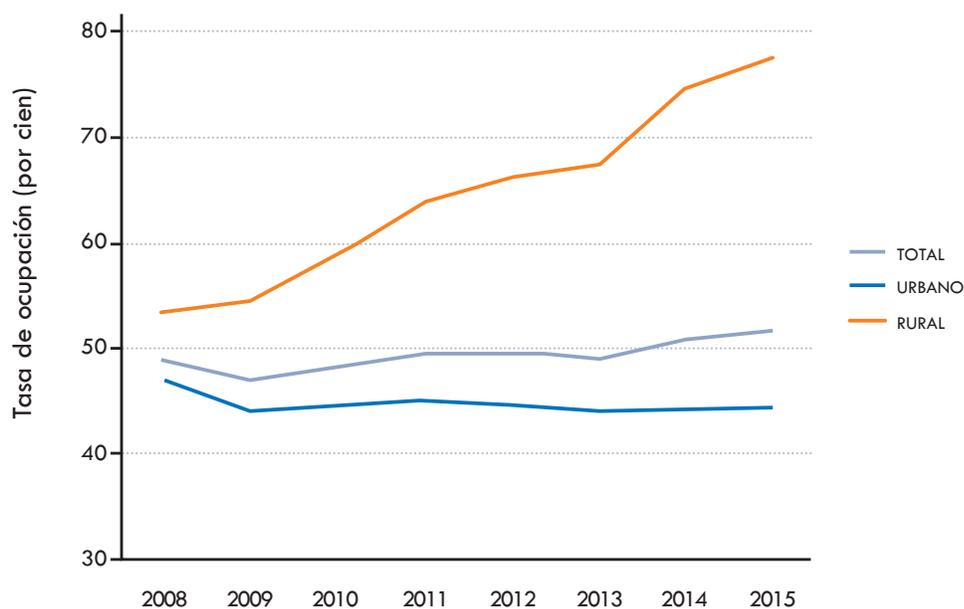


Fuente: Elaboración propia a partir de CELADE, 2016 y los resultados agregados de la Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo

Por su parte, la tendencia de la tasa de ocupación entre 2008 y 2015 desagregada por ubicación (Gráfico 29) evidencia diferencias importantes. Durante todo el periodo de estudio, la TO ha sido mayor en entornos rurales y la brecha ha ido creciendo en el tiempo. En 2008, la TO en las ciudades era aproximadamente 48 %, mientras en entornos rurales se ubicó en 53 %. Siete años más tarde (2015), la TO en el sector rural fue aproximadamente 78 % y la del entorno urbano 44 %. Es decir, la brecha aumentó cerca de 29 puntos porcentuales, resultado de un aumento en la TO urbana frente a una estabilidad de la rural.

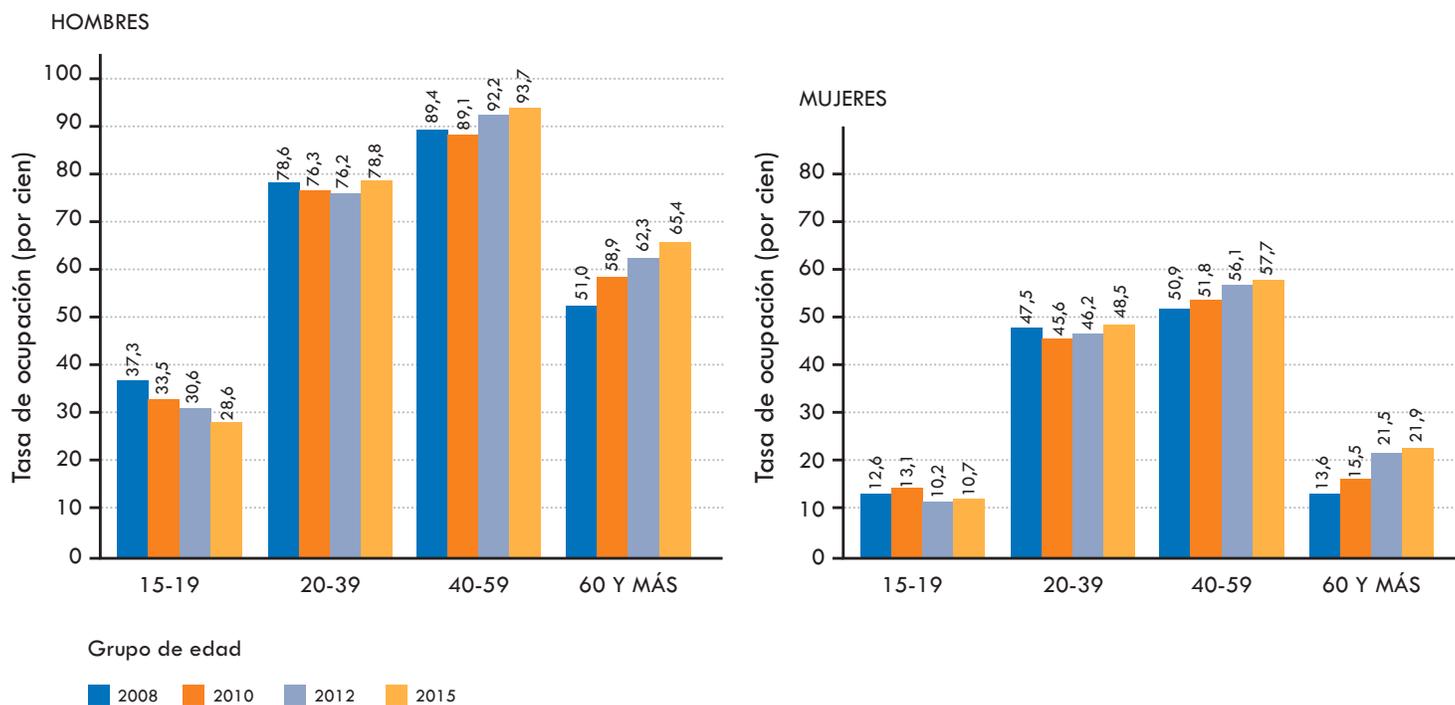
Respecto al comportamiento de la TO en los diferentes grupos de edad es importante resaltar, por un lado, que son las personas mayores quienes tienen una menor TO; por otro lado, el grupo de personas mayores y el grupo de 40-59 años son los que muestran aumento en la TO en el tiempo. Finalmente, la diferencia entre hombres y mujeres –que se presenta en todos los grupos de edad– se acentúa en las personas de 60 y más (Gráfico 30). En 2008, la TO para mujeres era 37,4 puntos porcentuales menor que la de los hombres y en 2015 la brecha aumenta a 43,5 puntos porcentuales, toda vez que la TO para los hombres registró 65,4 % y, en el caso de las mujeres, se ubicó en 21,9 %.

Gráfico 29: Tendencia de la Tasa de Ocupación (población ocupada/población en edad de trabajar) por zona de residencia. 2008-2015



Fuente: Elaboración propia a partir de CELADE, 2016 y los resultados agregados de la Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo

Gráfico 30: Tendencia de la Tasa de Ocupación (población ocupada/población en edad de trabajar) por sexo y grupos de edad. 2008-2015

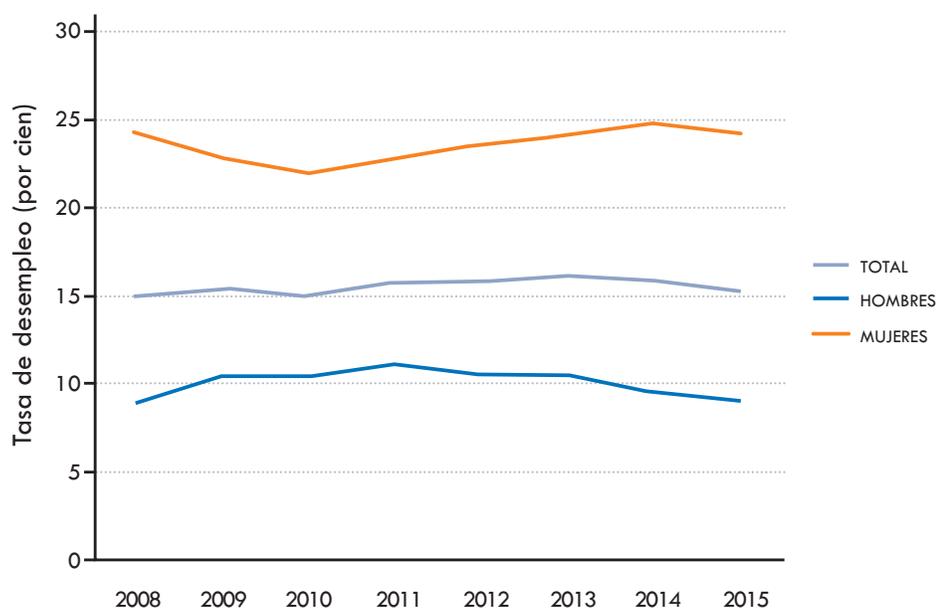


Fuente: Elaboración propia a partir de CELADE, 2016 y los resultados agregados de la Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo

El Gráfico 31 presenta la tendencia de la tasa de desempleo ampliada (TD), definida a partir de la relación entre población desocupada ampliada y población económicamente activa. En 2015, la TD para las mujeres (24,0 %) es mayor que la registrada en los hombres (9 %). Nuevamente, existen diferencias importantes entre hombres y mujeres que deben ser tenidas en cuenta de cara a la formulación de políticas públicas que incentiven el empleo. La falta de acceso de las mujeres a los trabajos determina las posibilidades que tienen para alcanzar una buena preparación económica para la vejez. Adicionalmente, retomando los resultados presentados en el capítulo de demografía, República Dominicana experimenta feminización del envejecimiento, por lo tanto, se debe priorizar el avanzar en políticas que permitan, vía equidad en el acceso al mercado laboral, garantizar una mejor preparación de las mujeres de cara a la vejez.

Los resultados sobre la TO en República Dominicana también indican que en general las personas mayores continúan ofertando su fuerza laboral dentro del mercado de trabajo en vez de retirarse a un periodo de descanso. En ejercicios futuros de investigación derivados es pertinente indagar por las causas que tienen las personas para seguir dentro del mercado laboral, toda vez que pueden ser económicas (falta de acceso a pensión de retiro o insuficiencia del monto de la pensión para cubrir sus gastos personales o del hogar) o de índole personal, como la necesidad de estar activo y seguir contribuyendo en ciertas actividades.

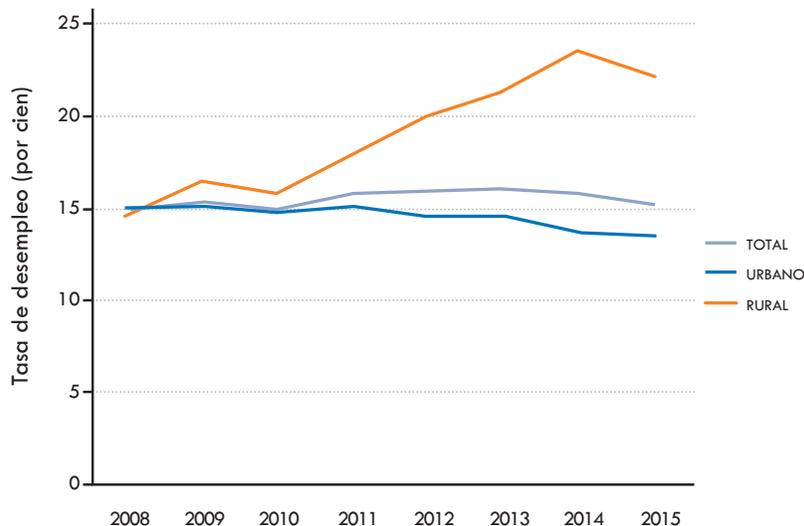
Gráfico 31: Tendencia de la Tasa de Desempleo ampliada (población desocupada ampliada/población económicamente activa) por sexo. 2008-2015



Fuente: Elaboración propia a partir de CELADE, 2016 y los resultados agregados de la Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo

El análisis de la TD también muestra diferencias de acuerdo con la zona de residencia de la población (Gráfico 31). Aunque en 2008 no había diferencia, a medida que avanza el periodo de estudio se va creando una brecha que alcanza su punto más alto en 2014. Según las cifras, en 2015 la TD para el sector rural estuvo alrededor de 22 % mientras en el entorno urbano se ubicó en 14 %. Resulta interesante contrastar los resultados del Gráfico 34 con la información sobre tasa de ocupación según la zona de residencia.

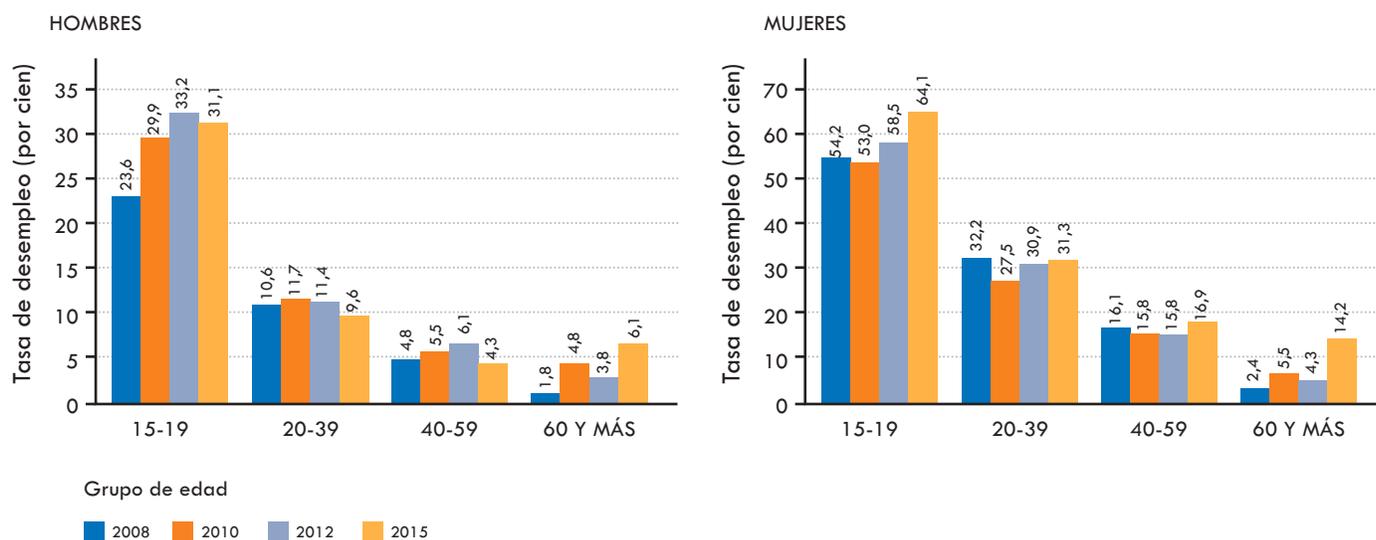
Gráfico 32: Tendencia de la Tasa de Desempleo (población desocupada ampliada/ población económicamente activa) por zona de residencia. 2008-2015



Fuente: Elaboración propia a partir de CELADE, 2016 y los resultados agregados de la Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo

La TD en los diferentes grupos de edad para hombres y mujeres (Gráfico 33) muestra altos niveles de desempleo juvenil, especialmente en personas entre 15 y 19 años. Los niveles de desempleo más bajos se observan en las personas de 60 y más, lo cual puede deberse a la construcción misma del indicador, toda vez que en las edades más avanzadas es probable que las personas dejen de estar disponibles para ocuparse y, por lo tanto, dejarían de hacer parte de la PEA. La principal conclusión a partir del análisis de la TGP, la TO y la TD es la imperiosa necesidad de promover políticas de equidad de género en el acceso al trabajo. En términos generales, comparado con el promedio de la región, podría decirse que las TD en República Dominicana son ligeramente altas. No obstante, de acuerdo con los resultados, el principal desafío es la brecha existente en TD y TO entre hombres y mujeres en los diferentes grupos de edad.

Gráfico 33: Tendencia de la Tasa de Desempleo (población desocupada ampliada/ población económicamente activa) por sexo y grupos de edad. 2008-2015



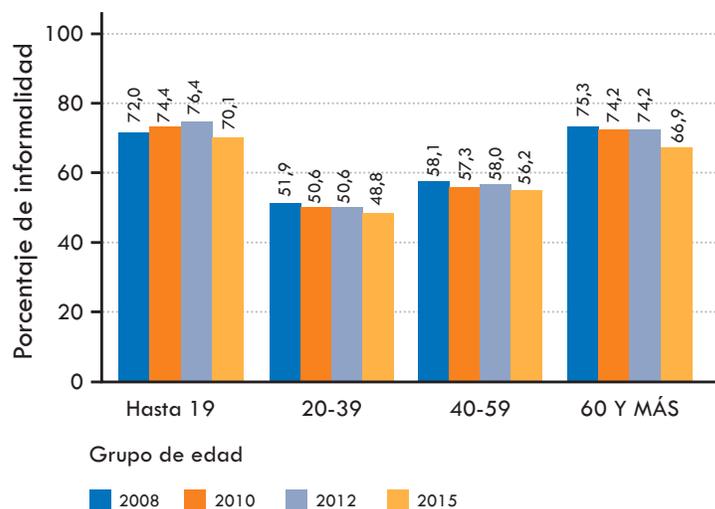
Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados agregados de la Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo (2016)

Previamente en el marco teórico se enfatizó en la importancia que tiene el trabajo informal como factor determinante de la preparación económica de la vejez, particularmente en lo relacionado con la posibilidad de las personas de acumular capital y cotizar al sistema de seguridad social. El Gráfico 34 presenta la tendencia del porcentaje de ocupados en el sector informal respecto a la población ocupada entre 2008 y 2015. Para efectos del cálculo se considera sector informal las micro y pequeñas empresas, chiriperos (son aquellos que no tienen un lugar fijo para realizar su actividad y aquellos que solo hacen una misma actividad pero que esta nunca ha sido fija) y trabajadores de residuos sólidos. De acuerdo con la clasificación presentada, en todos los grupos de edad, la mayoría de ocupados hacen parte del sector informal, con diferencias entre grupos.

Las personas menores de 20 años presentan los niveles de informalidad más altos, al mismo tiempo que constituyen el grupo de edad con mayor TD. El grupo de edad entre 20 y 39 años tiene los niveles de informalidad más bajos, pero, aun así, para 2015, el 48,8 % de la población ocupada era informal. Para las personas entre 40 y 59 años la informalidad registró –en 2015– 56,2 % y crece en el grupo de personas mayores. De acuerdo con las cifras, en 2008 el 75,3 % de las personas de 60 años y más ocupadas estaban en la informalidad. Para 2012 el indicador decreció aproximadamente un punto porcentual y para 2015 se ubicó en 66,9 % (Gráfico 34). El patrón por edad de informalidad indicaría que este tiene una forma de U (aunque no muy marcada) sugiriendo que la población cuando joven se inserta en el mercado laboral, luego con la experiencia y mayor educación pasa al sector formal, y finalmente cuando llega a la edad de retiro vuelve de nuevo al sector informal.

La cifra de informalidad permite hacer una aproximación sobre qué tan preparado está República Dominicana para abordar la transición demográfica. Si se analiza únicamente desde los ingresos, la prevalencia del trabajo informal en todos los grupos de edad es un obstáculo para alcanzar un buen desempeño en términos de preparación para la vejez. Más de la mitad de la población ocupada del país no está cotizando al sistema de seguridad social de la forma en que lo haría si hiciera parte del sector formal. Esto impacta de forma negativa la acumulación de capital, al menos derivada de ahorro pensional.

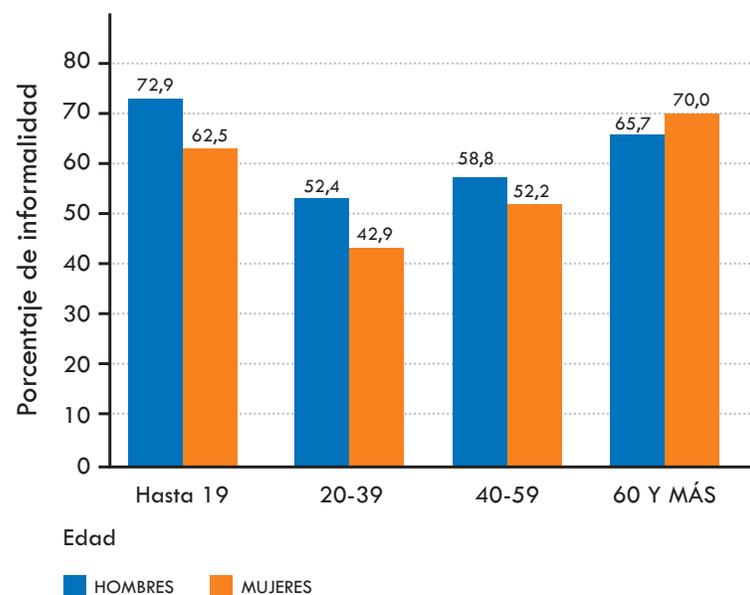
Gráfico 34: Tendencia del porcentaje de ocupados en el sector informal respecto a la población ocupada. 2008-2015



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados agregados de la Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo (2016)

Por su parte, la informalidad en hombres y mujeres por grupos de edad (Gráfico 35) muestra que, en todos los grupos de edad, salvo en las personas de 60 y más, el porcentaje de informales sobre los ocupados es mayor en los hombres que en las mujeres. La relación identificada en República Dominicana es diferente a la región. De acuerdo con las cifras de la CEPAL, para 2014 el porcentaje de hombres ocupados en sectores de baja productividad (sector informal) sobre el total de ocupados fue 43,4 %, mientras las mujeres registran 50,1 %. Dentro del grupo de personas mayores, la relación se invierte y la prevalencia de trabajo informal es 70,0 % en las mujeres y en los hombres se ubica en 65,7 %. Aunque la TO para las mujeres de 60 años y más es más baja que la de los hombres en ese mismo rango de edad, la prevalencia de la informalidad resulta mayor. Es decir, el porcentaje de mujeres adultas mayores que están ocupadas es menor que en el caso de los hombres y la proporción de mujeres que estando ocupadas trabajan en la informalidad es mayor que en los hombres.

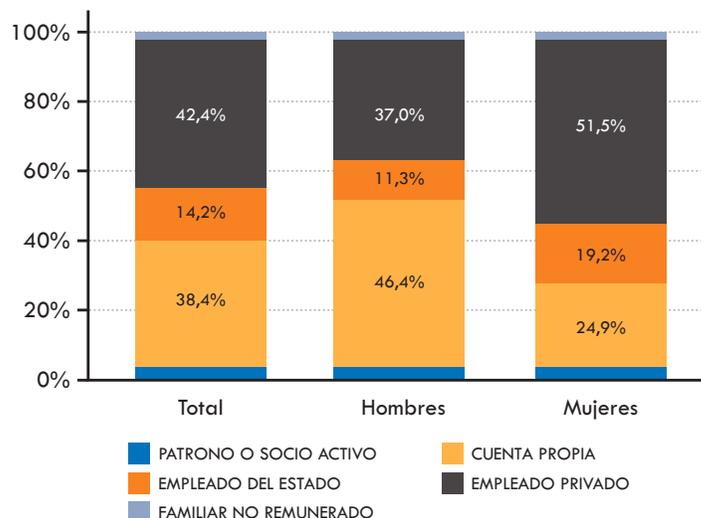
Gráfico 35: Porcentaje de ocupados en el sector informal respecto a la población ocupada por sexo y grupo de edad. 2015



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados agregados de la Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo (2016)

El análisis de la ocupación por categoría ocupacional es relevante para determinar qué tipo de trabajos concentran la mayoría de los ocupados. El Gráfico 36 presenta la distribución de la población ocupada para 2016. En términos agregados, el 42,4 % de los ocupados son empleados privados, seguidos por los cuenta propia (38,4 %) y empleados del Estado (14,2 %). El restante corresponde a patronos o socios activos y familiares no remunerados. Al desagregar la distribución por sexo se encuentran diferencias importantes. La mayoría de los hombres son cuenta propia (46,4 %), seguidos de empleados privados (37,0 %). La cifra de cuenta propia refleja lo evidenciado en términos de informalidad, toda vez que es la segunda categoría con mayor peso relativo en la distribución y hace parte de los criterios para la definición de trabajo informal. Por su parte, en las mujeres la distribución muestra mayor prevalencia de empleadas privadas (51,5 %), mientras aquellas por cuenta propia son 24,9 %, es decir, 21,5 puntos porcentuales menos que los hombres.

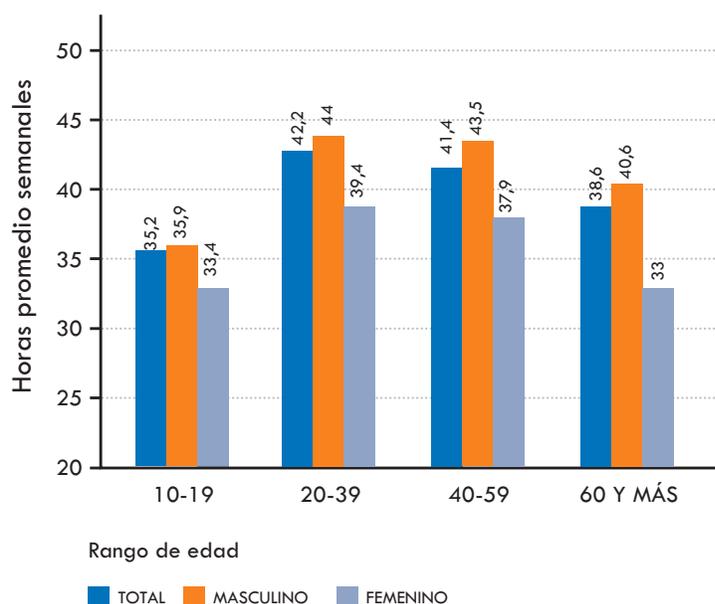
Gráfico 36: Distribución de la población ocupada por categoría ocupacional y sexo. 2016



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados agregados de la Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo (2016)

Finalmente, el Gráfico 37 muestra el número de horas promedio semanales trabajadas en la ocupación principal por grupos de edad para 2014. Al igual que en los demás índices presentados, persisten las diferencias entre hombres y mujeres, acentuándose en el grupo de personas mayores. Así mismo es interesante analizar las diferencias de horas trabajadas por las personas mayores respecto a los dos grupos de edad inmediatamente anteriores. En términos agregados, las personas de 60 y más trabajan 3,4 horas menos que quienes están entre 20 y 39 años, y 2,9 menos que las personas entre 40 y 59 años. Las diferencias son muy pequeñas, lo cual evidencia que las personas mayores siguen siendo activas en el mercado laboral que, como se mencionó previamente, está caracterizado por altos niveles de informalidad.

Gráfico 37: Número de horas promedio semanales trabajadas en la ocupación principal, por grupo de edad y sexo. 2014



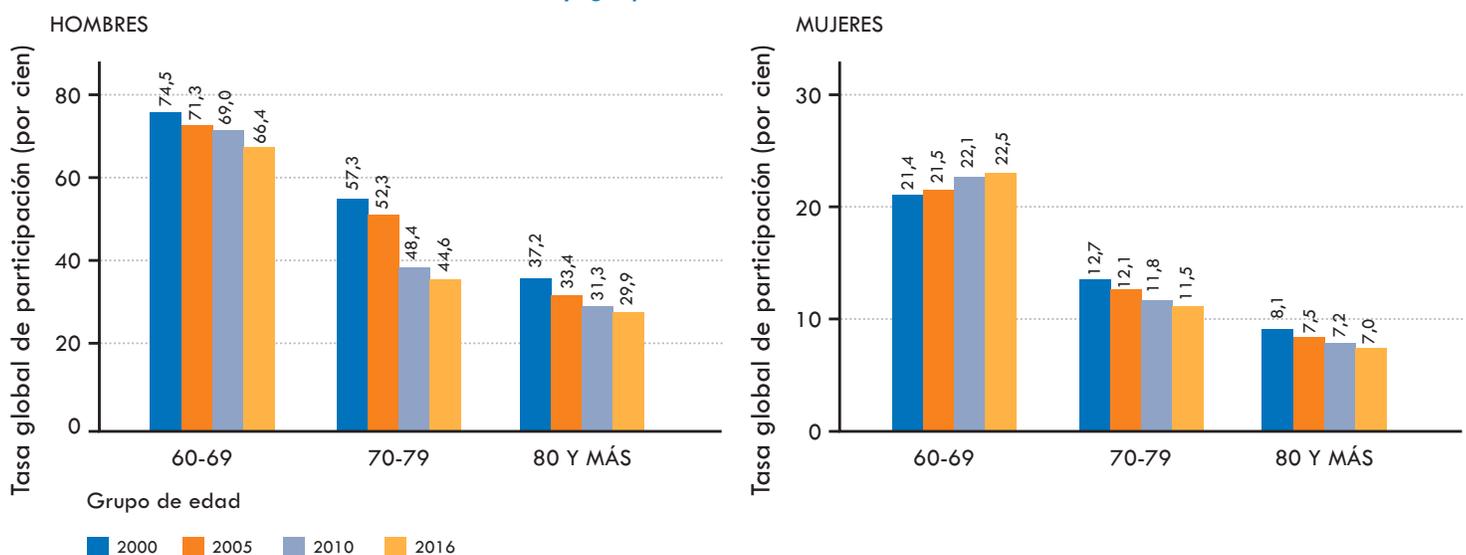
Fuente: Elaboración propia a partir del Sistema de Indicadores Sociales de la República Dominicana, 2017

6. Mercado laboral y personas mayores

Esta sección caracteriza el mercado laboral para el grupo de personas mayores específicamente. Los índices son presentados desagregados por grupos de edad dentro de quienes tienen 60 y más. Se utilizan subgrupos de personas entre 60 y 69 años, 70 y 79 años y 80 años y más. De igual forma, dadas las brechas identificadas previamente, se divide el análisis por sexo y zona de residencia.

En el grupo de personas mayores, la tendencia de la TGP es decreciente con la edad tanto para hombres como para mujeres (Gráfico 38). Para los primeros, la TGP más alta se encuentra en el grupo de edad entre 60 y 69 años, aunque la tendencia es a la baja, toda vez que ha venido disminuyendo desde 2000 hasta registrar 66,4 % en 2016. Como es de esperarse, conforme avanza la edad, la TGP en todos los años de estudio (2000, 2005, 2010 y 2016) disminuye para los hombres de 70-79 años y aun más para quienes tienen 80 o más. En 2016, la TGP de los hombres de 80 y más registra 29,9 %, 36,5 puntos porcentuales menos que los hombres de 60 a 69 años en el mismo año.

Gráfico 38: Tendencia de la Tasa Global de Participación de adultos mayores por sexo y grupo de edad. 2000-2016



Fuente: Elaboración propia a partir de CELADE, 2016 y los resultados agregados de la Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo

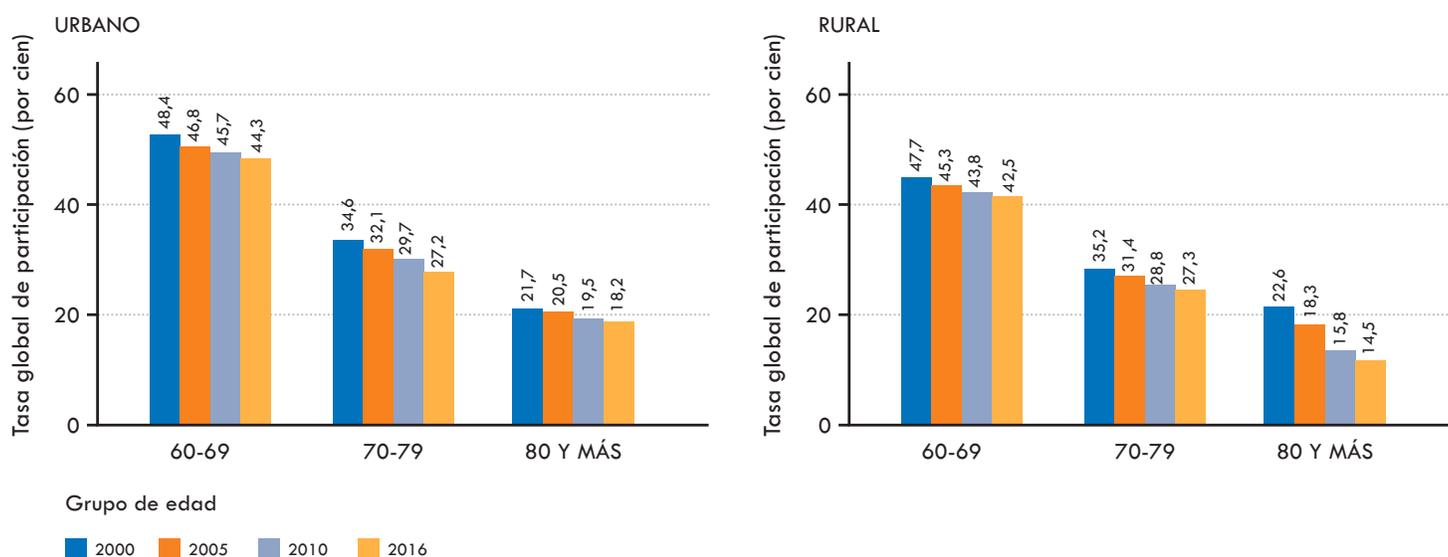
En el caso de las mujeres, la tendencia decreciente de la TGP en el tiempo para todos los grupos de edad no es tan evidente como en el caso de los hombres. Incluso podría decirse que tiene un comportamiento constante. De igual forma, se evidencia un descenso de la TGP a medida que aumenta la edad, para todos los años analizados. En 2016, las mujeres entre 60 y 69 registraron una TGP de 22,5 % mientras que aquellas de 80 y más tenían una TGP de 7,0, es decir, 15,5 puntos porcentuales por debajo. Al comparar esta diferencia con la registrada por los hombres se encuentra que la brecha de TGP entre mujeres de 60-69 y 80 y más es 21 puntos porcentuales menor que la de los hombres.

Los datos muestran que la TGP de las mujeres es baja y por lo tanto no tiene espacio para decrecer más, mientras que en el caso de los hombres la TGP es alta y puede experimentar descensos considerables. Por otra parte,

dado que la TGP es menor en las mujeres que en los hombres, aunque el número de mujeres en la población es mayor que los hombres, es posible inferir que hay más hombres ocupados que mujeres. Finalmente, en los grupos de edad más altos es mayor la informalidad en las mujeres que en los hombres, lo cual indica que las mujeres tienen menos posibilidad de retiro, toda vez que dentro del sector informal no existe el retiro.

Contrario a las amplias diferencias identificadas en la TGP por zona de residencia para la población en general, dentro del grupo de personas mayores no hay diferencias significativas (Gráfico 39). En los tres subgrupos de edad es menor la TGP en el entorno rural, no obstante, las diferencias son pequeñas. En 2016 la TGP para personas entre 60 y 69 residentes en el sector urbano fue apenas 1,8 puntos porcentuales mayor que en la ruralidad. La diferencia para el mismo año en las personas de 70 y 79 es 0,1 puntos porcentuales y se acentúa ligeramente en las personas de 80 y más al registrar una TGP 3,7 mayor en las ciudades. Es decir, la participación de las personas mayores dentro del mercado de trabajo sigue el mismo patrón, independientemente de la zona de residencia, por lo tanto, las diferencias con el resto de la población podrían atribuirse específicamente a la edad.

Gráfico 39: Tendencia de la Tasa Global de Participación de adultos mayores por zona de residencia y grupo de edad. 2000-2016



Fuente: Elaboración propia a partir de CELADE, 2016 y los resultados agregados de la Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo

En términos de ocupación (Cuadro 6), la TO más alta dentro del grupo de personas mayores corresponde a las personas entre 60 y 69 años (46,9 %), con 23,5 puntos porcentuales de diferencia con quienes tienen entre 70 y 79 años, y 38,1 con las personas de 80 y más. Las amplias diferencias evidencian una caída significativa de la ocupación en las personas mayores una vez alcanzan los 70 años de edad. Para ejercicios de investigación derivados sería interesante indagar si el descenso de la TO se debe a retiro voluntario o involuntario.

Adicionalmente, la brecha entre hombres y mujeres es elevada. La TO para hombres de 60 a 69 años es 45,7 puntos porcentuales superior a la registrada por las mujeres. En el caso del subgrupo de edad 70-79 la brecha es 33,3 puntos porcentuales y, para las personas de 80 y más, la TO de los hombres es 17,6 % mientras que la registrada por las mujeres es apenas 1,5 %. Los datos muestran que la brecha por sexo disminuye con la edad. Los datos permiten identificar que la velocidad de retiro del mercado laboral es mayor en los hombres y, por lo tanto, las mujeres asumen –en mayor medida– más responsabilidad en las edades más altas.

Cuadro 6: Tasa de ocupación de adultos mayores por grupo de edad y sexo. 2013

| | Total | Hombres | Mujeres |
|----------|-------|---------|---------|
| 60 y más | 32,4 | 51,4 | 14,9 |
| 60-69 | 46,9 | 70,6 | 24,9 |
| 70-79 | 23,4 | 40,3 | 7,0 |
| 80 y más | 8,8 | 17,6 | 1,5 |

Fuente: Elaboración propia a partir de CELADE, 2016 y los resultados agregados de la Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo, 2016

Por otra parte, la desagregación de la TO de las personas mayores por subgrupos de edad y zona de residencia (Cuadro 7) muestra que las diferencias más altas están en el grupo de personas entre 70 y 79 años, toda vez que en la zona urbana la TO (19,9 %) es 10,6 puntos porcentuales menor que en el entorno rural (30,5). Dentro de esa misma línea, en las personas de 80 y más la brecha es 7,7 puntos porcentuales a favor del sector rural. Al respecto no hay diferencias en relación con la tendencia identificada con la población total. La tasa de ocupación tiende a ser más alta en las zonas rurales.

Cuadro 7: Tasa de ocupación de adultos mayores por grupo de edad y zona de residencia. 2013

| | Total | Urbano | Rural |
|----------|-------|--------|-------|
| 60 y más | 32,4 | 30,2 | 37,2 |
| 60-69 | 46,9 | 45,1 | 51,3 |
| 70-79 | 23,4 | 19,9 | 30,5 |
| 80 y más | 8,7 | 6,2 | 14,2 |

Fuente: Elaboración propia a partir de CELADE, 2016 y los resultados agregados de la Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo, 2016

6.1 Ingresos

La última sección de este capítulo aborda la situación económica de las personas mayores en República Dominicana a través del análisis de sus ingresos. De acuerdo con las cifras presentadas en el Cuadro 8, el 34,3 % de las personas entre 60 y 69 años reciben ingresos solo por su trabajo, el 34,8 % únicamente a

través de ayuda de familiares, el 7,8 % por pensión y el 23,0 % a través de otras fuentes de ingresos ¹⁵. En el caso de los mayores ubicados en el subgrupo de edad entre 70 y 79 años, aumenta el peso relativo de ingresos devengados por solo ayuda de familiares, solo pensión y otras fuentes de ingresos, mientras disminuye el correspondiente a solo por concepto del trabajo. Esta dinámica guarda coherencia con la información analizada previamente sobre TO, toda vez que, dentro del grupo de personas mayores, a medida que aumenta la edad disminuye la TO y, por lo tanto, disminuyen los ingresos derivados solo por concepto de trabajo. La misma dinámica se identifica entre las personas de 80 y más, toda vez que el 46,2 % solo reciben ingresos vía ayuda de familiares, el 41,3 % por otras fuentes de ingresos, el 9,3 % solo por pensión y apenas el 3,3 % por trabajo.

Cuadro 8: Porcentaje de adultos mayores que reciben ingresos por fuentes de ingreso. 2013

| Fuente de ingreso | 60-90 | 70-79 | 80 y más |
|----------------------------|-------|-------|----------|
| Solo por trabajo | 34,3 | 11,2 | 3,3 |
| Solo por ayudas familiares | 34,8 | 41,9 | 46,2 |
| Solo por pensión | 7,8 | 13,9 | 9,3 |
| Otras fuentes | 23,0 | 33,0 | 41,3 |

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Demografía y Salud, 2013

Al respecto es importante poner énfasis en tres aspectos. En primer lugar, conforme aumenta la edad se acentúa la dependencia económica de las personas mayores hacia sus familiares y, por lo tanto, la percepción de ingresos solo por trabajo pierde peso relativo dentro de la distribución. Segundo, la cobertura de pensiones es muy baja en los tres subgrupos de edad. Finalmente, la categoría Otras fuentes concentra una porción importante de la distribución, indicando que las personas mayores tienden a tener más de una fuente de ingreso. Esto quiere decir que es probable que el dinero devengando ya sea por trabajo, pensión o ayuda de familiares no resulta suficiente y, por lo tanto, deben reunir ingresos de más de una fuente. El fenómeno en cuestión se acentúa conforme aumenta la edad cronológica de las personas mayores.

Cuadro 9: Porcentaje de adultos mayores que reciben ingresos por fuentes de ingreso y sexo. 2013

| Fuente de Ingreso | Hombres | | | Mujeres | | |
|-----------------------------|---------|-------|----------|---------|-------|----------|
| | 60-69 | 70-79 | 80 y más | 60-69 | 70-79 | 80 y más |
| Solo por trabajo | 57,2 | 19,6 | 6,5 | 14,2 | 3,1 | 0,7 |
| Solo por ayudas familiares | 20,6 | 37,3 | 40,1 | 47,3 | 46,3 | 51,1 |
| Solo por pensión | 9,0 | 24,1 | 15,4 | 6,8 | 4,2 | 4,3 |
| Otras fuentes ¹⁶ | 13,2 | 19,1 | 38,0 | 31,7 | 46,3 | 43,9 |

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Demografía y Salud, 2013

15. La fuente de ingreso 'otras fuentes' incluye en su cálculo aquellas personas con más de una fuente o una única fuente distinta a empleo, ayuda familiar o pensión. Las posibles fuentes de ingreso son: trabajo principal, otro trabajo, ayuda de familiares, rentas, pensión y otra compensación.

16. La fuente de ingreso 'otras fuentes' incluye en su cálculo aquellas personas con más de una fuente o una única fuente distinta a empleo, ayuda familiar o pensión. Las posibles fuentes de ingreso son: trabajo principal, otro trabajo, ayuda de familiares, rentas, pensión y otra compensación.

La desagregación de la información por sexo (Cuadro 9) muestra que, para las mujeres, independientemente del grupo de edad, la fuente de ingresos con mayor peso relativo es la ayuda de familiares como único medio de generación de ingresos, seguido de otras fuentes, solo trabajo y, por último, solo por pensión. En el caso de los hombres la relación varía de acuerdo con el subgrupo de edad. Los hombres entre 60 y 69 años que reciben ingresos únicamente por trabajo tienen el mayor peso relativo. No obstante, a partir de los 70 años cobran importancia solo ayuda de familiares y otras fuentes de ingresos. Para ambos casos (hombres y mujeres), la pensión como única fuente de ingresos concentra la porción más baja de personas.

Cuadro 10: Porcentaje de adultos mayores que reciben ingresos por fuentes de ingreso y zona de residencia. 2013

| Fuente de Ingreso | Urbano | | | Rural | | |
|-----------------------------|--------|-------|----------|-------|-------|----------|
| | 60-69 | 70-79 | 80 y más | 60-69 | 70-79 | 80 y más |
| Solo por trabajo | 32,8 | 9,3 | 3,5 | 38,0 | 14,9 | 2,9 |
| Solo por ayudas familiares | 34,9 | 41,0 | 42,2 | 34,6 | 43,7 | 54,6 |
| Solo por pensión | 8,2 | 15,9 | 11,3 | 7,0 | 10,0 | 5,1 |
| Otras fuentes ¹⁷ | 24,1 | 33,8 | 43,1 | 20,4 | 31,4 | 37,4 |

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Demografía y Salud, 2013

La distribución de fuentes de ingresos por grupos de edad y zona de residencia (Cuadro 10) muestra que las diferencias más importantes están entre las personas de 80 años y más, particularmente en la generación de ingresos solo por ayudas familiares y pensión. En entornos rurales es mayor la proporción de personas que tienen como fuente de ingresos únicamente ayudas familiares o solo trabajo. Por su parte, en las ciudades la pensión como única fuente de generación de ingresos y otras fuentes tiene un peso relativo más alto que en la distribución de la zona rural.

En términos de necesidades de generación de ingresos o de ayudas para aumentar los ingresos de personas mayores, las diferencias entre sector urbano y rural permiten concluir que en la ruralidad —especialmente— es muy importante incentivar programas que contribuyan a solucionar la falta de acceso a pensiones, como las pensiones no contributivas. En el caso de las ciudades se evidencia mayor exclusión de las personas mayores del mercado de trabajo.

Cuadro 11: Ingreso promedio per cápita de los hogares (con y sin adulto mayor/AM) por zona de residencia. 2013

| | Urbano | Rural | Total |
|--------|--------|-------|-------|
| Sin AM | 10.078 | 7.547 | 9.454 |
| Con AM | 10.478 | 7.273 | 9.491 |
| Total | 10.180 | 7.460 | 9.464 |

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Demografía y Salud, 2013

17. La fuente de ingreso 'otras fuentes' incluye en su cálculo aquellas personas con más de una fuente o una única fuente distinta a empleo, ayuda familiar o pensión. Las posibles fuentes de ingreso son: trabajo principal, otro trabajo, ayuda de familiares, rentas, pensión y otra compensación.

En términos de montos de ingreso de los hogares con y sin personas mayores (Cuadro 11), los datos muestran que el ingreso promedio per cápita de los hogares con y sin adulto mayor es más alto en la zona urbana que en la rural. Por otra parte, en los hogares mayores es más alto el ingreso per cápita que en las ciudades, en contraste con la realidad de la zona rural, en donde son los hogares sin personas mayores los que tienen un ingreso per cápita más alto. No obstante las diferencias, es importante tener en cuenta que las brechas no son altas.

Cuadro 12: Porcentaje de hogares según el Índice Internacional de Riqueza (con y sin adulto mayor), por zona de residencia. 2013

| Nivel de riqueza | Urbano | | | Rural | | |
|------------------|--------|--------|-------|--------|--------|-------|
| | Sin AM | Con AM | Total | Sin AM | Con AM | Total |
| Muy pobre | 17,7 | 14,9 | 16,6 | 42,6 | 40,7 | 42,0 |
| Pobre | 19,5 | 15,8 | 18,5 | 23,8 | 22,0 | 23,2 |
| Medio | 20,4 | 17,7 | 19,7 | 14,7 | 15,5 | 14,9 |
| Rico | 22,1 | 22,5 | 22,2 | 9,2 | 13,5 | 10,6 |
| Muy rico | 21,0 | 29,2 | 23,0 | 9,7 | 8,3 | 9,3 |

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Demografía y Salud, 2013

A pesar de las cortas diferencias de ingreso promedio per cápita entre hogares con y sin personas mayores, la distribución de acuerdo con las categorías del índice de riqueza sí muestra cierta heterogeneidad. En primer lugar, en las ciudades los hogares sin personas mayores tienden a ser más pobres: 17,7 % de estos hogares son muy pobres y 19,5 % son pobres, en contraste con 14,9 % y 15,8 %, respectivamente, en los hogares con personas mayores. Aunque el porcentaje de hogares con nivel de riqueza medio es 2,7 puntos porcentuales más alto para los hogares sin personas mayores, el porcentaje de hogares ricos es mayor en aquellos que tienen personas mayores y la brecha se acentúa en los hogares muy ricos, los cuales representan el 29,2 % de los hogares con personas mayores y el 21 % en los hogares sin personas mayores.

Por su parte, en la zona rural 42,6 % de los hogares sin personas mayores son muy pobres en comparación con 40,7 % registrado en aquellos con personas mayores. La diferencia en la categoría pobre es muy pequeña, apenas 1,8 puntos porcentuales, al igual que en nivel de riqueza medio (0,8 puntos porcentuales). El 13,5 % de los hogares con personas mayores son ricos mientras 9,2 % de los hogares sin personas mayores lo son. Finalmente, 9,7 % de los hogares sin personas mayores son muy ricos, sobrepasando así a los hogares con personas mayores en esta categoría por 1,4 puntos porcentuales.

De acuerdo con los resultados cuantitativos levantados para este ejercicio, existe una tendencia hacia mejor desempeño económico en los hogares con personas mayores. No obstante, no es claro si se debe a la participación de los mayores dentro de la provisión de ingresos a los hogares en mayor proporción, que los individuos de otras generaciones o, por otro lado, al hecho de que los hogares con personas mayores han tenido más tiempo de acumular capital, mientras que aquellos en los cuales aún no hay personas de 60 y más están iniciado la etapa de ahorro, adquisición de activos y, en general, acumulación de bienes.

Éramos un grupo de mujeres que nos íbamos todos los días a hacer el mismo trabajo a la finca, con eso criamos los hijos, cuando no teníamos ayuda para criar a los hijos, y así fue que los levantamos, trabajando en la finca, recogiendo guandules, recogíamos maní, arrancábamos habichuela, y así también a veces me subía para la loma y trabajábamos en la loma, era día de trabajo, y en la tarde llegaba uno a la casa a darle el sustento a los hijos... (GF Mujeres, Mayor de 60 años, Sur-Urbano, Bajos ingresos).

En cuanto a la pregunta que buscaba conocer los mecanismos de ahorro y preparación económica para la vejez, las respuestas de los participantes de los grupos focales son diversas. Por una parte, algunos participantes afirman que nunca en su vida pudieron ahorrar porque el tipo de trabajo y el ingreso que recibían no se lo permitían.

Si usted trabaja seis días a la semana, usted no puede guardar nada para la vejez. Porque lo que usted gana va al supermercado y antes le hace falta para llevar para la casa; entonces qué va poder ahorrar uno para la vejez (GF, Norte-Rural).

En el grupo de los que no consideran importante el ahorro como mecanismo de preparación económica para la vejez, algunos argumentan que simplemente no se consideran todavía viejos y que por lo tanto este es un tema que no les preocupa.

Bueno, yo no ahorro para la vejez porque yo no estoy pensando en la vejez, yo estoy pensando en el minuto siguiente, pero cómo voy a ahorrar para la vejez y para qué. Yo ahorro para mí, para mis necesidades, puede ser en la vejez, posiblemente, pero yo no estoy pensando en la vejez (GF, 40-60, Mixto).

Por otra parte, una gran proporción de los encuestados manifestó que la mejor forma de prepararse económicamente para la vejez es invertir en los hijos. Depender de los hijos fue la respuesta más común en los grupos focales realizados. Otros mecanismos que fueron mencionados se relacionan con la compra de activos, especialmente la compra de vivienda con el objetivo de recibir un ingreso en el futuro.

En los hijos. Por eso es que uno los tiene para que después lo atiendan a uno, porque uno los atiende cuando están pequeños y después ellos están mayores y tiene que atenderlo a uno (GF Mixto, 40-60, Rural Sur).

Bueno, yo hice algunas inversiones inmobiliarias y ahorro, entonces trabajé con miras a tener mi pensión también y mis cositas (GF Mujeres, Mayor de 60 años, Urbano).

Finalmente, la mayoría de los participantes afirmó que su situación económica ha empeorado con el paso de los años. Uno de los principales argumentos es la percepción que tienen las personas entrevistadas de que el poder adquisitivo del dinero ahora es mucho menor. Muchos manifiestan que ahora se pueden comprar menos bienes o servicios con el dinero, en comparación con el pasado.

Ahora estamos peor porque ahora el que va al mercado son 300, 400 pesos y viene sin nada y antes que iba al mercado hasta con 200 pesos, llevaba el desayuno, la comida... (GF Mujeres, Mayor de 60 años, Este).

Algunos de los encuestados también hicieron mención a la edad, al manifestar que se encuentran peor económicamente, ya que con el paso de los años conseguir un trabajo es mucho más complicado. Esta situación se relaciona con la pregunta que se hizo a los participantes que buscaba conocer si el trabajo contribuye a tener una mejor vejez ya que algunos participantes indicaron que no solo sentían que estaban peor económicamente, sino que incluso el trabajo les había traído consecuencias en la salud y, en específico, había acelerado su proceso de envejecimiento.

Es peor porque por la edad de nosotros, hay partes en las que se trabaja hasta los 60 años, pero otras en las que a los 40 ya no se puede trabajar. Un hombre de 40 años todavía puede trabajar, de 60 puede trabajar (GF Mixto, Mayor de 60 años, Rural).

Si usted trabaja demasiado se le va a gastar el cuerpo y se va poner más viejo de la cuenta, porque el trabajo gasta. A mi modo de ver, a medida de usted aumentándole se le consume el cuerpo (GF Mixto, Mayor de 60 años, Rural sur).

Sin embargo, no todas las percepciones son negativas. Algunos de los participantes por el contrario sí consideran que su situación económica es mejor en comparación con el pasado y también creen que el trabajo es un valioso mecanismo para prepararse para la vejez.

Sí está contribuyendo muy positivamente porque me siento una persona que puedo darle a la sociedad cosas positivas, a veces ando por la calle buscando personas para alfabetizar, son personas como de 80 y 70 años que firman con una cruz, entonces cuando sientes que estás aportando algo a esas personas, eso es algo que te llena que tú no ves la edad, sino que ves que sí se puede en todo momento, si nos dan la oportunidad lo podemos hacer (GF Mixto, 40-60, Santo Domingo).

Yo creo que el trabajo que uno hace si uno lo convierte en solo economía es un error porque también genera capital social, capital social quiere decir que a través del trabajo uno genera reputación y puede crear un círculo de amistades (GF Mayor de 60 años, Urbano, Altos ingresos).

7.2 Educación

Aprendizaje

En los grupos focales también se indagó sobre la posición que tienen las personas mayores frente al sistema educativo, en cuanto a su ciclo de vida en el cual se educaron y su utilidad. En este sentido, se preguntó por el aprendizaje, el nivel de acceso y la utilidad de la educación que recibieron las personas mayores participantes de los grupos.

La población mayor de República Dominicana reconoce la importancia de la educación para mejorar sus condiciones materiales, y también la ve como una esperanza de obtener una mejor posición en el mercado laboral.

Ahora mismo, ahora mismo, hay una dificultad con los maestros, y yo, si yo fuera maestro que hubiera estudiado yo le hubiera a pedir a educación que me diera un cargo de esos porque sesenta mil son sesenta

mil de pesos. Permiso. Y usted no me puede pagar a mí, sesenta mil pesos por un día de trabajo hoy, ayer lunes y no vuelve más a dar la clase (Hombres, 60+, San Juan, Urbano).

¿Qué le gustaría estudiar a usted, por ejemplo?

A mí me gustaría estudiar cualquier cosa que uno pudiera más o menos, de yo, si Dios lo permite echar un poco más hacia adelante, si él lo permite. Me gustaría estudiar cualquier cosa.

¿Por qué estudiaría? ¿Qué le daría el estudio?

Me daría para yo poder ayudar... ayudarme, como pueda, económicamente, ayudaría también lograr algo hacia el futuro, hacia adelante (Mixto, 60+, Quebrada Honda).

También se reconoce la importancia de la educación, aun cuando se es mayor, por fuera de la importancia que tiene para el desarrollo en el mercado laboral o para conseguir ingresos. Es interesante que el siguiente testimonio venga del área rural del país, pues da cuenta no solo de la mayor tasa de analfabetismo en la región, sino que logra evidenciar otras dimensiones de la educación en las personas mayores que no son tan estudiadas:

¿Qué le gustaría aprender?, piense y ahorita vuelvo con usted. Don Participante¹⁸.

A mí aprender sino se hace un sueño, por eso es que digo que aprenderlo es importante porque hay muchos que no sabemos de letra y quisiéramos aprender a firmar, no una cruz, yo la música no lo digo porque yo eso lo sé, desde niño yo lo he tocado y otra cosa que yo inteligentemente la he aprendido principalmente todo eso hace parte de aprendizaje, para aprender algo importante en la vida (Mixto, +60, Sierra Prieta, Rural).

A quiénes de ustedes les gustaría aprender algo nuevo, que les enseñaran algo nuevo? ¿A ti, Participante¹⁹?

¿Te gustaría que te enseñaran algo nuevo?

Sí, me gustaría porque el aprender es constante.

¿Como qué te gustaría aprender?

Yo no sé escribir ni leer, yo sé alguna cosita quisiera aprender más, porque yo aprendiendo algún propósito voy a llegar, ni que ya como uno se siente valorado, así como se siente en el cuerpo, uno no piensa después que puede llegar a un futuro, pero con la ayuda del Señor uno puede llegar (Mixto, 40-59, Llano, Rural).

Para este caso la firma es, además de una excusa, una forma en la que la persona mayor no se siente avergonzada de reconocer públicamente que no sabe escribir. Para este caso concreto, se puede asociar la firma y la disposición a aprender como una posibilidad de sentirse más incluido dentro del corpus social y hacer que esta persona desarrolle habilidades que no pudo hacer durante su juventud o que quiere afrontar en la vejez.

Los relatos optimistas frente a la educación también suelen estar acompañados de opiniones más ambivalentes, en las cuales se reconoce la importancia y las ganas de estudiar pero, también, se es conciente de las limitaciones que se tienen para desarrollar de buena manera los estudios:

18. Nombre modificado para preservar el anonimato.

19. Participante mujer. Nombre modificado para preservar el anonimato

Sí, para la edad de nosotros hay que tener fuerza de voluntad, y para estudiar, sí fácil, pero para la edad, hay muchas veces que ya a la edad de uno no lee una letra, le entra por aquí, y más cuando uno tiene, en el hogar tiene problemas, porque ejemplo, falta de dinero, una persona enferma, no tiene, entonces para concentrarse en el estudio, porque a mí me gusta leer, no es lo mismo que antes, pero me gustaría conocer otras personas, otra profesión, pero ya no, porque no sirve uno nada, se me va (Mixto, +60, San Juan, Urbano).

Muy bien, gracias, Participante²⁰, estarían hablando ahora sobre un poco de la educación, ¿estarían dispuestos a estudiar a su edad?

Yo sí.

Si, ¿y qué necesitaría para poder hacerlo?

Recursos.

¿Qué tipo de recursos?

Recursos, como para pagar los estudios y para la movilidad (Hombres, 60+, San Pedro).

¿Y usted Participante ²¹, está dispuesto?

Bueno yo, me viera gustado he ver estudiado para uno para la esenecia pero yo la vista ya no me ayuda, para yo seguir he ponerme a estudiar ya ha esta edad (Mixto, 60+, Rural).

Bueno, yo estuve ahí en INSOTEC haciendo un curso de computadoras, informática, terminé el primer nivel, pero luego entonces se enfermó mi hermana, falleció y no pude continuar con el segundo nivel, pero sí me gusta cualquier curso manual y cosas, hacer, me gusta, estar ocupada, especialmente los fines de semana.

Este último testimonio es interesante en la medida en que el participante del grupo focal pone énfasis en dos elementos: la informática y la ocupación del tiempo libre. Frente al primero, lucha contra el prejuicio asociado a las personas mayores con dificultades para el manejo de la tecnología. Y si bien es más fácil ser un early adopter que un aprendiz, las personas mayores sí tienen interés en entrar en ese mundo, y sostener dicho prejuicio puede evitar que ellas se vinculen al mundo de lo digital. En segunda medida se debe mencionar que una parte muy importante de la población mayor emprende un proceso de aprendizaje, precisamente para ocupar su tiempo libre. Esta dimensión del aprendizaje, en la cual confiesan estar interesados por actividades más allá del propio estudio (salir de casa, conocer personas nuevas, hablar en un salón), es una práctica de salud mental y de calidad de vida asociada a la educación que es importante tener en cuenta.

En el siguiente testimonio se da cuenta de dicho proceso en el cual se quiere estudiar más allá de la utilidad del conocimiento en el mercado laboral:

Yo sí estaría dispuesta o todas podemos disponernos a estudiar que no importa la edad, si tenemos la oportunidad, porque nosotros vamos a estudiar y eso uno aprende muchas cosas, que no es que vamos a ejercer pero uno se, se capacita y le ayudan, yo a mí, antes yo, el esposo mío, yo siempre estaba que, estaban dando cursos de esto, cursos de allí, yo siempre iba y él decía, 'tú siempre haciendo cursos y no te gradúas', pero

20. Nombre modificado para preservar el anonimato.

21. Participante hombre. Nombre modificado para preservar el anonimato.

es muy bueno, yo estoy participando ahora en un, las mujeres de, eso es de cementos nacionales ahí tienen grupos y enseñan muchas cosas que, de capacitación que aprendemos, que no es para uno, hacer, ejercer a la universidad, hacer un, no, es para uno capacitarse, aprender algo, por ejemplo uno con otras hacemos un grupo de, y compartimos.

Sin embargo, también hay posiciones negativas frente a la oportunidad y la posibilidad de estudiar, reforzado por significados que usualmente son atribuidos de forma negativa a las personas mayores y que incrementan su estigmatización:

¿Don Participante²² y a usted le gustaría aprender algo nuevo?

Uno quisiera aprender pero ya qué va uno a aprender, ya uno que le faltan pocos días. De pa' bajo.

¿Que le gustaría aprender a usted?

Bueno, me gustaría aprender de todo, pero es que ya no hay la forma para aprender (Hombres, 60+, San Juan, Urbano).

¿Pero qué lo pongo a estudiar? Ya una gente como yo, ¿qué es lo que voy a estudiar?

¿No le gustaría aprender algo?

Aprender quisiera, pero yo sé que yo ya no puedo aprender.

¿Usted sabe que no va a aprender? ¿Y por qué cree que no va a aprender?

Yo pienso que si ayer no aprendí, hoy no puedo aprender nada (Mujeres, +60, San Juan, Urbano-Sur).

Algunas de estas posiciones negativas frente a la educación están también sustentadas en dolencias y dificultades físicas que dificultan el desempeño cuando se estudia. Aunque para este caso particular, es de especial importancia poner énfasis que es un grupo focal desarrollado con personas de bajos ingresos, y que la opción frente a estudiar siempre fue hacer trabajo doméstico. El siguiente testimonio, de una mujer, puede darnos luces de la relación entre ingresos económicos, disposición a estudiar y estructuras de género que otorgan roles a las mujeres en el trabajo doméstico y no en el sistema educativo.

¿A ustedes les gustaría o estarían dispuestos a aprender algo en este momento?, estudiar algo en este momento. Doña Participante²³.

Y ya yo qué voy a estudiar, ya una gente con 71 años, ya yo no estudio nada, hacer los quehaceres de mi casa, eso es cuanto.

Y ¿por qué cree que este momento ya no es el tiempo para estudiar?, ¿por qué cree eso?

Ay, porque ya uno tan mayor, cuando no le duele un brazo, le duele un pie, cuando no la cabeza, en fin, que ya uno no se siente con la misma fuerza porque antes la gente decía ay, pero yo si me canso y pero como que la gente se cansa, decía yo, entonces ahora que llegué a mi vejez yo digo ah, pero ahora yo sí sé cómo se cansan, ya yo sí sé cómo es que uno se cansa porque antes yo no me cansaba, yo era incansable, todo era así cuando yo tenía que hacer una cosa yo estaba pendiente de lo que había que hacer pero ya no me hallo con ese ánimo, ya hago cualquier cosa y me quiero ya sentar o acostar y es así (Mixto, +60, Santo Domingo, Urbano, Bajos ingresos).

22. Nombre modificado para preservar el anonimato.

23. Nombre modificado para preservar el anonimato.

Sin embargo, hay otros significados asociados a las personas mayores que los que aseguran que ya no son capaces de aprender. Con esto queremos decir que, con los siguientes testimonios, podemos establecer que hay, en algunos casos, una reflexividad frente a la trayectoria de vida a la cual se le asocia la dificultad de vincularse el día de hoy al sistema educativo. Aquí se combinan la estigmatización con dicha reflexión.

¿Participante²⁴ y usted [quisiera seguir aprendiendo]?

Yo no sé la ve... Ya yo mayor no voy a aprender, me voy a poner a estudiar no voy a poder aprender.

¿Por qué cree que no va a poder aprender?

No porque uno ya viejo. Yo estuve en la escuela, le voy a decir yo estuve en la escuela, ¿y sabe por qué me salí de la escuela?, por trabajar en cultivo. Porque yo, mi mamá, nosotros éramos seis hijos varones y siete hijos, el papá de nosotros nos abandonó, y ninguno trabajaba, ya, y yo tuve que salirme de la escuela para trabajar en agricultura, para poder mantener a mis hermanos, ya yo eso fue en el dos mil que tuve (Hombres, 60+, San Juan, Urbano).

Y ¿qué le gustaría aprender? ¿qué le gustaría estudiar? ¿qué le gustaría aprender en este momento?

Bueno muchísimas cosas porque a mí me encantan las manualidades, me encanta todo pero yo no lo hice porque no tenía tiempo trabajando para mis hijos, no pude hacerlo, pero me encantaría, aunque sea verlo (Mixto, +60, Santo Domingo, Urbano, Bajos ingresos).

De esta manera, el participante del gupo focal evidencia que, si bien cree que ya no puede hacer nada, reconoce que ello es consecuencia de haberse salido del sistema educativo a temprana edad para procurar el sustento de su familia en un contexto de abandono del padre. Esta situación, que puede sonar de primera mano algo obvia, reconoce que las dificultades para acceder al sistema educativo en la época joven de las personas mayores se desprenden de múltiples factores, que propician desprotección. Esto quiere decir que son las personas mayores, como las de este testimonio, quienes tuvieron que elegir en algún momento de su vida entre trabajar y estudiar, y suelen tener consecuencias en el trayecto final de su vida y no únicamente en su desarrollo profesional. Esto es un punto en el cual la experiencia de las personas mayores es de suma importancia para generar políticas públicas para que se preste protección a las poblaciones que están vulnerables a este riesgo.

Acceso

Las preguntas frente al acceso al sistema educativo abren con su componente más polémico, las barreras. Aunque se enunció en el apartado anterior, esta sección reflexiona concretamente por las barreras de acceso que se tienen para las personas mayores en el sistema educativo. La primera que resalta es la barrera que tiene que ver con los recursos económicos:

Recurso, recurso económico. Toda la vida mi gran deseo fue desde joven, ser alguien a través del estudio, un gran profesional, pero la oportunidad, porque a veces uno, el deseo. Claro está, pero los recursos no están y no hubo recursos no tuve recursos para ser un profesional. Me ha gustado toda la vida estudiar, aprender algo nuevo, porque sé que el que estudia se supera, y a través del estudio se llega lejos, el que no estudia

24. Nombre modificado para preservar el anonimato.

no es nadie. Algún pueblo avanza es si se estudia, si no se estudia somos hombres muertos porque somos poco útiles cuando no estudiamos, y por esa razón entiendo que el estudio es el factor más importante, pero a veces somos carentes de recursos y por eso aun como acababa de decir el señor, le gustaba el Derecho, yo fui amante al Derecho, fui amante y dije que si por lo menos hubiese tenido oportunidad, lo que era Ingeniería o Derecho, esas hubieran sido mí, cualquiera de esas dos hubieran sido mi profesión favorita pero lamentablemente los recursos no me ayudaron (Hombres, +60, San Juan, Urbano).

Hay una barrera enunciada por los participantes que tiene que ver con el género y con la cultura y las costumbres en las cuales fueron educadas las personas mayores.

Las personas de antes casi no iban principalmente en la escuela, porque no había como ese arte de que... sino la mamá decía: 'no, la muchacha hembra, no, es para hacer los trabajos de la casa', y también nos ponían a trabajar agricultura, a mí misma, yo quisiera aprender porque a mí me gusta, estoy vieja y me gusta, pero ellos no lo pusieron en la escuela, a veces la posibilidad que uno tiene, quizá no llegue a la escuela, pero sí todavía, si es que se puede, y yo me consigo lentes porque ya la vista no está igual, y a veces (Mujeres, +60, San Juan, Urbano).

Las personas de antes casi no iban principalmente en la escuela, porque no había como ese arte de que... sino la mamá decía: 'no, la muchacha hembra, no, es para hacer los trabajos de la casa', y también nos ponían a trabajar agricultura, a mí misma, yo quisiera aprender porque a mí me gusta, estoy vieja y me gusta, pero ellos no lo pusieron en la escuela, a veces la posibilidad que uno tiene, quizá no llegue a la escuela, pero sí todavía, si es que se puede, y yo me consigo lentes porque ya la vista no está igual, y a veces (Mujeres, +60, San Juan, Urbano).

Como se menciona en la cita, elementos culturales desarrollados alrededor de los roles que deben cumplir las mujeres, se configuró como una barrera de acceso a la población femenina. Aunque este hecho se revierte con los datos enunciados al inicio, es importante considerar que para las personas mayores, durante su juventud, ser mujer implicaba tener mayores barreras de acceso a la educación.

Otra barrera de acceso mencionada tiene que ver con la poca infraestructura desarrollada alrededor de los lugares de estudio. Más allá de la existencia o no de escuelas, se refiere a la dificultad que existía para llegar a ellas. Es muy dicente que el primer testimonio corresponda a una población de bajos recursos.

¿Por qué pudo estudiar muy poco?

Bueno, porque la escuela estaba lejos y tenía que caminar muchos kilómetros, ya usted sabe con un sol y entonces fue en la de Trujillo y había unos camiones que cargaban la caña para el ingenio que uno tenía que irse, tirarse a la zanja por allá lejos de la calle porque llevaban unos vagones atrás y esos vagones hacían así y a veces se les zafaban y se iban, se despegaban el camión y eso se agarraba uno ya usted sabe, cuando nosotros veíamos esos camiones, los muchachos que íbamos para la escuela ya usted sabe que nos tirábamos por allá lejos (Mixto +60, Santo Domingo, Urbano, Bajos ingresos).

Alguien más tuvo estudio, aquí, que esté presente, no, ok, para quienes no estudiaron ¿por qué no estudiaron? Yo no tuve la oportunidad de estudiar, a como se debe de ser, porque fui a la escuela, pero imagínese, la escuela era de noche, cuando eran esos tiempos, se iba la luz a cada rato, no había inversores, es decir que

y por ese medio, por ese motivo también, es otra cosa que también... mi padre, no tuvieron la capacidad tampoco de, de inscribirme en la escuela, yo digo la capacidad porque no lo hicieron, bueno, eso es un punto, ese es otro punto, que yo sí, después de grande, ya que yo estaba muchacho ya de 15, 16 años... ya a un niño lo van a poner a la escuela. cuando ya uno, en esa etapa, uno no tiene ni, ni la mínima idea, de que quizá, quizá, lo que quiere es seguir jugando, lo que tienen amor es a jugar y ya, a jugar (Hombres, 60+, San Pedro).

Además, se enuncian barreras propias de los materiales, que serán desarrolladas adelante pero que es importante mencionarlas previamente.

Para quienes no estudiaron ¿por qué no lo hicieron?

Por falta de uno...

¿Falta de qué, perdón?

Por falta de lo de los pasajes, para uno poder transportarse; la diligencia de uno, si uno no pone de su parte, tampoco llega a nada. Hay que poner de su parte (Mixto, 60+, Quebrada Honda).

Otra parte de los participantes de los grupos focales aseguran haber empezado a educarse avanzados de edad, sin embargo, también nombran como alguna de las dificultades para continuar en el proceso de aprendizaje problemas que se desprenden de la edad. Esto hace urgente pensar en algunos ajustes razonables cuando se trate de educación para personas mayores:

Doña²⁵, usted ahorita me contó que no pudo terminar de estudiar, ¿por qué no pudo, qué paso?

Yo estaba estudiando, pero fue ya después de mayor y me caí y no pude estudiar y me paré, pero a mí me gusta mucho estudiar, leer, pero no aprendí nada (Mujeres, +60, San Juan, Urbano-Sur).

Por ejemplo ¿verdad? Ella dice que ella casi no ve, yo entiendo que ella puede conseguir un lente y ver claro, entonces cada una de las necesidades de cualquier problema que tenga cada una, si por ejemplo, alguien tiene una necesidad que no tiene un zapato, que no tiene un vestido, que no tiene unos lentes, o sea, más o menos la necesidad de cada una, por ejemplo planteada ahí, se podía haber solucionado, si se puede (Mujeres +60, San Juan Urbano).

Estos elementos enunciados se encuentran muy cerca del segundo elemento indagado en el acceso, los ajustes necesarios para que las personas mayores emprendan un proceso educativo. Se relacionan de manera cercana con las barreras, sin embargo aquí se pondrá énfasis en las soluciones concretas que presenta la población, más allá de que puedan parecer irrealizables. Una de ellas se desprende del apoyo a su condición de salud, que les permita continuar los estudios. Aunque la siguiente cita pueda parecer caprichosa, no debe ser tomada literalmente, sino que debe ponerse atención a la necesidad confesada de tener apoyos frente a la enfermedad.

Y usted ¿qué necesitaría en este momento para empezar un proceso de educación, qué condiciones necesitaría, ¿qué necesitaría?

25. Nombre suprimido para preservar el anonimato.

Que me dieran algo para la memoria porque es que la memoria está que falla, si veo un fósforo veo doce y lo que hago es que me pongo peor porque yo digo que de la ciada que yo tuve que me di aquí y se me salió la clavícula, de ahí para acá es que yo estoy así, entonces es que es eso, alzarme o cómo es que le llaman a esa enfermedad, yo digo que yo tengo es eso porque a mí tienen que repetirme mucho las cosas, mira Julia aquí, Julia tiene que llamarme el día de las reuniones de aquí de envejecientes porque es que se me va así y al esposo mío tengo que decirle es tal día la reunión para que me la acuerde (Mixto +60, Santo Domingo, Urbano, Bajos ingresos).

¿Qué necesitaría para seguir estudiando?

No porque ya a mi edad estoy ya para operación de la vista tengo cataratas en los ojos, ya un caso ya para ponerme a estudiar, ya con el chin que se, ya con lo que Dios me dio, me siento un hombre tranquilo.

Además, hay ajustes con respecto a la movilidad de las personas mayores que deben ser tenidos en cuenta. Es por ello que se requiere que los centros donde se eduquen no estén lejos, elemento que está directamente relacionado con la barrera mencionada anteriormente de la distancia a los centros educativos.

Si usted quisiera estudiar, ¿qué necesitaría que ese curso tuviera? ¿Qué estuviera cerca, lejos? ¿En qué horario le sirve más?

Imagínese usted lejos para nosotros, si uno no tiene quien lo lleve, por sus piecitos a nosotros lo lejos nos queda difícil cualquier cosa que uno quiera por la camina si nos queda lejos nos queda difícil (Mixto +60, Sierra Prieta Rural).

¿Y qué necesitaría para poder realizar esa necesidad?

Ahora mismo necesito recursos y moverme, moverme, tener que moverme ahora así, pero es una necesidad, ahora mismo para mí, para yo estudiar, porque lo necesito, lo que no pensé antes, ahora lo necesito (Hombres, 60+, San Pedro).

Y ¿qué tú necesitarías para lograr ese objetivo?

Necesitaría una escuela cerca de mi casa y los materiales (Mixto, 40-59, Rural).

Y en su caso concreto, ¿usted qué cree que debería tener esa educación para que se ajuste a lo que usted necesita? ¿Cómo ve usted ese curso? O sea, que esté cerca, o ¿cómo lo ve?

Si por ejemplo yo voy a hacer un curso, yo diría: 'bueno, yo quisiera hacer si se puede un curso de repostería', por ejemplo, yo diría que yo lo haría siempre y cuando yo no tenga que caminar lejos, o yo no tenga que comprar (Mujeres +60, San Juan Urbano).

También se hacen referencia, como queda enunciado en las últimas dos citas, a los materiales necesarios para desarrollar las actividades de aprendizaje, sean estas del sistema educativo formal o conocimientos más informales:

Y qué tú necesitas para que, ¿qué crees que necesitas para aprender costura?

La máquina.

La máquina, o sea ¿que tú aprenderías tú sola?

Sí porque yo cosía antes pero ahora tengo que volver de nuevo, hace rato se me olvidó ya darle a la máquina (Mixto, 40-59, Rural).

Repostería, y lo mismo ¿qué necesitaría para aprender repostería?

El curso.

¿El curso? O sea, el curso quiere decir.

Que la maestra venga también (Mixto, 40-59, Rural).

Las personas mayores, en este sentido, reclaman dificultades frente a su situación educativa, pero se presentan, como se mencionó antes, dispuestas a vincularse a procesos pedagógicos. Sin embargo, se requieren los ajustes mencionados y disponer la red de instituciones educativas para las personas mayores.

Utilidad

Finalmente, el último elemento por indagar en el material cualitativo tiene que ver con la utilidad que las personas mayores perciben de la educación recibida. Primero pasaremos a analizar los que aseguraron que la educación que les habían brindado era útil. El primero de estos elementos a resaltar es las puertas que se abren con la educación, sean estas de trayectorias de vida o de empleos, y que se reconocen como grandes ventajas del estudiar.

Pero esa educación que usted ha recibido hasta este momento, ¿cómo le ha servido para su vida?

No, muy bien, muy bien. Le doy gracias a Dios, porque se han abierto muchas puertas, yo puedo decir la verdad, yo he luchado, yo he peliado, a favor de mi comunidad, ellos son testigos, me he movido a todo lo largo y a todo lo ancho porque en realidad me he preparado, esos cursos técnicos. Yo tengo más de cincuenta cursos técnicos que he hecho. Le doy gracias a Dios por ello y ahora se me abre esa puertecita y la voy a aprovechar (Hombres +60, San Juan Urbano).

La educación que han recibido, por ejemplo doña María Antonia ¿para qué le ha servido?

Me sirvió, yo hice un curso de enfermería y me sirvió para algo. E: ¿Para qué le ha servido? I: Para todo, aprendí muchas cosas. E: ¿Y en la vida? I: A ganarme la vida (Mixto 60+, Rural).

Y ¿cómo le ha servido?

Me ha ido bien porque yo trabajaba en las calles, yo sabía hacer mis cuentas y no me dejaba engañar de nadie y yo quería seguir estudiando, pero en ese tiempo los papás no le podían comprar los libros a uno ni las macoticas, imagínese yo me gustaba estudiar, pero no pude llegar más de cuarto de primaria (Mixto +60, Santo Domingo, Urbano, Bajos ingresos).

En este sentido, es interesante cómo se reconoce como válida por parte de la comunidad toda los tipos de educación que no se encuentran necesariamente dentro de los ciclos escolares tradicionales. En el siguiente testimonio se puede ver cómo un hombre asegura tampoco tener estudios formales, pero haber asistido a cursos que le permitieron mejorar la calidad de vida de su familia y mejorar su relación laboral con sus jefes:

Don²⁶ y a usted ¿cómo le ha servido esa educación que tuvo?

Sí me ha ayudado bastante porque en realidad sé que lo poco o mucho que yo he podido realizar es

26. Nombre suprimido para preservar el anonimato.

porque me he sabido defender, en los lugares donde me ha desempeñado. Y tal como dice el señor Nibin, yo he hecho muchísimos cursos, no soy un profesional pero he hecho muchísimos cursos técnicos y eso me ha ayudado a poder manejarme, ayudar a buscar el sustento de mi familia y pues me ha servido de algo y no solo a mi familia porque con lo que yo he producido he probado desde que alguien más se halla beneficiado, que no sea familia mía porque si he tenido un patrón con lo que yo he aprendido, le he servido a ese patrón y ha sido un beneficio para una empresa la cual yo me haya desempeñado, puesto que el aprender es necesario, el saber y nos sirve de mucha utilidad, saber, aprender. No solo sería beneficio para una familia que formemos, sino para alguien más porque de uno aprende alguien que no sea familia de uno y eso es beneficioso (Hombres +60, San Juan, Urbano).

Un elemento interesante que sale a relucir cuando se pregunta por la utilidad del estudio tiene que ver con los lazos familiares y la oportunidad de apoyar a los hijos en las labores escolares.

Claro que nos sirvió, porque uno ayuda a los hijos de uno a hacer tareas, ayuda lo que no saben ellos uno se los enseña, porque antes no aprendía mal porque antes no existía televisor, los muchachos lo que hacían era estudiar, yo me levantaba a las seis a estudiar y ponían tareas de explicación para que aprendamos eso para explicarlo, como uno se acostaba temprano, se levantaba a las seis a estudiar y uno daba su explicación y todo eso (Mixto +60, San Juan, Urbano).

También se reconoce la utilidad de los estudios en la capacidad de generar ciudadanías y de educar personalidades. En este sentido, se enuncia que sirve para ver un mejor futuro, en cuanto a que la posibilidad de educarse es casi una garantía de mejorar las condiciones materiales de vida.

*Pero ¿cómo esa educación le ha servido a usted en su vida, de qué manera?
Me ha servido para un gran conocimiento para ver un mejor futuro, para ver un mejor mañana, para ver cómo debo de comportarme, cómo debo de convivir. Si tengo una gran dureza, pero ha sido medio rígido ser conocedor que me dijeron mira usted no se puede comportar en este caminar, obedecer que esa educación yo la pueda mantener, todo lo que se me dio es para bien mío y para bien de poder sobrevivir en el camino.*

Finalmente, hay referencias a la utilidad de la educación como prueba de la movilidad social dentro de la sociedad dominicana. Esto quiere decir, que la educación es útil porque le permite a una persona mejorar las condiciones de vida de donde viene.

Una señora: bueno me ha servido para ejercer una carrera, desarrollarme en esa carrera, venir de una familia en la cual mi madre lavaba por paga, mi papá era policía para costearnos los estudios, llegar al grado que estoy hasta llegar a hacer maestría, para mí es un gran logro y cuando yo veo a mi madre como trabajaba que sus manos siempre estaban enrojecidas por lavar, porque en ese tiempo no había lavadoras, en ese tiempo era a mano y planchar también, yo dije bueno ese no es el futuro que yo quiero para mí y mi madre me lo decía, yo no quiero este futuro para ti (Mixto, Santo Domingo, 40-59).

Los testimonios sobre la poca utilidad de la educación para las personas mayores son más dispersos y sus referencias menos concretas. Ejemplo de ello es que alguna parte de los testimonios se acercan más a barreras de acceso, algo así como que no sirve estudiar porque no podía llegar a la escuela, que algo concerniente a

la temática propia de los cursos tomados o de los grados aprobados. Sin embargo, hay algunos elementos que es interesante estudiar, como este concerniente a una cultura poco dedicada al estudio:

¿Usted fue y no aprendió nada? ¿Quién más fue a la escuela?

Yo fui, pero no aprendí porque no es como ahora, que ahora le hacemos fuerza a los niños para que vayan a la escuela, pero antes lo ponían a la escuela, y la madre 've si tú quieres', y por eso hay más personas analfabetas, pero ahora no, ahora si yo tengo mis hijos, yo les digo, 'no, usted tiene que ir a la escuela, porque yo no lo voy a criar como a mí me criaron, usted tiene que ir a aprender', pero antes no (Mujeres +60, San Juan Urbano-Sur).

Los demás elementos que se suelen dar alrededor de la no utilidad de lo aprendido son, como se dijo, dispersos y poco concretos, del tipo de los siguientes:

¿Y usted, tuvo la oportunidad de estudiar?

Sí.

Hasta que curso.

Hasta octavo.

¿Y le sirvió lo que aprendió hasta octavo?

Ay, a mí no.... no aprendí nada (Mujeres 60+, San Pedro).

En este sentido, se tiene una valoración muy positiva de la educación y de su utilidad para las personas, a nivel individual, y para la sociedad a nivel colectivo. Es por ello que abundan en el material las referencias, explícitas, a la utilidad de la educación en términos abstractos. Es decir, no es útil en cuanto sirve para hacer ciertas cosas, sino que se presenta como útil porque es una fuerza viva de lo social, hace sentir a las personas vivas y representa un universo lleno de retos y posibilidades.

Y ¿para qué le han servido esos estudios que usted han realizado?

Para vivir las diferentes etapas, mira no hay cosa más chula que ser estudiante, no de aquí para allá, antes, que ser estudiante, porque te permite sacar el niño interno, te permite muchísimas cosas, los grupos de estudio son buenísimos. Económicamente es el soporte, por supuesto, porque mientras más preparación tienes un poquito más de posibilidades de que tus ingresos sean mayores y es por eso que también es algo personal, de metas, de metas que me voy trazando y voy logrando (Hombres, 40-59, Urbano).

¿Usted qué opina de esto? A: Bueno, tengo mi opinión muy particular yo. Pienso que el estudio le devuelve la vida al hombre, como que el reloj se detiene. El reloj acelerado hacia la vejez en un aislamiento de la vida, como que logra detenerse un poquito y usted empieza a pensar en el conocimiento, la ciencia, la sabiduría, la fe divina, todo eso es un conjunto global. Eso va haciendo un constructor de tu vida, tú vas pensando, caramba, cómo estoy viviendo mejor ahora, tengo una vida espiritual porque el hombre que no estudia se sienta en el balcón de su casa y como no ve las novelas con su esposa, con sus hijas, ¿en qué está pensando? en nada y en nada, esa mente está dormida totalmente, o sea, duerme, no está activa, pero el hombre que tiene algo que hacer y que piensa que lo que está haciendo es para el bien suyo y el de los demás, eso pienso que va alargando la vida (Mixto, 60+, Urbano).

La educación goza, para las personas mayores dominicanas, de un espacio privilegiado donde, como se ve en los testimonios, es poco común la crítica y es mayor la preocupación por extender la posibilidad de

acceder a ella. Dentro de la población mayor, a diferencia de la generación anterior, por lo visto en las citas, la educación sí representa un bien valioso, tanto individual como colectivo. Esto sugiere que hay una ruptura con la concepción de educación y su relevancia entre las personas mayores y sus padres y abuelos. Este último triunfo merece ser puesto de relieve y a la población mayor dominicana se le debe reconocer.

8. Conclusiones

Los niveles de educación tienen una consecuencia directa sobre las posibilidades que tiene un individuo de conseguir una situación material que satisfaga sus necesidades. Este fue el sentido según el cual se agruparon estas dos categorías dentro del presente capítulo. En términos de sistema educativo es importante resaltar que República Dominicana ha tenido un considerable aumento en la cobertura y ha propiciado la expansión de la educación primaria y media. Sin embargo, hay aún muchos retos en el campo de la calidad de la formación y de la permanencia en el sistema educativo, cuyos indicadores son inferiores a los de la región.

Ya dentro del país, resalta que las tasas de analfabetismo afectan con más fuerza al sector rural que al urbano, y particularmente a las personas entre los 60 y los 69 años. Es preocupante, también, que dichas tasas de analfabetismo tienden a aumentar directamente con la edad, en la cual está el grupo de mayor incidencia (70 años y más). Además, el 16,5 % de las mujeres entre 60 y 69 años son analfabetas en comparación con el 14,3 % de los hombres de la misma edad. Así mismo, el 26,1 % de las mujeres de 70 años o más no saben leer ni escribir, 3,1 puntos porcentuales más que los hombres en el mismo grupo de edad. Esto caracteriza una situación en la cual el analfabetismo tiene especial injerencia en el campo y en las adultas mayores, propiciando situaciones de vulnerabilidad para quienes agrupan las tres condiciones.

Otro indicador de especial importancia para encadenar la educación y el mercado laboral es el de promedio de años de educación. Este se encuentra relacionado directamente con la capacidad que tiene una persona de tener movilidad social y con la calidad del empleo que puede conseguir, así como de la productividad en general del país. Es entonces preocupante que solo aproximadamente el 63 % de las personas mayores de 60 años tienen únicamente entre 0 y 5 años de educación. Un 22,3 % aprobó entre 6 a 10 años, 8,14 % de 10 a 15 años y apenas 6,6 % de 15 a 20 años. Estas cifras reflejan una población mayor cuyos años dedicados a educarse son muy bajos, y que la mayoría se encuentran en la primaria (0 a 5 años) y bachillerato (6 a 10 años). Esto, de nuevo, es agravado por la situación de desprotección en la que se encuentra el campo dominicano, pues en las zonas rurales el 91 % de la población de 70 o más únicamente alcanzó educación básica o primaria, mientras en los entornos urbanos cerca del 17 % de las personas en el mismo grupo de edad logró algún grado acceder, al menos, a educación secundaria.

En términos de mercado laboral y de ingresos, segunda sección de este capítulo, la situación dominicana para las personas mayores es compleja. La primera condición que resalta son los altos índices de informalidad en el mercado laboral dominicano. Según cifras oficiales de la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE), en 2016 más de dos millones de personas se encontraban trabajando en condiciones de informalidad. Esta cifra indica que una de cada dos personas se ocupa en trabajos que no garantizan ningún tipo de cobertura en materia de seguridad social y que se caracterizan por su bajo nivel de productividad, lo cual afecta significativamente el desempeño de la economía en su conjunto.

El índice de informalidad de República Dominicana se encuentra por encima del promedio para Latinoamérica. La principal motivación de los trabajadores de este país para ocuparse en el sector informal obedece a razones de exclusión, toda vez que el 44,3 % de los trabajadores informales manifestaron estar en el sector informal como consecuencia de la incapacidad de obtener un empleo formal. Los dominicanos manifestaron que prefieren estar en el sector informal por la preferencia de no responder a un jefe y tener mayor autonomía (16,2 %), ganar más dinero (14,0 %), tener horas flexibles y menos responsabilidades (10,2 %) y tener una mayor movilidad (7,8 %). El resto de trabajadores confesó estar en la informalidad por tradición familiar (3,8 %) y por otro tipo motivaciones. En este sentido, hay retos frente a la informalidad laboral, que tienen una relación directa con el envejecimiento y la obtención de una pensión, que son importantes tener en cuenta.

Además, la informalidad suele ser un espacio en el cual las personas mayores obtienen los ingresos necesarios para sobrevivir. En términos de ingresos, en las ciudades los hogares sin personas mayores tienden a ser más pobres: 17,7 % de estos hogares son muy pobres y 19,5 % son pobres, en contraste con 14,9 % y 15,8 %, respectivamente, en los hogares rurales con personas mayores. Esto condiciona un mercado laboral que se prepara de forma insuficiente para la vejez, y que suele tener barreras de acceso a los empleos formales.

Tres aspectos son importantes a la hora de evaluar la dependencia económica de las personas mayores. En primer lugar, conforme aumenta la edad se acentúa la dependencia económica de las personas mayores hacia sus familiares y, por lo tanto, la percepción de ingresos solo por trabajo pierde peso. Segundo, la cobertura de pensiones es muy baja en los tres subgrupos de edad. Finalmente, las personas mayores tienden a tener más de una fuente de ingreso. Esto quiere decir que es probable que el dinero devengando ya sea por trabajo, pensión o ayuda de familiares no resulta suficiente y, por lo tanto, deben reunir ingresos de más de una fuente. El fenómeno en cuestión se acentúa conforme aumenta la edad cronológica de las personas mayores.

Existen diferencias importantes entre hombres y mujeres que deben ser tenidas en cuenta de cara a la formulación de políticas públicas que incentiven el empleo. La falta de acceso de las mujeres a los trabajos determina las posibilidades que tienen para alcanzar una buena preparación económica para la vejez. Los datos permiten identificar que la velocidad de retiro del mercado laboral es mayor en los hombres y, por lo tanto, las mujeres asumen —en mayor medida— más responsabilidad en las edades más altas.

En conclusión, se puede evidenciar que a pesar del auge económico que experimentó República Dominicana en los últimos años, este no fue suficiente para crear mayores empleos en el sector formal ni para reducir los índices de pobreza e inequidad que afectan gran parte de la población.

9. Recomendaciones

- Los años dedicados a estudio tienen una relación directa con las posibilidades de movilidad social y de obtención de buenos empleos en la población activa económicamente, así como en la productividad del país. Es de vital importancia poner énfasis en aumentar la calidad de la educación y reducir los índices de deserción escolar.

- La informalidad es nociva para un envejecimiento con capacidades económicas de suplir las necesidades porque desfinancia los fondos públicos y porque no contribuye a que los trabajadores se hagan con una pensión. Se requiere de estrategias novedosas e innovadoras para combatir la informalidad o para hacer planes de formalización del empleo.
- Se deben incrementar los canales de comunicación entre el mercado laboral y las personas que se encuentran desempleadas. Propiciar un espacio de información perfecta por medio de la implementación de un programa de servicio de empleo, que permita estas interacciones.
- Es responsabilidad del Gobierno de República Dominicana el diseñar nuevos instrumentos innovadores que permitan garantizar el acceso de los trabajadores a los mecanismos de protección económica para la vejez, de lo contrario verán cómo millones de personas mayores tendrán que seguir trabajando hasta edades muy avanzadas en condiciones precarias y sin acceso a ninguna protección económica.
- En términos de género es de vital importancia tener en cuenta que el mercado laboral trata de forma diferenciada a hombres y mujeres y le otorga ventajas al primer grupo. En este sentido, se deben hacer acciones jurídicas y administrativas para incrementar la ocupación de las mujeres.

10. Bibliografía

- Alaimo, V., Bosch, M., Kaplan, D., Pagés, C. & Ripani, L. (2015). Empleos para crecer. Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Alm, J. & Embaye, A. (2013). Using Dynamic Panel Methods to Estimate Shadow Economies around the World, 1984-2006. Working Papers 1303, Tulane University, Department of Economics.
- Arellano Ortiz, P. (2016). La informalidad en América Latina: revisión del concepto y experiencias. *Revista Internacional de la Protección Social*, 1(1), 101-112.
- Banco Central de la República Dominicana. (2007). ENFT: mercado de trabajo. Banco Central de la República Dominicana.
- Banco Central de la República Dominicana. (2014). Recuperado de: <https://www.bancentral.gov.do/bibliotecap/pdf/ganadores/2014/tercer.pdf>
- Banco Central de la República Dominicana. Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo (ENFT). (2014). Recuperado de: https://www.bancentral.gov.do/estadisticas_economicas/metodologia.pdf
- Banerjee, A., Bénabou, R. & Mookherjee, D. (2006). *Understanding Poverty*. New York, United States: Oxford University Press.
- Bassi, M., Busso, M., Urzúa, S. & Vargas, J. (2012). *Desconectados: Habilidades, educación y empleo en América Latina*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Bertranoud, F. (2005). Restricciones, problemas y dilemas de la protección social en América Latina: enfrentando los desafíos del envejecimiento y la seguridad de ingresos. *Bienestar y Política Social*, 1(1), 35-58.
- Busso, M., Cristia, J., Hincapié, D., Messina, J. & Ripani, L. (2017). *Aprender mejor: políticas públicas para el desarrollo de habilidades*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Castellar, C. & Uribe, J. (Septiembre de 2001). Una aproximación econométrica a la tasa de retorno social de la educación. *Sociedad y Economía*, (1), pp. 77-102. Universidad del Valle, Cali, Colombia.
- CEPAL. (2017). *Coyuntura laboral en América Latina y el Caribe*. CEPAL.
- Cotlear, D. (2011). Population aging: Is Latin America ready? En D. Cotlear,
- Population aging: Is Latin America ready? (pp. 1-38). Washington D.C.: The World Bank.
- De la Torre, A., Filippini, F. & Ize, A. (2016). *The Commodity Cycle in Latin America: Mirages and Dilemmas*. LAC Semiannual Report, April 2016. World Bank. Washington, D.C.
- Elgin, C. & Oztunali, O. (2012). *Shadow Economies Around the World: Model Based Estimates*. Working Papers 2012/05, Bogazici University, Department of Economics.
- Fondo Monetario Internacional. (2017). Informe sobre perspectivas de la economía mundial. Recuperado de <https://www.imf.org/es/Publications/WEO/Issues/2017/07/07/world-economic-outlook-update-july-2017>
- Maloney, W. F. & Núñez Méndez, J. (2003). *Measuring the Impact of Minimum Wages: Evidence from Latin America*. Documento de trabajo 9800, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA.
- Morla Martínez, F. E. (2014). *La economía no observada de la República Dominicana: Tamaño, causas y consecuencias*. Santo Domingo, República Dominicana: Banco Central de la República Dominicana.
- Piketty, T. (2014). *The Capital in the Twenty - First Century*. Cambridge, United States: The Belknap Press of Harvard University Press.
- OECD. (2017). *Education at a Glance 2017, OECD indicators*. Recuperado de <http://www.oecd.org/edu/education-at-a-glance-19991487.htm>

- Oficina Nacional de Estadística (ONE). (2016). Empleo y seguridad social. Recuperado de <https://www.one.gob.do/Estadisticas/169/empleo-y-seguridad-social>
- Organización Internacional del Trabajo. (1993). Resolución sobre las estadísticas del empleo en el sector informal, adoptada por la Decimoquinta Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo (enero de 1993).
- Organización Internacional del Trabajo. (2003). Directrices sobre una definición estadística de empleo informal, adoptadas por la Decimoséptima Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo (noviembre-diciembre de 2003), Ginebra, Suiza.
- Ortiz, P. (2014). Políticas de Migración Laboral Sensibles al Género en los Corredores de Nicaragua, Costa Rica, Panamá, Haití y República Dominicana (2014). Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- Perry, G. E., Moloney, W. F., Arias, O. S., Fajnzylber, P., Mason, A. D. & Saavedra-Chanduvi, J. (2008). Escape y exclusión. Bogotá. Banco Mundial.
- Schneider, F. (2005). Shadow Economies around the World: What Do We Really Know? *European Journal of Political Economy*, 21(3), 598-642.
- Schneider, F. & Bühn, A. (2007). Shadow Economies and Corruption All over the World: Revised Estimates for 120 Countries. *Economics: The Open-Access, Open-Assessment E-Journal*, 1 (2007-9): 1-53 (Version 2). <http://dx.doi.org/10.5018/economics-ejournal.ja.2007-9>
- Schneider, F. & Enste, D. H. (2000). Shadow Economies: Size, Causes, and Consequences. *Journal of Economic Literature*, 38(1), 77-114.
- The Observatory of Economic Complexity - OEC. (2017). Massachusetts Institute of Technology (MIT).



Ahorro e inversión
para la vejez

CAPÍTULO

5

Elaborado por:

*Jairo Neira Sánchez, Santiago López Zuluaga,
Ana María Ortiz Hoyos, Carmen Elisa Flórez y
María Fernanda Ortega*

RESUMEN

El sistema de seguridad social dominicano establece una estructura mixta de beneficio con aportes individuales a través de una cuenta personal y un componente de solidaridad a favor de trabajadores y población de ingresos bajos. De igual forma existen algunos regímenes especiales para las pensiones establecidas con anterioridad a la ley de seguridad social de 2001. El sistema de pensiones está compuesto por tres regímenes: previsional contributivo, previsional subsidiado y previsional subsidiado-contributivo. En los tres casos se busca cubrir al adulto mayor de 60 años con una pensión por vejez, por discapacidad total o parcial, y pensión de sobrevivencia. Los regímenes se diferencian entre sí en términos del grupo poblacional objetivo que cubren dentro del adulto mayor y en algunos beneficios que ofrece el régimen contributivo en comparación con los otros. En particular, este régimen adicional a la pensión por vejez, discapacidad y sobrevivencia también incluye una pensión por cesantía por edad avanzada.

Dentro del régimen contributivo se destaca la existencia de dos modalidades que difieren en términos de quien asume el riesgo de longevidad –asociado al hecho de que el trabajador cotizante sobreviva más tiempo por encima de la expectativa de vida– y rentabilidad futura –incertidumbre sobre los rendimientos de los recursos en el mercado financiero–. El primer régimen (retiro programado) los fondos y aportes al sistema son administrados por la AFP pero el afiliado conserva la propiedad de estos y asume el riesgo de longevidad y rentabilidad futura. Por el contrario, en la segunda modalidad, de renta vitalicia, la AFP traspasa los fondos de la cuenta individual a una compañía de seguros y dicha compañía asume el riesgo de longevidad y rentabilidad para garantizar un monto estipulado de renta vitalicia (Art. 54, Ley 87-01).

A través de la estructura de pensiones descrita, la cobertura entre 2000 y 2014 aumentó 3,7 puntos porcentuales. Sin embargo, el 14,4 % de cobertura global del adulto mayor observado en 2014 es una cifra comparativamente muy inferior al promedio de la región latinoamericana. En particular, Bosh & Melguizo (2013) encuentran que en 2010 en promedio para 19 países de América Latina, el porcentaje de personas de 65 años y más cubiertas por una pensión –contributiva o no contributiva– era 62,5 %. Al discriminar la cobertura del sistema previsional dominicano por grupos poblacionales se encuentra –para 2014– que mientras 18,5 % del adulto mayor hombre está cubierto con una pensión, solo el 10,5 % de las mujeres adultas mayores se encuentran cubiertas.

El sistema previsional no contemplaba el cubrimiento de ciudadanos no insertados en la fuerza laboral. De esa forma, la menor inserción de la mujer en el mercado laboral en las décadas anteriores tiene como resultado una menor cobertura en pensiones. En 2000, mientras la tasa global de participación (TGP) masculina era un poco menos del 65 %, la femenina apenas superaba el 30 %. Si se tiene en cuenta que la razón de feminidad para la población de 60 años o más, en 2015 es mayor a 1 y en 2025 se proyecta sea mayor a 1,1, por lo tanto la mayor proporción de hombres

pensionados con respecto a mujeres pensionadas resalta el problema de cobertura previsional para la mujer. El hallazgo es consistente con los resultados del análisis de cobertura presentado en el capítulo.

En términos de diferencias por área de residencia se encuentra que en 2014 el 18,5 % de los adultos mayores que residían en el área urbana se encontraban cubiertos por una pensión, mientras que el área rural registró 6,8 %. Estos niveles de cobertura indican una diferencia de 11,7 puntos porcentuales entre el área urbana y el área rural, demarcando así la necesidad de priorizar esfuerzos adicionales en cobertura para el área rural. En términos de cobertura diferencial por grupo poblacional según estatus de pobreza, los análisis permiten observar que en 2014 solo 2,9 % del adulto mayor en condición de pobreza extrema y el 6,0 % del adulto mayor en condición de pobreza moderada, se encuentran cubiertos por alguna pensión. El 17,0 % del adulto mayor no pobre está cubierto por alguna pensión. Estos diferenciales por pobreza eran menores en 2000: 12,4 % de los no pobres y 5,0 % de los pobres extremos tenían cobertura pensional, es decir, la brecha por nivel de pobreza en cobertura pensional ha aumentado en los últimos 15 años.

Con el fin de mejorar la cobertura en los grupos poblacionales de pobreza extrema y moderada, el sistema previsional dominicano contempla un régimen subsidiado. Sin embargo, en 2014, luego de más de 10 años de implementada la reforma, aún la cobertura de estos grupos poblacionales es muy baja, toda vez que en ninguno de los dos casos supera el 10 % de la población. Esto significa que en República Dominicana el adulto mayor en condición de pobreza extrema y moderada se encuentra visiblemente desprotegido. Al analizar la distribución de la población pensionada según estatus de pobreza y compararla con la distribución de la población total nacional también por condición de pobreza, se destacan los bajos niveles de cobertura que el sistema previsional dominicano tiene en la población en condición de pobreza moderada y extrema. En 2014, 64,2 % de la población total nacional se encontraba en condición de no pobreza, 27,9 % en condición de pobreza moderada y 7,9 % en condición de pobreza extrema. Por el contrario, en el total de población pensionada, 89,0 % corresponde a población no pobre, 9,9 % a población en pobreza moderada y 1,1 % corresponde a población en condición de pobreza extrema.

Estos resultados subrayan el problema de baja cobertura del sistema previsional dominicano para todos los grupos poblacionales analizados. En ninguno de los casos el sistema cubre más del 20 % de la población. El grupo poblacional con mayores coberturas es el adulto mayor que reside en el área urbana y aun así, en 2014 la cobertura apenas alcanzaba el 18,5 %. Estos muy bajos niveles de cobertura implican a futuro esfuerzos enormes por parte del estado dominicano con el fin de lograr niveles aceptables de protección en la vejez. La ausencia de cobertura se agudiza y llega a niveles críticos para la población localizada en las áreas rurales, donde la cobertura solo alcanza 6,8 %, la población en condición de pobreza moderada y extrema con tasas de cobertura del 6,0 % y el 2,9 % y la mujer adulta mayor, quien en el total nacional alcanza niveles de tan solo 10,5 % de cobertura. Estos resultan ser los grupos poblacionales más desprotegidos por el sistema.

En términos de población cotizante se observa que mientras en 2003 solo el 17,1 % de la población económicamente activa cotizaba al sistema previsional, en 2017 esta proporción asciende al 40,2 %, lo que significa un incremento de 23,1 puntos porcentuales desde 2003. Es decir, la población cotizante

aumenta en 135 %. A su vez, al analizar la proporción de población cotizante respecto al número de ocupados, avances importantes se observan en la última década. En 2016, el 38,9 % de los ocupados se encontraba cotizando para pensiones, mientras que en 2000 tan solo el 25,4 % de los ocupados cotizaba. Es decir, entre 2000 y 2016 la cobertura aumentó 13,5 puntos porcentuales. Estos resultados indican que, en términos de cobertura de la población cotizante, el nuevo sistema previsional ha traído consigo avances importantes.

Resaltan las mayores tasas de cotización en mujeres que en hombres, respecto a población económicamente activa y la población ocupada. Esta diferencia se debe a que la relación de hombres con respecto a mujeres participando en el mercado laboral es mayor que la relación de hombres con respecto a mujeres cotizando en el mercado laboral. El análisis de las cifras indica que en 2016, mientras el número de cotizantes masculinos es 1,2 veces mayor al número de cotizantes femeninos, la población económicamente activa masculina es 1,7 veces mayor que la femenina y la población ocupada masculina es 1,6 veces mayor a la femenina. Los menores valores absolutos de población femenina, tanto económicamente activa como ocupada, conducen a observar mayores tasas de cotización femenina. En 2016, de los 2,7 millones de hombres que se encontraban participando en el mercado laboral, 958.000 corresponden a cotizantes; y de las 1,7 millones de mujeres que participan en el mercado laboral, 768.000 mil son cotizantes.

Aunque la distribución de población cotizante subraya un mayor número de cotizantes masculinos que femeninos, las menores tasas de participación femenina en el mercado laboral conducen a observar mayores tasas de cotización para la población femenina. Pero como se observa en la sección anterior, las mayores tasas de cotización femenina no están acompañadas de mayores tasas de cobertura en pensiones para las mujeres, por cuanto estas se expresan en términos de la población adulta mayor total. Los resultados indican incrementos en la proporción de población cotizante, tanto con respecto a la población económicamente activa, como con la población ocupada, para todos los rangos de edad. El grupo en el cual se evidencian mayores incrementos en cobertura del sistema previsional es la población de 40-59 años de edad. Mientras en 2003, solo 14,0 % de la población económicamente activa en esta edad se encontraba cotizando al sistema de pensiones, en 2017 este porcentaje asciende a 42,2 %. Respecto a ocupación, en 2008 el 23,2 % de la población ocupada de 40 a 59 años se encontraba cotizando para pensión, y en 2015 esta proporción es 35,3 %.

Prevalece, sin embargo, como reto, la cobertura del sistema en las generaciones más jóvenes. La población menor de 20 años es la que registra una menor proporción de población cotizante respecto a la población económicamente activa y la población ocupada. A su vez es el grupo que registra menores avances relativos en el tiempo desde 2003 hasta 2017. A 2017, solo 10,9 % de la población ocupada menor de 20 años y solo 10,0 % de la población económicamente activa en este rango de edad se encontraba cotizando al sistema de pensiones. Este grupo es el que registra mayores tasas de desempleo y mayores tasas de empleo informal. En 2015, 31,1 % de los hombres económicamente activos de esta edad se encontraban desempleados, al igual que 64,1 % de las mujeres del mismo rango de edad. En general, 70,1 % de la población ocupada en este rango de edad corresponde a empleo informal.

En ausencia de extensión de la cobertura, es necesario analizar la protección económica de los mayores por fuera del sistema de pensiones. El porcentaje de hogares con adulto mayor y que tiene por lo menos

un activo que podría usarse como mecanismo de protección para la vejez es más alto que el porcentaje de hogares sin algún adulto mayor y con alguno de estos activos: 91,8 % de los hogares con adulto mayor registra tenencia de por lo menos uno de estos activos, mientras que el porcentaje de hogares sin adulto mayor y con por lo menos uno de estos activos representa el 76 % del total. Estos resultados sugieren que el adulto mayor en República Dominicana, en ausencia de altas coberturas en el sistema provisional, cuenta con algún grado de protección alternativa a través de la tenencia de activos.

Una explicación alternativa a los resultados obtenidos sería la existencia de una mayor proporción de hogares con adulto mayor dentro de la parte alta de la distribución de hogares por nivel socioeconómico. Sin embargo, al analizar la distribución de hogares con y sin adulto mayor por nivel socioeconómico, el tercil más alto de la distribución no registra diferencia significativa en la proporción de hogares con y sin adulto mayor. Otra posible explicación alternativa es que los hogares con adultos mayores corresponden a hogares que en promedio se encuentran en etapas avanzadas del ciclo de vida, en el cual el proceso de acumulación de activos ha tenido lugar a lo largo de la vida productiva. Esto en contraste de hogares sin adulto mayor que se encuentran en la etapa de vida productiva, en la cual apenas estos procesos de acumulación ha iniciado.

La distribución de hogares con vivienda propia según la forma de tenencia de la vivienda indica que la distribución de hogares con adulto mayor y tenencia de vivienda se concentra especialmente en hogares en los cuales la vivienda es propia y completamente paga. El 72,9 % de los hogares con adulto mayor y tenencia de vivienda registran la vivienda como completamente paga. Para el caso de los hogares sin adulto mayor este porcentaje asciende a solo el 43,9 %. Estos resultados pueden sugerir que el adulto mayor, especialmente el rural, ante las bajas tasas de cobertura del sistema previsional ha optado como estrategia de aseguramiento para la vejez la inversión en vivienda propia, como un activo que le permite en la edad menos productiva asegurarse ante menores niveles esperados de ingreso. Alternativamente, la hipótesis del ciclo de vida cobra relevancia para explicar esta mayor concentración de tenencia de vivienda propia en hogares con adulto mayor, en relación con hogares sin por lo menos un adulto mayor. No obstante, estos resultados también indican que el adulto mayor que no cuenta con vivienda propia, ante las bajas coberturas del sistema previsional, se encuentra completamente desprotegido. Este resultado es consistente con la baja tasa de cobertura del sistema de pensiones para el adulto mayor en situación de pobreza extrema.

CONTENIDO

| | | |
|-----------|---|------------|
| 1. | Introducción | 245 |
| 2. | Marco teórico | 245 |
| 3. | Marco jurídico: el sistema previsional en República Dominicana | 246 |
| | 3.1. Régimen contributivo | 248 |
| | 3.1.1. Seguro de vejez, discapacidad y sobrevivencia | 249 |
| | 3.1.2. Pensión por vejez | 249 |
| | 3.1.3. Pensión por discapacidad total o parcial | 250 |
| | 3.1.4. Pensión por cesantía por edad avanzada | 250 |
| | 3.1.5. Pensión de sobrevivientes | 251 |
| | 3.1.6. Fondo de Solidaridad Social | 251 |
| | 3.2. Régimen subsidiado | 251 |
| | 3.3. Régimen contributivo-subsidiado | 252 |
| 4. | Análisis de datos cuantitativos | 253 |
| | 4.1. La cobertura del sistema previsional | 253 |
| | 4.2. Cotización al sistema previsional | 258 |
| | 4.3. Activos en el hogar como mecanismo de protección para la vejez | 264 |
| 5. | Análisis cualitativo | 268 |
| 6. | Conclusiones | 271 |
| 7. | Recomendaciones | 273 |
| 8. | Referencias | 274 |

1. Introducción

El sistema dominicano de pensiones fue establecido mediante la Ley 87 de 2001 que crea el sistema nacional de seguridad social. El establecimiento de este sistema previsional, que inició en el 2003, fue producto, entre otros, de una línea de reformas en toda América Latina, las cuales empezaron en Chile en 1981, luego Perú en 1993, Colombia y Argentina en 1994, Uruguay en 1996, México y Bolivia en 1997 y Costa Rica y Nicaragua en 2000 (Bosh & Melguizo, 2013).

Este grupo de reformas en los sistemas previsionales de América Latina buscó no solo incrementos en el porcentaje de adultos mayores con una pensión y en el porcentaje de trabajadores cotizando, sino también aumentos en la productividad laboral, el ahorro local y el desarrollo de los mercados financieros y de capitales locales a través de la implementación de las cuentas individuales (Bosh & Melguizo, 2013).

La revisión de la literatura en cuanto a los efectos de estas reformas hecha por Bosh & Melguizo (2013) subraya como resultado común en los países de América Latina mencionados atrás, la reducción de la deuda implícita del sistema previsional y el desarrollo de los mercados de capitales. Sin embargo los autores también encuentran como principal reto en el avance de estos sistemas previsionales la ampliación de la cobertura (2013), pues, a 2013, los logros en cobertura que encuentran los autores no son satisfactorios. Estos incrementos en cobertura por debajo de lo esperado también fueron señalados tempranamente por Suárez & Pescetto (2005).

Este capítulo se concentra en analizar para el caso de República Dominicana, el estado actual del sistema previsional en términos de cobertura, con el fin de evaluar en qué medida el adulto mayor dominicano, luego de la reforma al sistema de seguridad social nacional, continúa estando desprotegido ante la pérdida o reducción del ingreso que percibía durante su etapa productiva. A su vez, se analizan los avances en cobertura del sistema en las generaciones actuales, que en el mediano y largo plazo se encontrarán en las personas mayores.

El capítulo está organizado de la siguiente manera: primero se presenta en las secciones 2 y 3 del capítulo el marco teórico y legal correspondiente. En estas se describe brevemente la racionalidad de los sistemas de seguridad social y en particular el marco institucional del sistema previsional dominicano. Luego en la sección 4, se presentan los resultados cuantitativos del capítulo, los cuales analizan los avances en cobertura desde 2000 hasta 2017, primero en términos de población adulta mayor pensionada y después en términos de la población cotizante. Seguidamente se hace un análisis de la presencia de activos en los hogares dominicanos como posible fuente de ahorro para la vejez. La sección 5 incluye los resultados cualitativos obtenidos a partir de un ejercicio de grupos focales y entrevistas a profundidad. El capítulo termina presentando las principales conclusiones derivadas del estudio.

2. Marco teórico

Las pensiones hacen parte del proceso histórico de la seguridad social, que durante el siglo XX se desarrolló y se amplió primero en países desarrollados y luego en los países en vías de desarrollo. Tiene su origen en la

Prusia de finales del siglo XIX, donde Otto Von Bismark, que también fue el artífice de la unificación alemana, decidió implantar un sistema de seguridad y bienestar para los obreros industriales. El sistema pensional de, primero Prusia, y después el Imperio alemán, hacía parte de este esfuerzo de protección a los trabajadores. A partir de este momento los demás estados europeos comenzaron a preocuparse por dar protección a los trabajadores. La seguridad social es definida por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) como:

La protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que de otra manera derivarían de la desaparición o de una fuerte reducción de sus ingresos, como consecuencia de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo o enfermedad profesional; desempleo, invalidez, vejez y muerte, y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos (Ely Tamin, 2006, pág. 256).

La definición de la OIT agrupa múltiples efectos y consecuencias de la vida productiva y reproductiva que deben ser protegidas durante las etapas productivas. Dentro de las consideradas se encuentran la “vejez”, concepto en el que nos detendremos para dar cuenta del régimen pensional dominicano.

Además del enfoque comprendido dentro de la seguridad social, cercano al de pensión, también hay enfoques más individuales que dan cuenta del ahorro para la vejez. Uno de ellos es el del Ciclo de la Vida. Es una teoría que indaga sobre los patrones de consumo de las personas y es clave para definir los grados de dependencia económica en la que se encuentran las personas durante el transcurso de su vida. Según los autores, los individuos ahorran en su etapa productiva y desahorran en la vejez con el fin de alcanzar un ideal de distribución del consumo entre sus etapas activa y pasiva (Ando & Modigliani, 1963).

3. Marco jurídico: el sistema previsional en República Dominicana

El sistema dominicano de pensiones fue establecido mediante la Ley 87 de 2001 que crea el sistema nacional de seguridad social. A través de esta ley, se establece el seguro de vejez, discapacidad y sobrevivencia, el cual tiene por objeto remplazar la pérdida o reducción del ingreso por causa de vejez o discapacidad y así evitar reducciones en la calidad de vida de los individuos sujetos a estas.

La Ley de Seguridad Social establece una estructura mixta de beneficio para el seguro, la cual combina aportes individuales a través de una cuenta personal y un componente de solidaridad a favor de trabajadores y población de ingresos bajos. Es de anotar que permanecen en el sistema anterior establecido por las Leyes 1986 y 379 de 1948 y 1981, respectivamente, todas las pensiones establecidas con anterioridad a la Ley de Seguridad Social de 2001. Los principios rectores de la seguridad social en República Dominicana, consagrados en dicha ley, son los siguientes:

- Obligatoriedad
- Integralidad
- Unidad
- Equidad
- Solidaridad

- Libre elección
- Pluralidad
- Separación de funciones
- Flexibilidad
- Participación
- Gradualidad
- Equilibrio financiero

Además, en el artículo 5A de la ley son beneficiarios del seguro de vejez, discapacidad y sobrevivencia:

- a) Los(as) trabajadores(as) dependientes y los empleadores, urbanos y rurales, en las condiciones establecidas por la presente ley;
- b) Los(as) trabajadores(as) dominicanos que residen en el exterior, en las modalidades establecidas por la presente ley;
- c) Los(as) trabajadores(as) independientes y los empleadores, urbanos y rurales, en las condiciones que establecerá el reglamento del Régimen Contributivo Subsidiado;
- d) Los(as) desempleados(as), discapacitados(as) e indigentes, urbanos y rurales, en las condiciones que establecerá el reglamento del Régimen Subsidiado.

El sistema dominicano actual de pensiones está compuesto por tres regímenes: previsional contributivo, previsional subsidiado y previsional subsidiado-contributivo (los últimos dos existentes únicamente en legislación), aunque en la actualidad únicamente el primero está en funcionamiento. Los tres regímenes cubrirían al adulto mayor de 60 años con una pensión por vejez, por discapacidad total o parcial y pensión de sobrevivencia. Los regímenes se diferencian entre sí en términos del grupo poblacional objetivo que cubren dentro del adulto mayor y en términos también de algunos beneficios que ofrece el régimen contributivo en comparación con los otros. En particular, este régimen adicional a la pensión por vejez, discapacidad y sobrevivencia también incluye una pensión por cesantía por edad avanzada.

Esta estructura del sistema de pensiones contempla como afiliados al régimen previsional contributivo a todos los trabajadores asalariados, quienes eligen la Administradora de Fondos de Pensión (AFP) de su predilección.

Por su parte, el régimen previsional subsidiado cubre al adulto mayor en estado de discapacidad severa, desempleado o que carece de los recursos para satisfacer sus necesidades mínimas. Las personas con una discapacidad severa y las madres solteras con hijos menores de edad y con recursos insuficientes para satisfacer sus necesidades mínimas y las de educación de los menores, así como las personas que por alguna discapacidad severa no pueden cumplir estos objetivos, son también beneficiarios de este sistema. El régimen previsional contributivo subsidiado busca proteger a los trabajadores independientes y a los “cuenta propia” con ingresos iguales o superiores al mínimo nacional.

Sin embargo, a pesar de que la ley estipula la existencia de los regímenes previsional subsidiado y previsional subsidiado-contributivo, a la fecha continúa como principal desafío para el sistema previsional dominicano la implementación efectiva de estos dos regímenes. La ausencia de ellos pone en descubierto

la desprotección de los grupos poblacionales que estos regímenes están concebidos para proteger: adulto mayor en estado de discapacidad severa, desempleado o que carece de los recursos para satisfacer sus necesidades mínimas, madres solteras con hijos menores de edad y con recursos insuficientes para satisfacer sus necesidades mínimas, trabajadores independientes o por cuenta propia con ingresos iguales o superiores al mínimo nacional.

A continuación se describe el funcionamiento básico que estipula la ley para estos tres regímenes.

3.1. Régimen contributivo

Dentro del régimen contributivo, se destaca la existencia de dos modalidades que difieren en términos de quien asume el riesgo de longevidad y rentabilidad futura. El riesgo de longevidad es el riesgo asociado al hecho de que el trabajador cotizante sobreviva en términos de tiempo más allá de la previsión de vida, lo que hace que los fondos ahorrados durante la fase productiva no sean suficientes para cubrir la pensión en el largo plazo. El riesgo de rentabilidad se refiere, por su parte, al riesgo de rentabilidad que tienen los recursos en el mercado financiero.

En la primera de estas modalidades de retiro programado, los fondos y aportes al sistema son administrados por la AFP, pero el afiliado conserva la propiedad de estos y asume el riesgo de longevidad y rentabilidad futura. Por el contrario, en la segunda modalidad, de renta vitalicia, la AFP traspasa los fondos de la cuenta individual a una compañía de seguros y dicha compañía asume el riesgo de longevidad y rentabilidad para garantizar un monto estipulado de renta vitalicia (Art. 54, Ley 87-01).

Dentro de esta estructura del sistema de pensiones, se establece un Fondo de Solidaridad Social a favor de los afiliados mayores de 65 años y de ingresos bajos, es decir quienes, una vez cotizados por lo menos 300 meses en cualquiera de los sistemas de pensión vigente, el saldo de su cuenta individual no les alcanza para cubrir como pensión el valor mínimo reglamentado anualmente. Cabe destacar la edad diferencial de los potenciales beneficiarios de este fondo, pues mientras los tres regímenes cubren al adulto mayor de 60 años, el Fondo restringe su población beneficiaria a los adultos mayores de 65 años y aplica a afiliados al régimen contributivo y contributivo subsidiado.

A pesar de la ley haber sido establecida desde 2003, en 2017 aún República Dominicana enfrenta importantes retos para su implementación. Es así que, de acuerdo con la ley, a la fecha se propone un período de transición de 10 años tendiente a la implementación total de esta norma. Los objetivos de esta transición son:

- a) Desarrollar la apertura conceptual necesaria para avanzar de manera consciente en la construcción del nuevo sistema de seguridad social;
- b) Planificar y ejecutar la transformación del actual régimen del Seguro Social en un Sistema Dominicano de Seguridad Social, garantizando la continuidad y el mejoramiento continuo de los servicios;
- c) Reorganizar las instituciones públicas y privadas afiliadas para readecuar sus modelos y servicios a los principios de la seguridad social y a los requerimientos de la presente ley y sus normas complementarias;

- d) Afiliar a la población en forma gradual y progresiva a fin de adecuar el proceso a las posibilidades financieras de los sectores público, laboral y empleador;
- e) Realizar los estudios socioeconómicos contemplados en la presente ley.

A continuación se describe el funcionamiento básico que la Ley de Seguridad Social establece, en el marco del régimen contributivo, para: i) El seguro de vejez, discapacidad y sobrevivencia; ii) La pensión por vejez; iii) La pensión por discapacidad total o parcial; iv) La pensión por cesantía o edad avanzada; v) La pensión de sobrevivientes; y vi) El Fondo de Solidaridad Social.

3.1.1. Seguro de vejez, discapacidad y sobrevivencia

La Ley de Seguridad Social dominicana estipula que los seguros de vejez, discapacidad y sobrevivencia tienen como finalidad:

Remplazar la pérdida o reducción del ingreso por vejez, fallecimiento, discapacidad, cesantía en edad avanzada y sobrevivencia. Tendrá una estructura mixta de beneficio que combinará la constitución y el desarrollo de una cuenta personal para cada afiliado, con la solidaridad social en favor de los trabajadores y la población de ingresos bajos, en el marco de las políticas y los principios de la seguridad social. En adición, permitirá aportes adicionales con la finalidad de obtener prestaciones complementarias (Nuevo Consenso, 2002, p. 13).

Allí mismo se hacen referencias a las condiciones de afiliación al régimen contributivo, que es condición para ejercer trabajos formales. Cada trabajador está en la obligación de elegir una Administradora de Fondos de Pensión (AFP) e informarlo a su empleador. Debe cotizar sobre la base de su salario y hacerlo de forma mensual. Los derechos adquiridos por pertenecer al régimen contributivo es poder usar una de las cuatro modalidades de pensión: por vejez, por discapacidad total o parcial, por cesantías por edad avanzada o por sobrevivencia.

3.1.2. Pensión por vejez

Se adquiere derecho a una pensión por vejez, cuando el afiliado acredite:

- a) Tener la edad de sesenta (60) años y haber cotizado durante un mínimo de trescientos sesenta (360) meses; o
- b) Haber cumplido cincuenta y cinco (55) años y acumulado un fondo que le permita disfrutar de una jubilación superior al cincuenta por ciento (50 %) de la pensión mínima.

Teniendo en cuenta estas dos condiciones, al momento de pensionarse el afiliado puede elegir entre dos opciones:

- a) Una pensión con la modalidad de retiro programado, manteniendo sus fondos en la AFP, en cuyo caso el afiliado conserva la propiedad sobre estos y asume el riesgo de longevidad y rentabilidad futura;

- b) Una pensión con la modalidad de renta vitalicia, en cuyo caso traspasa a una compañía de seguros el saldo de su cuenta individual y pierde su propiedad, a cambio de que dicha compañía asuma el riesgo de longevidad y rentabilidad, y garantice la renta vitalicia acordada.

En ese sentido, las personas mayores que acrediten alguna de las dos primeras condiciones, pueden elegir entre retirar sus ahorros o trasladarlos a una compañía de seguros y garantizarse una renta vitalicia.

3.1.3. Pensión por discapacidad total o parcial

La pensión por discapacidad total o parcial se adquiere cuando el afiliado acredite:

- a) Sufrir una enfermedad o lesión crónica, cualquiera que sea su origen. Se considerará discapacidad total cuando reduzca en dos tercios su capacidad productiva, y discapacidad parcial, entre un medio y dos tercios; y
- b) Haber agotado su derecho a prestaciones por enfermedad no profesional o por riesgos del trabajo de conformidad con la presente ley.

La pensión por discapacidad total será del 60 % del salario base, y la pensión por discapacidad parcial será del 30 % del salario base. Estos beneficios deben ser revisados cada tres años. El organismo encargado de determinar las normas, los criterios y parámetros para establecer y evaluar el grado de discapacidad será la Comisión Técnica sobre la Discapacidad, regulada por el artículo 48 de la ley que se está reseñando. Estará integrada por:

- a) El superintendente de Pensiones, quien la presidirá;
- b) El presidente de la Comisión Médica Nacional;
- c) El director de la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados;
- d) Un miembro designado por la Asociación Médica Dominicana (AMD);
- e) Un representante de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), elegido por estas;
- f) Un representante de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), seleccionado por estas;
- g) Un representante de las compañías de seguros de sobrevivencia y discapacidad;
- h) Un representante del Centro de Rehabilitación;
- i) Un representante de los profesionales de enfermería.

Además, se instala la Comisión Técnica Nacional y la Comisión Técnica Regional como organismos que establecerán el grado de discapacidad, y la Comisión Nacional también deberá fungir como instancia de apelación de los fallos de la Comisión Técnica Regional, y de los afiliados a una AFP que deseen apelar una decisión.

3.1.4. Pensión por cesantía por edad avanzada

El afiliado tendrá derecho a una pensión mínima dado el caso de que quede sin trabajo remunerado, tenga 57 años de edad y haya cotizado un mínimo de 300 meses. El afiliado que tenga los 57 años y no

logre alcanzar el mínimo de 300 cotizaciones, según la ley, debe otorgársele una pensión con base en los fondos acumulados.

3.1.5. Pensión de sobrevivientes

La pensión de sobrevivientes cubre al afiliado en caso de que fallezca. Será otorgada al cónyuge sobreviviente menor de 50 años por un período de 60 meses, o en su defecto al hijo menor hasta los 18 años. El cónyuge sobreviviente mayor de 50 años y menor de 55 años tendrá derecho a setenta y dos (72) meses de pensión y los sobrevivientes mayores de 55 años, a una pensión vitalicia. Los posibles beneficiarios de esta son:

- a) El (la) cónyuge sobreviviente;
- b) Los hijos solteros menores de 18 años;
- c) Los hijos solteros mayores de 18 años y menores de 21 años que demuestren haber realizado estudios regulares durante no menos de los 6 meses anteriores al fallecimiento del afiliado;
- d) Los hijos de cualquier edad considerados discapacitados de acuerdo con el reglamento de pensiones.

3.1.6. Fondo de Solidaridad Social

Además de las especificaciones sobre el régimen contributivo, la legislación presente regula la pensión por Fondo de Solidaridad. Así, el artículo 60 indica que:

Fondo de Solidaridad Social: el Estado dominicano garantizará a todos los afiliados el derecho a una pensión mínima. Al efecto, se establece un Fondo de Solidaridad Social en favor de los afiliados de ingresos bajos, mayores de 65 años de edad, que hayan cotizado durante por lo menos 300 meses en cualquiera de los sistemas de pensión vigentes y cuya cuenta personal no acumule lo suficiente para cubrirla. En tales casos, dicho fondo aportará la suma necesaria para completar la pensión mínima.

Está diseñado para apoyar a los cotizantes que sean personas mayores de 65 años cuya cuenta personal no alcance para completar la pensión mínima.

3.2 Régimen subsidiado

En el artículo 63 de la ley se establecen como beneficiarios de la pensión solidaria la población discapacitada, desempleada e indigente. Lo anterior como parte de una política general para reducir los niveles de pobreza en el país. De acuerdo con lo anterior y la ley, se estipula que tendrían derecho a una pensión solidaria los siguientes grupos poblacionales:

- a) Las personas de cualquier edad con discapacidad severa;
- b) Las personas mayores de sesenta (60) años de edad que carecen de recursos suficientes para satisfacer sus necesidades esenciales;
- c) Las madres solteras desempleadas con hijos menores de edad que carecen de recursos suficientes para satisfacer sus necesidades esenciales y garantizar la educación de estos.

De esta manera se determina que las personas en condición de vulnerabilidad son los agentes a priorizar del régimen subsidiado. Los beneficios del régimen subsidiado y de la pensión solidaria son:

- a) Pensión por vejez y discapacidad, total o parcial.
- b) Pensión de sobrevivencia.

El monto será del 60 % del Salario Mínimo Público. Con respecto a la pensión de sobrevivencia, al igual que en el régimen contributivo, la ley especifica los posibles beneficiarios de la pensión solidaria en caso de que fallezca el beneficiario principal.

- a) El cónyuge sobreviviente o en su defecto, al compañero de vida, siempre que este no tuviese impedimento jurídico para contraer matrimonio;
- b) Los hijos legítimos, naturales o adoptivos, solteros menores de 18 años, o los hijos solteros mayores de 18 y menores de 21 años que demuestren haber realizado estudios regulares durante los seis meses anteriores al fallecimiento del afiliado;
- c) Los hijos de cualquier edad discapacitados, de acuerdo con el reglamento de pensiones.

El proceso de solicitud y concesión de la pensión solidaria está regulado por el artículo 68, de la siguiente forma:

Las pensiones solidarias serán asignadas por municipio tomando en consideración el número de habitantes y el nivel local de pobreza. Esta decisión corresponderá al Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), con la colaboración de las instituciones públicas del gobierno central y de las autoridades provinciales y municipales.

Las personas interesadas o identificadas deberán llenar una solicitud de pensión asistencial, la cual será evaluada a nivel municipal y sometida a la consideración del Consejo de Desarrollo Provincial para su decisión final, asegurando la selección de las personas más necesitadas. Los miembros de la comunidad podrán presentar objeción formal ante el Consejo de Desarrollo Provincial cuando consideren que uno o varios de los beneficiarios no reúnen las condiciones necesarias. Las normas complementarias regularán este proceso a fin de garantizar que estese efectúe con transparencia y criterio de equidad, justicia social y equilibrio geográfico.

La pensión solidaria requiere que las personas se presenten a una evaluación socioeconómica, en la que deben certificar que pertenecen a la población objetivo de esta.

3.3. Régimen contributivo-subsidiado

El régimen contributivo subsidiado se acoge a la legislación de beneficios del régimen subsidiado (pensión por vejez y discapacidad, total o parcial; y pensión de sobrevivencia). Sin embargo, su escasa figuración dentro de la ley impide realizar un esbozo de su funcionamiento más allá de decir que es la unión de ambos regímenes.

4. Análisis de datos cuantitativos

4.1. La cobertura del sistema previsional

Luego de 15 años de implementación de la reforma al sistema nacional de seguridad social y en particular del sistema previsional, la evaluación de los logros en cobertura subyace como principal área de análisis. Esta sección presenta tal análisis haciendo uso de la información del Sistema de Indicadores Sociales de República Dominicana (SISRD).

El Gráfico 1 presenta la evolución desde 2000 hasta 2014 de la proporción de personas de 60 años o más, total nacional y por sexo, cubiertas por el sistema previsional dominicano. Los resultados de este análisis indican que, en el 2014, 14,4 % de los adultos mayores gozan de una pensión para la vejez (contributiva y no contributiva) ¹.

Si bien es cierto que entre 2000 y 2014 la cobertura en pensiones del adulto mayor aumentó 3,7 puntos porcentuales, el 14,4 % de cobertura global del adulto mayor observado en 2014 es una cifra comparativamente muy inferior al promedio de la región latinoamericana. En particular, Bosh & Melguizo (2013) encuentran que en 2010, en promedio para 19 países de América Latina, el porcentaje de personas de 65 años y más cubiertas por una pensión bien sea contributiva o no contributiva, era 62,5 %.

Ahora, al discriminar la cobertura del sistema previsional dominicano por grupos poblacionales, se encuentra para 2014 que mientras 18,5 % del adulto mayor hombre está cubierto con una pensión, solo el 10,5 % de las mujeres adultas mayores se encuentran cubiertas. Esta diferencia significa una brecha en cobertura de 8 puntos porcentuales (8 p. p.) entre hombres y mujeres.

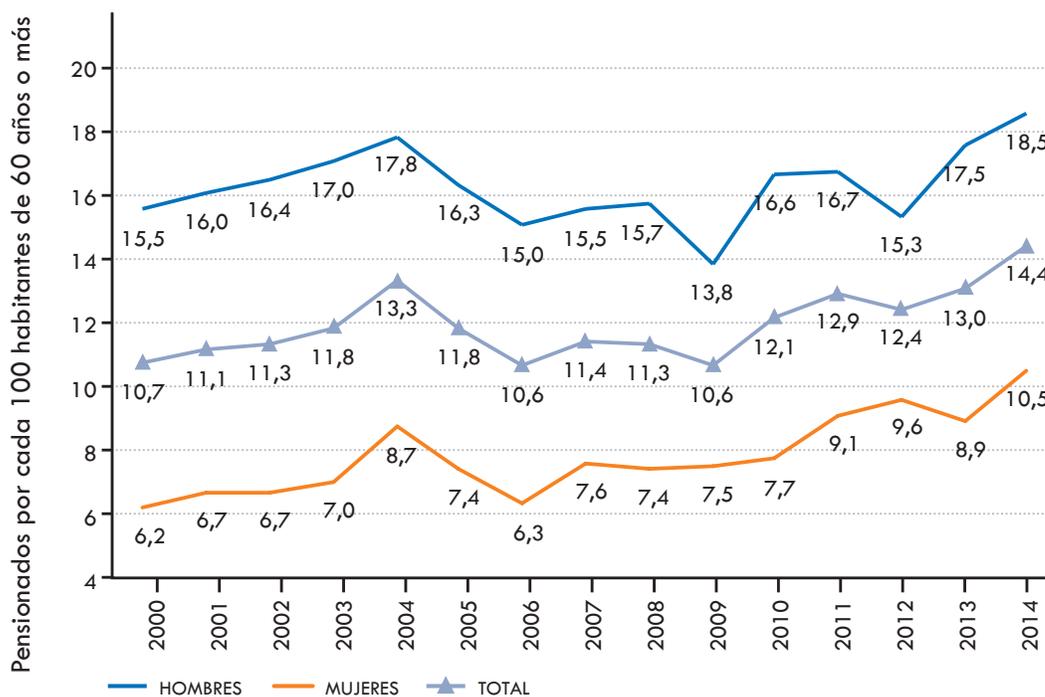
Las diferencias en cobertura de pensiones por sexo no es un fenómeno exclusivo de República Dominicana. Los resultados de Bosh & Melguizo (2013) señalan que, en promedio en 19 países de América Latina, 61 % de las mujeres adultas mayores y 65 % de los hombres adultos mayores se encuentran cubiertos por una pensión. A su vez, Suero & Matos (2016) reportan para países como Ecuador, Nicaragua, Venezuela y Panamá diferencias en coberturas por sexo de más de 20 puntos porcentuales. Resalta, sin embargo, en el caso de República Dominicana, la todavía considerablemente amplia brecha entre hombres y mujeres y la baja cobertura para la mujer.

En general, el sistema previsional anterior no contemplaba el cubrimiento de ciudadanos no insertados en la fuerza laboral. Así, la menor inserción de la mujer con el mercado laboral en las décadas anteriores tiene como resultado una menor cobertura en pensiones. En 2000, mientras la tasa global de participación (TGP) masculina era un poco menor del 65 %, la femenina apenas superaba el 30 %.

1. Existen leves diferencias en la tasa de cobertura reportada en este capítulo y aquella reportada por Suero & Matos (2016). Mientras Suero & Matos (2016) reportan un promedio de cobertura entre 2004 y 2013 del 11,1 % con cálculos basados en PNUD (2014), los resultados de este capítulo señalan un promedio de cobertura para el mismo periodo de 11,9 % basado en la información proveniente del Sistema de Indicadores Sociales de República Dominicana (SISRD). La diferencia de 0,8 puntos porcentuales es considerada no significativa y se atribuye a las diferencias en fuentes de información que usa cada estudio. Se destaca que tanto los resultados de Suero & Matos (2016) como los obtenidos por este capítulo señalan una tendencia intertemporal en cobertura y una distribución relativa entre hombres y mujeres consistentes entre sí.

La reforma al sistema previsional contempla el cubrimiento de grupos poblacionales no necesariamente asalariados, lo que trae consigo la dimensión de género como dimensión importante del sistema previsional actual. Este hecho se evidencia en una tendencia hacia una disminución de la brecha por sexo en la cobertura: mientras en 2000, la cobertura en los hombres era 2,5 veces la de las mujeres (15,5 % vs. 6,2 %), en 2014 la brecha ha bajado a 1,76 (18,5 % vs. 10,5 %). Es decir, a pesar de que la diferencia absoluta por sexo permanece igual (8 p. p.), la brecha disminuye.

Gráfico 1: Tasa de cobertura de pensiones en la población de 60 años o más, total nacional y por sexo. 2000-2014

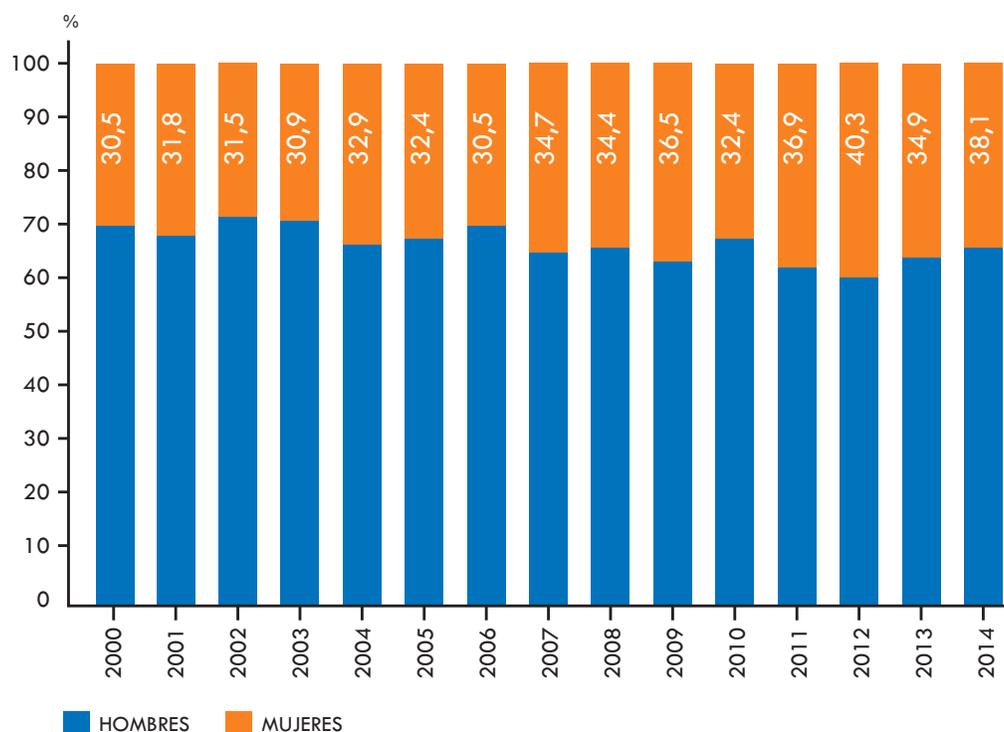


Fuente: Elaboración propia a partir del SISRD: Sistema de Indicadores Sociales de República Dominicana, 2014

Las mayores tasas de cobertura masculina se ven reflejadas en un mayor número de hombres pensionados, con respecto al número de mujeres pensionadas. El Gráfico 2 presenta la evolución (2000-2014) de la distribución de la población pensionada por sexo. En 2014, el 61,9 % del adulto mayor pensionado corresponde a hombres. Los resultados indican que desde el 2003 hasta el 2014, la proporción de mujeres dentro del total de pensionados aumentó 7,2 puntos porcentuales. En 2003, el 30,9 % de la población pensionada correspondía a mujeres, en 2014 esta proporción asciende al 38,1 %. Esto puede ser explicado también por el tipo de actividad laboral desarrollado por las mujeres.

Si tenemos en cuenta que la razón de feminidad para la población de 60 años o más ya en 2015 es mayor a 1 y en 2025 se proyecta sea mayor a 1,1 (ver sección Feminización del envejecimiento, en el Capítulo 1 - Demografía), la mayor proporción de hombres pensionados con respecto a mujeres pensionadas resalta el problema de cobertura previsional para la mujer. Hallazgo consistente con los resultados del análisis de cobertura de la sección inmediatamente anterior.

Gráfico 2: Distribución de adultos mayores pensionados por sexo. 2000-2014



Fuente: Elaboración propia a partir del SISRD, 2014

Estos resultados subrayan dos retos importantes del sistema previsional dominicano, primero un aumento en cobertura global del adulto mayor, y segundo que el sistema responda de una mejor manera a las necesidades diferenciales por sexo del adulto mayor.

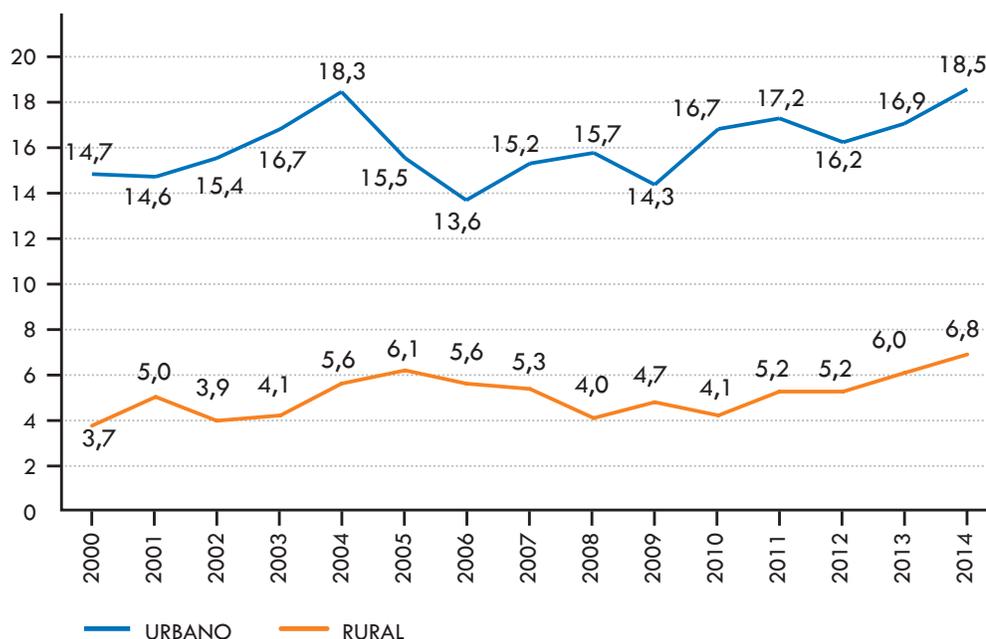
En términos de diferencias por área de residencia, el Gráfico 3 presenta la tasa de cobertura de pensiones para el área urbana y el área rural. En 2014, 18,5 % de los adultos mayores que residen en el área urbana se encontraban cubiertos por una pensión, mientras que en el área rural solo 6,8 % de los adultos mayores se encuentran cubiertos.

Estos niveles de cobertura indican una diferencia de 11,7 p. p. entre el área urbana y el área rural, que demarcan como prioritarios esfuerzos adicionales en cobertura para el área rural.

Cabe destacar, sin embargo, que la cobertura del adulto mayor rural creció 84 % con respecto al año 2000. En tal año, solo 3,7 % de los adultos mayores rurales estaba cubierto por alguna pensión, mientras que en 2014 lo está el 6,8 %. En la zona urbana, el aumento no es tan marcado: la cobertura pensional pasa de 14,7 % a 18,5 % en el mismo periodo.

Estos cambios diferenciales por zona llevan a que entre 2000 y 2014 disminuya la brecha urbana/rural en cobertura pensional: mientras en el 2000 la cobertura urbana era cuatro veces la rural, en 2014 la brecha es 2,7 veces.

Gráfico 3: Tasa de cobertura de pensiones en la población de 60 años o más, Urbano-Rural, 2000-2014



Fuente: Elaboración propia a partir del SISRD, 2014

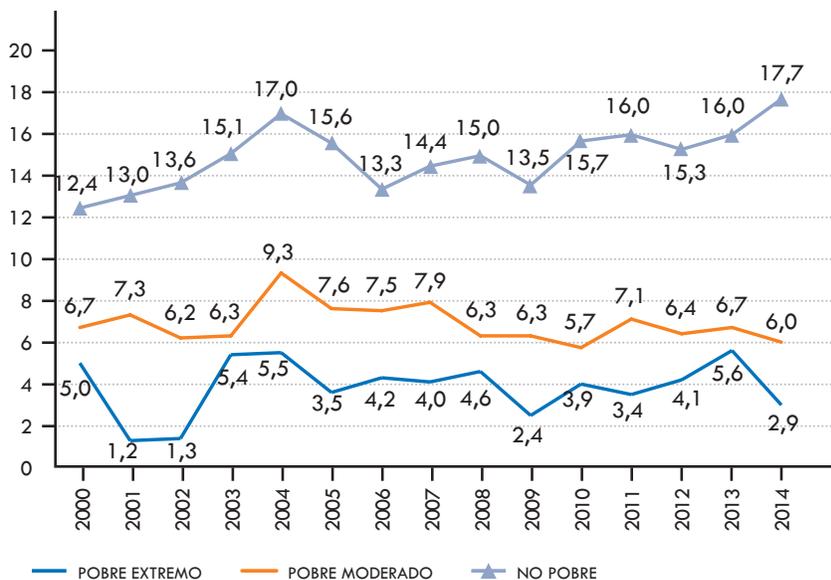
En términos de cobertura diferencial por grupo poblacional, según estatus de pobreza (Gráfico 4), se observa que en 2014, solo el 2,9 % del adulto mayor en condición de pobreza extrema y el 6,0 % del adulto mayor en condición de pobreza moderada, se encuentran cubiertos por alguna pensión. El 17,0 % del adulto mayor no pobre está cubierto por alguna pensión. Estos diferenciales por pobreza eran menores en 2000: 12,4 % de los no pobres y 5 % de los pobres extremos tenían cobertura pensional; es decir, la brecha por nivel de pobreza en cobertura pensional ha aumentado en los últimos 15 años.

Con el fin de mejorar estas coberturas en los grupos poblacionales de pobreza extrema y moderada, el sistema previsional dominicano contempla el régimen subsidiado. Sin embargo, en 2014 luego de más de 10 años de implementada la reforma, aún la cobertura de estos grupos poblacionales es muy baja, pues en ninguno de los dos casos supera el 10 % de la población. Esto significa que, en el país, el adulto mayor en condición de pobreza extrema y moderada se encuentra visiblemente desprotegido.

Al analizar la distribución de la población pensionada según estatus de pobreza y compararla con la distribución de la población total nacional, también por condición de pobreza, se destacan los bajos niveles de cobertura que el sistema previsional dominicano tiene en la población en condición de pobreza moderada y extrema.

En 2014, el 64,2 % de la población total nacional se encontraba en condición de no pobreza, 27,9 % en condición de pobreza moderada y 7,9 % en condición de pobreza extrema. Por el contrario, en el total de población pensionada 89,0 % corresponde a población no pobre, 9,9 % a población en pobreza moderada y 1,1 % a población en condición de pobreza extrema.

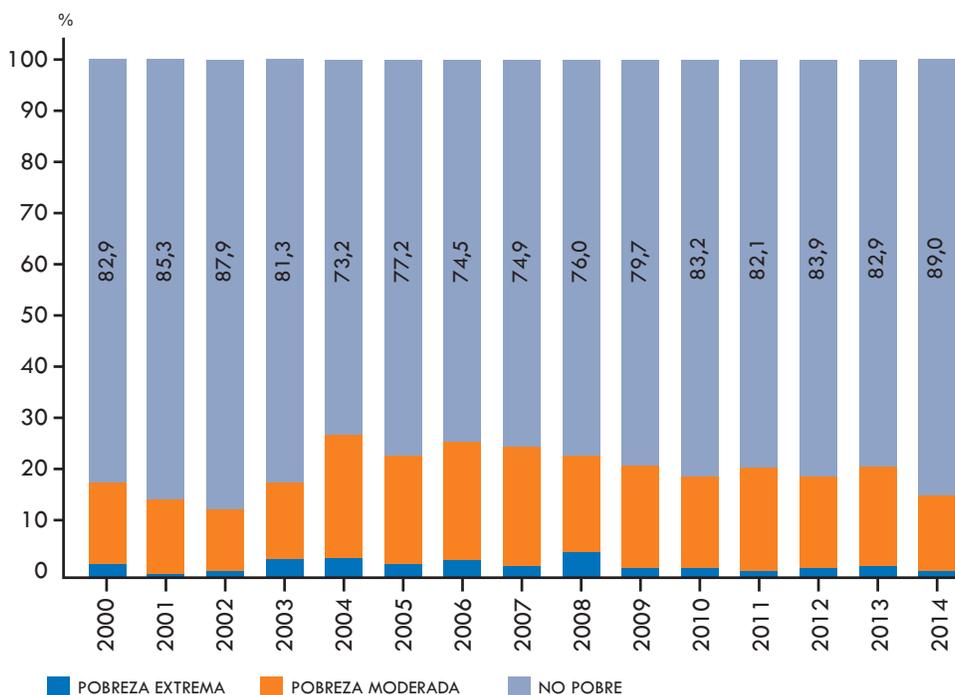
Gráfico 4: Tasa de cobertura de pensiones en la población de 60 años o más según estatus de pobreza. 2000-2014



Fuente: Elaboración propia a partir del SISRD, 2014

El Gráfico 5 presenta la evolución de la distribución de la población adulta mayor pensionada, según condición de pobreza desde el año 2000 hasta el 2014. Como se observa en el gráfico, esta distribución se ha mantenido relativamente estable a través del tiempo.

Gráfico 5: Distribución de adultos mayores pensionados, según condición de pobreza. 2000-2014



Fuente: Elaboración propia a partir del SISRD, 2014

Estos resultados, en general, subrayan el problema de baja cobertura del sistema previsional dominicano para todos los grupos poblacionales analizados. En ninguno de los casos el sistema cubre más del 20 % de la población. El grupo poblacional con mayores coberturas es el adulto mayor que reside en el área urbana y para este la cobertura en 2014 es de tan solo el 18,5 %. Estos muy bajos niveles de cobertura implican a futuro esfuerzos enormes por parte del estado dominicano con el fin de lograr niveles aceptables de protección en la vejez.

Esta ausencia de cobertura se agudiza y llega a niveles críticos para la población localizada en las áreas rurales, donde la cobertura solo alcanza 6,8 %, la población en condición de pobreza moderada y extrema con tasas de cobertura del 6,0 % y el 2,9 % y la mujer adulta mayor, quien en el total nacional alcanza niveles de tan solo 10,5 % de cobertura. Estos resultan ser los grupos poblacionales más desprotegidos por el sistema.

4.2. Cotización al sistema previsional

Uno de los objetivos primordiales de la reforma en términos de cobertura del sistema previsional era el incremento de la proporción de población cotizante. Dentro del sistema actual de pensiones y en concordancia con la Ley 87-01, son cotizantes al régimen contributivo los trabajadores asalariados con relación de dependencia laboral, y al régimen contributivo subsidiado los trabajadores independientes o cuenta propia con ingresos iguales o superiores al mínimo nacional.

De acuerdo con lo estipulado por la ley, la afiliación del trabajador asalariado y del empleador al régimen previsional contributivo es obligatoria, única y permanente, independientemente de que el beneficiario permanezca o no en actividad, pase al sector informal, emigre del país o cambie de AFP (Art. 36, Ley 87-01). Así, a raíz de la implementación de la Ley de Seguridad Social, debe ser cotizante de este régimen cualquier persona que inicie un contrato con relación de dependencia laboral, al igual que trabajadores asalariados de cualquier edad que en el momento de entrar en vigor la ley no estaban cubiertos por ningún fondo de pensiones existente. A su vez, ingresaron al régimen contributivo como cotizantes los trabajadores públicos y privados previamente cotizantes en cualquier fondo de pensiones y con hasta 45 años de edad (Art. 39, Ley 87-01).

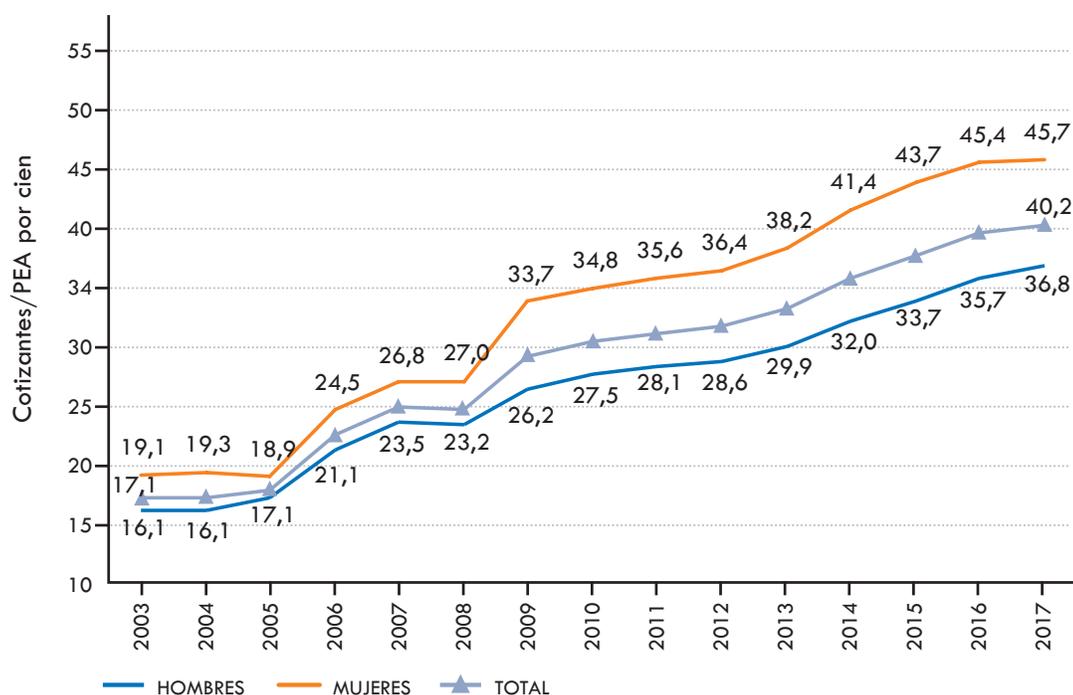
A continuación, se presenta el análisis de la evolución de la cobertura del sistema previsional, desde 2003 hasta 2017, en términos de la población cotizante. Para tal efecto se usa la información que publica la Superintendencia de Pensiones (SIPEN) en cuanto a población cotizante al sistema, la información que publica el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) en referencia a población económicamente activa, y población ocupada a partir de la Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo de la ONE.

El Gráfico 6 presenta la evolución del porcentaje de población cotizante con respecto a la población económicamente activa, y el Gráfico 7 la evolución del porcentaje de población cotizante en referencia al número de ocupados (formales e informales). Mientras que en 2003, solo el 17,1 % de la población económicamente activa cotizaba al sistema previsional, en 2017 esta proporción asciende al 40,2 %, lo que significa un incremento de 23,1 p. p. desde 2003. Es decir, la población cotizante aumenta en 135 %.

A su vez, al analizar la proporción de población cotizante con respecto al número de ocupados, avances importantes se observan en la última década. En 2016, el 38,9 % de los ocupados se encontraba cotizando para pensiones, mientras que en 2000 tan solo el 25,4 % de los ocupados cotizaba. Es decir, desde el año 2000 al 2016 la cobertura aumentó 13,5 p. p. Estos resultados indican que, en términos de cobertura de la población cotizante, el nuevo sistema previsional ha traído consigo avances importantes en dicha cobertura.

Ahora, en términos de resultados diferenciales por sexo, estos incrementos en la proporción de población cotizante se observan tanto para hombres como para mujeres. Como se observa en el Gráfico 6, la proporción de hombres cotizando con respecto a la población económicamente activa masculina era, en 2003, del 14,1 % y para las mujeres de 19,1 %. En 2017, la proporción de hombres cotizantes aumentó a 36,8 % y la de mujeres a 45,7 %. Es decir, la población de mujeres cotizantes se triplicó en el periodo, mientras que la de hombres se duplicó (Gráfico 6).

Gráfico 6: Porcentaje de cotizantes respecto de la población económicamente activa, total nacional y por sexo. 2003-2017



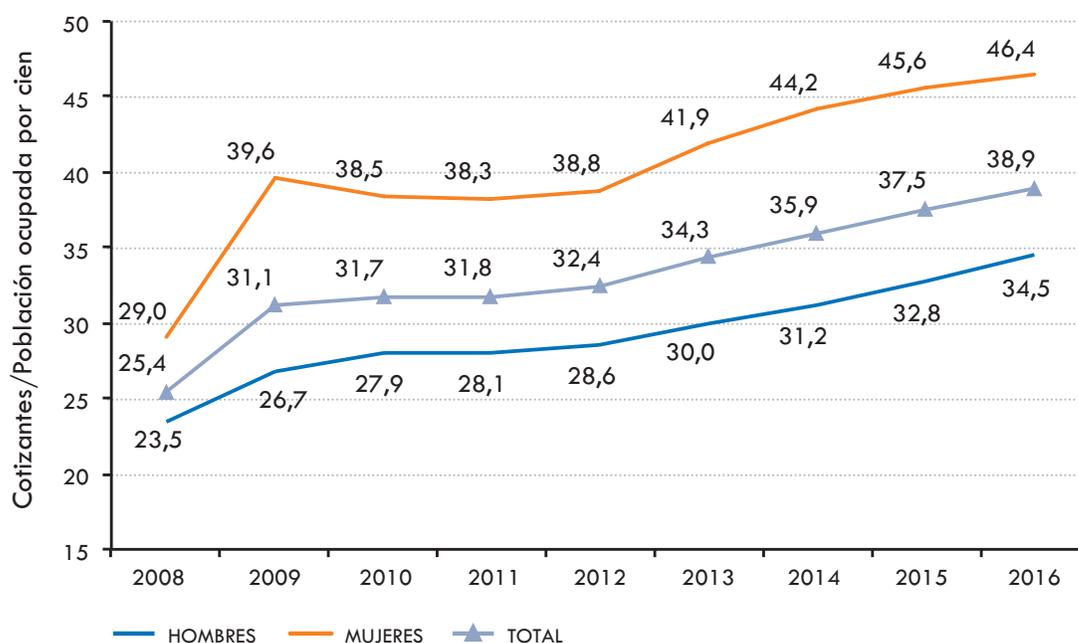
Fuente: Cálculos propios en uso de SIPEN: Superintendencia de Pensiones, 2017 y CELADE, 2016

Resaltan las mayores tasas de cotización en mujeres que en hombres, tanto con respecto a población económicamente activa como en cuanto a población ocupada. Esta diferencia se debe a que la relación de hombres con respecto a mujeres participando en el mercado laboral es mayor que la relación de hombres frente mujeres cotizando en el mercado laboral. El análisis de las cifras indica que en 2016, mientras el número de cotizantes masculinos es 1,2 veces mayor al número de cotizantes femeninos, la población económicamente activa masculina es 1,7 veces mayor que la femenina y la población ocupada masculina es 1,6 veces mayor a la femenina. Los menores valores absolutos de población femenina, tanto económicamente activa como ocupada, conducen a observar mayores tasas de cotización femenina. En 2016, de los 2,7 millones de hombres que se encontraban participando en el mercado laboral, 958 mil

corresponden a cotizantes; y de las 1,7 millones de mujeres que participan en el mercado laboral, 768 mil son cotizantes.

Lo anterior es consistente con las menores tasas globales de participación (proporción de población económicamente activa sobre el total de población en edad de trabajar), de mujeres con respecto a hombres que se encontraron en el capítulo correspondiente a mercado laboral de este informe. Los resultados de ese apartado señalan que en 2016 la tasa global de participación femenina fue alrededor de 25 puntos porcentuales menor a la de los hombres.

Gráfico 7: Porcentaje de cotizantes respecto de la población ocupada (formal e informal), total nacional y por sexo. 2008-2016*



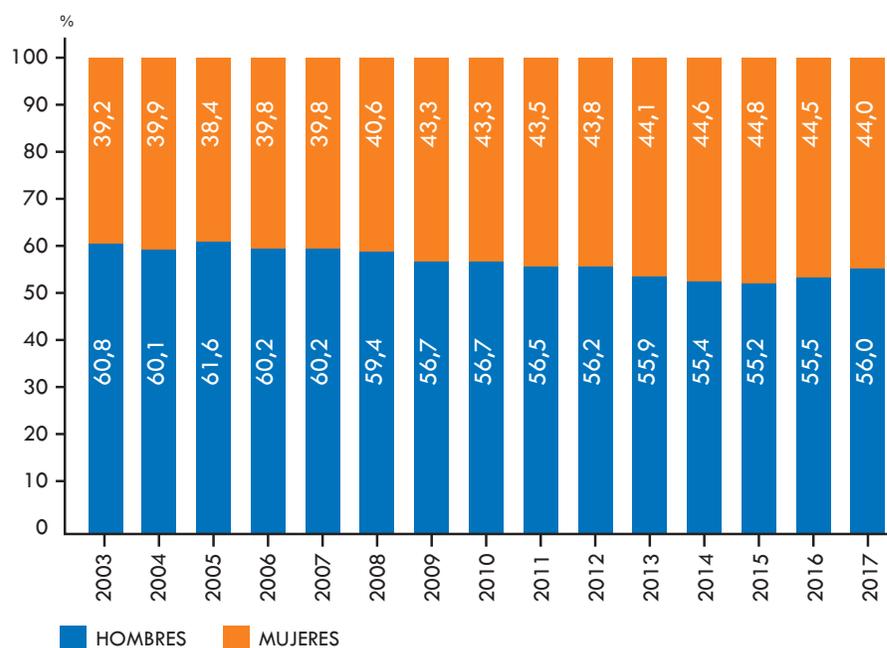
Fuente: Cálculos propios en uso de SIPEN, 2017 y Encuestas Nacionales de Fuerza de Trabajo, ONE.

*La cobertura correspondiente al año 2016 es una cifra preliminar, según la última publicación de la ONE

No obstante, a pesar de que el porcentaje de cotizantes femenino con respecto a PEA y en cuanto a población ocupada, es mayor al masculino, en términos absolutos el número de cotizantes masculinos es mayor que el femenino. Esta distribución resulta entonces relativamente concentrada en los hombres. El Gráfico 8 muestra la evolución de esta distribución en el tiempo (2003-2017). En 2017, el 56,0 % del total nacional de población cotizante son hombres y el 44,0 % restante son mujeres. La mujer, sin embargo, ha ganado participación dentro de la población cotizante a través del tiempo. En 2003, 39,2 % de la población cotizante eran mujeres, y en 2017 esta proporción asciende a 44,0 %.

Entonces, a pesar de que la distribución de población cotizante subraya un mayor número de cotizantes masculinos que femeninos, las menores tasas de participación femenina en el mercado laboral conducen a observar mayores tasas de cotización para la población femenina. Pero como se observa en la sección anterior, las mayores tasas de cotización femenina no están acompañadas de mayores tasas de cobertura en pensiones para las mujeres, por cuanto estas se expresan en términos de la población adulta mayor total.

Gráfico 8: Distribución de la población cotizante por sexo. 2003-2017



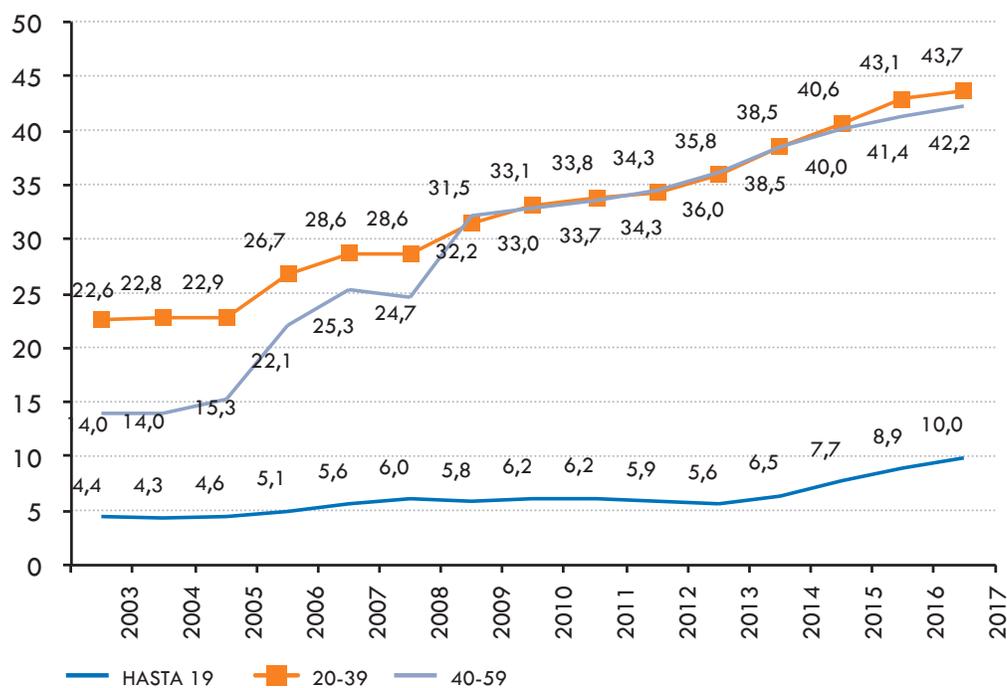
Fuente: Elaboración propia a partir del SISRD, 2014

Por otro lado, en términos de rangos de edad se observan cambios importantes en el porcentaje de población cotizante durante los últimos 15 años. Los Gráficos 9 y 10 presentan la evolución por grupos de edad, primero del porcentaje de población cotizante en referencia a la población económicamente activa, y luego del porcentaje de población cotizante con respecto a la población ocupada.

Los resultados indican incrementos en la proporción de población cotizante, tanto con respecto a la población económicamente activa, como en cuanto a la población ocupada, para todos los rangos de edad. El grupo en el cual se evidencian mayores incrementos en cobertura del sistema previsional es la población de 40-59 años de edad. Mientras en 2003, solo 14,0 % de la población económicamente activa en esta edad se encontraba cotizando al sistema de pensiones, en 2017 este porcentaje asciende a 42,2 %. Con respecto a ocupación, en 2008 el 23,2 % de la población ocupada de 40 a 59 años se encontraba cotizando para pensión, y en 2015 esta proporción es del 35,3 %.

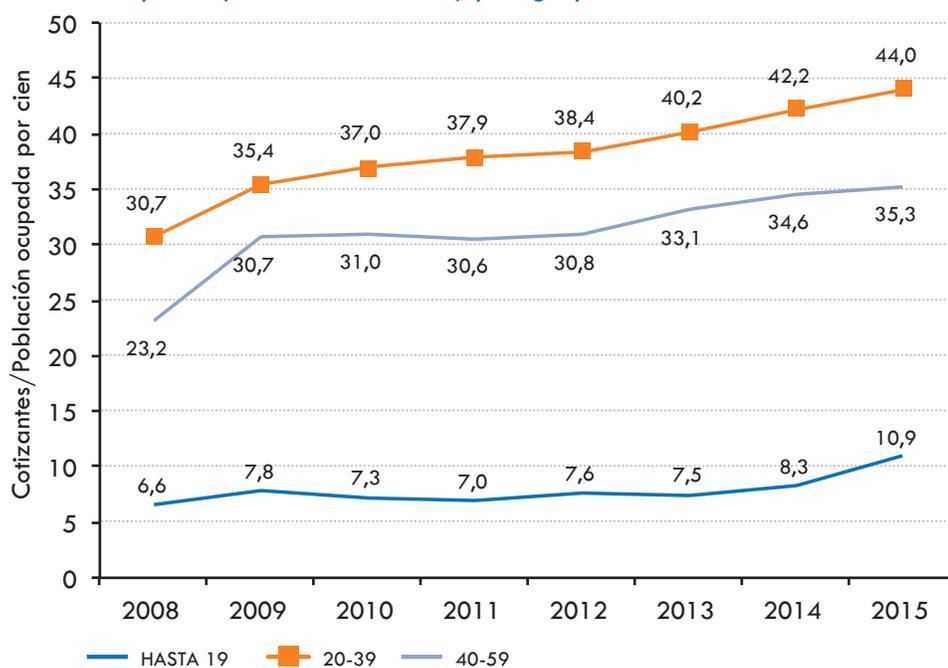
Prevalece, sin embargo, como reto la cobertura del sistema en las generaciones más jóvenes. La población menor de 20 años es la que registra una menor proporción de población cotizante con respecto, tanto a población económicamente activa como en relación con la población ocupada. A su vez, es el grupo que registra menores avances relativos en el tiempo desde 2003 hasta 2017. A 2017, solo 10,9 % de la población ocupada menor de 20 años y solo 10,0 % de la población económicamente activa en este rango de edad se encontraba cotizando al sistema de pensiones. Cabe destacar que los hallazgos del capítulo de empleo señalan que este grupo es el que registra mayores tasas de desempleo y mayores tasas de empleo informal. En 2015, 31,1 % de los hombres económicamente activos de esta edad se encontraban desempleados, al igual que 64,1 % de las mujeres del mismo rango de edad. En general, 70,1 % de la población ocupada en este rango de edad corresponde a empleo informal.

Gráfico 9: Porcentaje de cotizantes respecto de la población económicamente activa por grupo de edad. 2003-2017



Fuente: Cálculos propios en uso de SIPEN, 2017 y CELADE, 2016

Gráfico 10: Porcentaje de cotizantes respecto de la población ocupada (formal e informal) por grupo de edad. 2008-2015

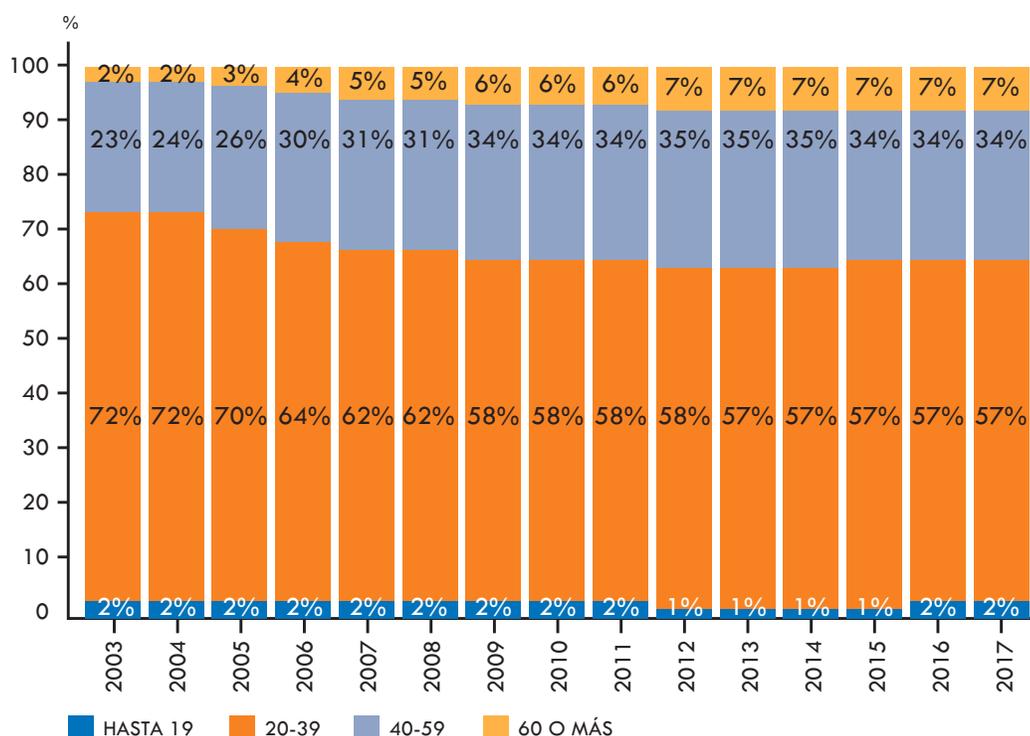


Fuente: Cálculos propios en uso de SIPEN, 2017 y Encuestas Nacionales de Fuerza de Trabajo, ONE

Consistente con estos resultados es el análisis de la distribución de la población cotizante por rangos de edad. El Gráfico 11 presenta la evolución de dicha distribución desde 2003 hasta 2017. Se destaca el aumento relativo en participación dentro de la población cotizante de personas de 40 años o más.

Mientras en 2003 esta población representaba el 26 % del total (23 % población de 40-59 años y 2 % población de 60 o más); en 2017 esta población representa el 42 % del total de cotizantes.

Gráfico 11: Distribución de los cotizantes por grupos de edad. 2003-2017

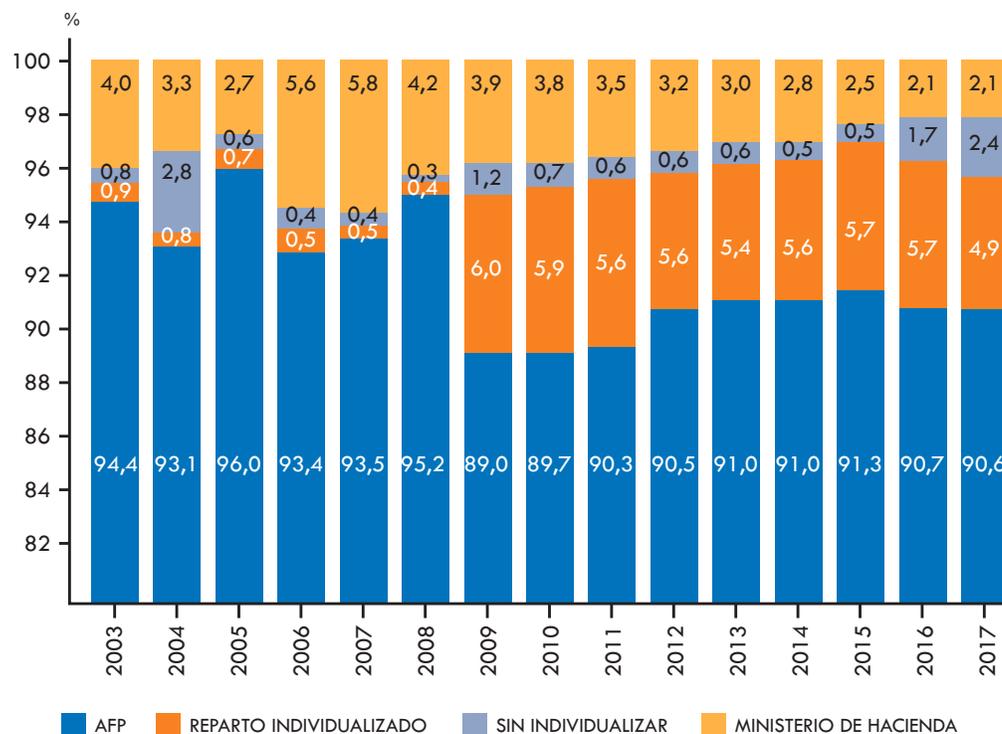


Fuente: Cálculos propios en uso de SIPEN, 2017

El Gráfico 12 presenta la evolución (2003-2017) de la distribución de la población cotizante según condición de afiliación a una Aseguradora de Fondo de Pensiones. Se destaca el aumento en importancia relativa de la población pensionada a través de reparto individualizado. Mientras en 2003 esta población representaba en el total de pensionados el 0,9 %, en 2017 representa el 4,9 %. Este aumento en participación es consistente con el nuevo diseño del sistema.

Del total de población cotizante, en 2017 el 91 % se encuentra afiliada a alguna AFP, el 7 % corresponde a población cotizante a través del sistema de reparto (bien sea individualizado o sin individualizar) y el 2 % restante a población cubierta por el Ministerio de Hacienda.

Gráfico 12: Distribución de los cotizantes por AFP, 2003-2017



Fuente: Cálculos propios en uso de SIPEN, 2017

Finalmente, el Gráfico 13 presenta la distribución de la población cotizante según número de salarios mínimos legales vigentes. En 2017, 41,7 % de la población cotizante corresponde a población con menos de un salario mínimo legal vigente. Como es de esperarse, la cantidad de población cotizante disminuye conforme el nivel de ingresos aumenta. Esta distribución corresponde a la distribución relativa de número de empleados en el país, de acuerdo con el número de salarios mínimos que devenga.

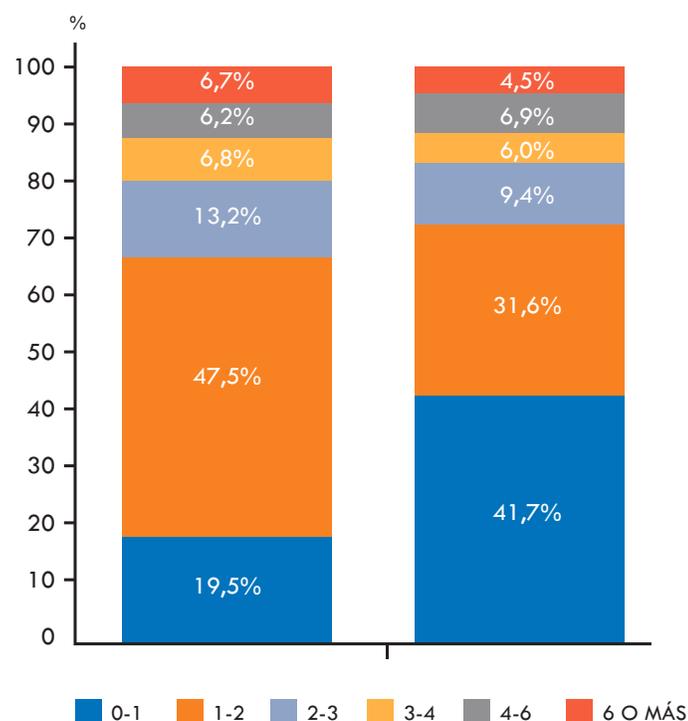
Un análisis de cobertura por tramos de salarios mínimos requiere el país. Sin embargo el uso de microdatos para determinar el número de población ocupada por tramos de salario mínimo imposibilita este tipo análisis.

4.3 Activos en el hogar como mecanismo de protección para la vejez

Un elemento, en términos de ahorro y como mecanismo de protección para el envejecimiento, es la acumulación de activos durante la vida productiva. Con esta perspectiva, esta sección analiza la importancia de este fenómeno, total nacional y por grupos poblacionales, a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA), 2013.

Los resultados indican que el 85,9 % de los adultos mayores viven en un hogar que cuenta con por lo menos uno de los siguientes activos: moto, carro/camión, tierras, granjas/rebaños/ganado, o vivienda.

Grafico 13: Distribución de la población cotizante según número de salarios mínimos legales vigentes. 2003 y 2017



Fuente: Cálculos propios en uso de SIPEN, 2017.
 Nota: cifras obtenidas a septiembre de cada año

La Tabla 1 presenta el porcentaje de adulto mayor que vive en un hogar con uno de estos activos. La proporción más alta de adulto mayor que vive en un hogar con algún activo se observa en tenencia de vivienda.

Al diferenciar por área Urbano-Rural, se observa que el adulto mayor rural está más protegido, pues 91,7 % de ellos vive en un hogar que tiene propiedad de la vivienda que habita. En el área urbana esta población representa 83,2 %. Así, a pesar de que la proporción de adulto mayor rural con pensión es tan baja, por lo menos la tenencia de vivienda representa una forma de protección financiera para la vejez.

Tabla 1: Porcentaje de adultos mayores que reportan vivir en un hogar con algún activo. 2013

| | Moto | Carro/ camión | Tierras | Granjas. rebaños o ganado | Vivienda |
|--------|------|------------------|---------|---------------------------------|----------|
| Urbano | 17,8 | 25,0 | 12,1 | 11,4 | 83,2 |
| Rural | 26,6 | 12,8 | 38,9 | 39,6 | 91,7 |
| Total | 20,6 | 20,3 | 20,1 | 20,5 | 85,9 |

Fuente: Elaboración propia a partir de ENDESA, 2013. Nota: los activos que se tienen en cuenta son moto, carro, camión, tierras, granjas, rebaños, ganado o vivienda

El porcentaje de hogares con adulto mayor y que tiene por lo menos un activo que podría usarse como mecanismo de protección para la vejez, es más alto que el porcentaje de hogares sin algún adulto mayor y con alguno de estos activos: 91,8 % de los hogares con adulto mayor registra tenencia de por lo menos uno de estos activos, mientras que el porcentaje de hogares sin adulto mayor y con por lo menos uno de estos activos representa el 76 % del total (Tabla 2).

Estos resultados sugieren que el adulto mayor en República Dominicana, en ausencia de altas coberturas en el sistema provisional, cuenta con algún grado de protección alternativa a través de la tenencia de activos.

Una explicación alternativa a los resultados obtenidos sería la existencia de una mayor proporción de hogares con adulto mayor dentro de la parte alta de la distribución de hogares por nivel socioeconómico. Sin embargo, al analizar la distribución de hogares con y sin adulto mayor por nivel socioeconómico, el tercil más alto de la distribución no registra diferencia significativa en la proporción de hogares con y sin adulto mayor.

Otra posible explicación alternativa es que los hogares con adultos mayores corresponden a hogares que en promedio se encuentran en etapas avanzadas del ciclo de vida, en el cual el proceso de acumulación de activos ha tenido lugar a lo largo de la vida productiva. Esto en contraste de hogares sin adulto mayor que se encuentran en la etapa de vida productiva, en la cual apenas estos procesos de acumulación han iniciado.

El área rural, en comparación del área urbana, registra una mayor proporción de hogares con tenencia de alguno de estos activos. Así, el 96,5 % de los hogares rurales con adulto mayor registra tener por lo menos un activo que representa protección.

Tabla 2: Porcentaje de hogares que poseen algún activo (con y sin adultos mayores) por zona de residencia. 2013*

| | Con adulto mayor | Sin adulto mayor | Total |
|--------|------------------|------------------|-------|
| Urbano | 89,8 | 71,5 | 76,9 |
| Rural | 96,5 | 89,6 | 91,8 |
| Total | 91,8 | 76,0 | 80,4 |

Fuente: Elaboración propia a partir de ENDESA, 2013. Nota (*): los activos que se tienen en cuenta son moto, carro, camión, tierras, granjas, rebaños, ganado o vivienda

La Tabla 3 presenta la distribución de hogares con vivienda propia, según la forma de tenencia de la vivienda. Los resultados indican que la distribución de hogares con adulto mayor y tenencia de vivienda se concentra especialmente en hogares en donde la vivienda es propia y completamente paga. El 72,9 % de los hogares con adulto mayor y tenencia de vivienda registran la vivienda como completamente paga. Para el caso de los hogares sin adulto mayor este porcentaje asciende a solo el 43,9 %.

Al igual que en el total nacional, tanto para la zona urbana como para la zona rural, y con respecto a hogares sin por lo menos un adulto mayor, los hogares con adulto mayor registran una concentración más alta de vivienda propia completamente paga.

Estos resultados pueden sugerir que el adulto mayor, especialmente el rural, ante las bajas tasas de cobertura del sistema previsional, ha optado como estrategia de aseguramiento para la vejez la inversión en vivienda propia, como un activo que le permite en la edad menos productiva asegurarse ante menores niveles esperados de ingreso. Alternativamente, la hipótesis del ciclo de vida cobra relevancia para explicar esta mayor concentración de tenencia de vivienda propia en hogares con adulto mayor, en relación con hogares sin por lo menos un adulto mayor.

Sin embargo, estos resultados también indican que el adulto mayor que no cuenta con vivienda propia, ante las bajas coberturas del sistema previsional, se encuentra completamente desprotegido. Este resultado es consistente con la baja tasa de cobertura del sistema de pensiones para el adulto mayor en situación de pobreza extrema.

Tabla 3: Distribución de hogares con vivienda propia (con y sin adultos mayores), según la forma de tenencia de la vivienda por zona de residencia

| Forma de tenencia | Con adulto mayor | Sin adulto mayor | Total |
|------------------------------------|------------------|------------------|-------|
| Total | | | |
| Vivienda propia completamente paga | 72,9 | 43,9 | 51,8 |
| Vivienda propia con hipoteca | 1,5 | 1,8 | 1,7 |
| Vivienda heredada o transferida | 9,8 | 11,4 | 11,0 |
| Vivienda rentada | 15,5 | 42,6 | 35,2 |
| Otra | 0,3 | 0,2 | 0,3 |
| Urbano | | | |
| Vivienda propia completamente paga | 70,1 | 38,1 | 46,4 |
| Vivienda propia con hipoteca | 1,7 | 1,9 | 1,8 |
| Vivienda heredada o transferida | 9,2 | 9,4 | 9,3 |
| Vivienda rentada | 18,6 | 50,2 | 42,0 |
| Otra | 0,4 | 0,3 | 0,3 |
| Rural | | | |
| Vivienda propia completamente paga | 79,3 | 60,9 | 66,6 |
| Vivienda propia con hipoteca | 1,0 | 1,5 | 1,3 |
| Vivienda heredada o transferida | 11,2 | 17,4 | 15,4 |
| Vivienda rentada | 8,29 | 20,0 | 16,4 |
| Otra | 0,3 | 0,3 | 0,3 |

Fuente: Elaboración propia a partir de ENDESA, 2013

Otros consideran que las pensiones son un beneficio exclusivo para los trabajadores del sector público y que por ejemplo los independientes no deben preocuparse por la pensión. Esta situación se asemeja a los resultados encontrados en *Misión Colombia Envejece* en la cual las personas que participaron en los grupos focales también consideraron que la pensión era un beneficio exclusivo para los empleados del Estado.

Yo no puedo decirle nada porque yo nunca fui empleada, yo siempre viví de mi negocito, uno no estaba preparada para empleo en un sentido, entonces yo con mi negocito encontraba el sustento más fácil para mis hijos (GF Mixto +60, Sierra Prieta, Rural, Santo Domingo).

En cuanto a los procedimientos y los requisitos necesarios para obtener una pensión, se encontraron posiciones extremas. Para algunos el proceso fue bastante sencillo, mientras que para otros fue demasiado complicado y extenuante. Algunos de los testimonios afirmaron que una de las principales barreras son los costos relacionados con el proceso, especialmente aquellos que no viven en la capital, pues manifestaron que los gastos de viaje para realizar los trámites son muy altos.

Yo conseguí la pensión mía por el seguro social fácil, a mí no me tocó bregar nada, yo fui y solicité y antes del año salió (GF Mixto +60, Rural, El Higueral).

Aquí el sistema de pensión es terrible, yo te digo porque yo tuve que pasar por una situación. Cuando mi esposo falleció, yo quedé con tres niños menores de edad, entonces me dijeron que a mí me correspondía la pensión por sobrevivencia, y aquello es, te la ponen en China. El papeleo que tienes que hacer y todos los viajes que tienes que echar a Santo Domingo, por lo menos a mí, que era por el Seguro Social, y viaje, y viaje, y venga tal día, y a este papel le falta una coma, y vuelvas tú, para que te desencantes (GF Mixto, 40-59, San Juan, Urbano-Sur).

El sistema de pensión en este país es confuso, aquí los trabajadores de diferentes entidades tienen que hacer huelga para ganar pensión, por ejemplo, nosotros los maestros duramos 30 años en servicio para pensión, y tú con 50, es decir a los 80 años te dan la pensión, ¿qué la vas a disfrutar? Eso es pésimo (GF Mixto, 40-59, San Juan, Urbano-Sur).

En cuanto a las motivaciones que tienen las personas para aportar a los sistemas de pensión, los encuestados en su mayoría manifiestan que lo hacen porque sencillamente es un requisito legal que no pueden evadir, pero que incluso si pudieran elegir, no aportarían.

No creo que haya gente que voluntariamente haga un aporte fuera de lo que está establecido en el sistema. No creo que nadie lo haga voluntariamente porque el problema es que nosotros no creemos en el sistema. Dentro de 15 años, ¿quién me asegura a mí que sí puedo pensionarme? (GF Santo Domingo, Mixto, 40-60).

Un grupo más reducido de personas manifestó que la principal motivación para aportar a los sistemas de pensiones es poder contar con un mecanismo de protección económica para su vejez.

Yo lo veo bien porque, aunque hay personas que en el momento no piensan en eso, que no quieren que les descuenten porque saben la situación económica, pero no saben que eso les va a servir en un futuro, a beneficiar. Yo sí estoy de acuerdo con ese aporte (GF Grupo 3, 40-60, Mixto).

Algunos de los entrevistados también indicaron que una de las principales razones por las cuales no es posible acceder a una pensión es porque es necesario tener algún contacto o conocido en las instituciones que adelantan estos trámites.

La única manera de conseguir una pensión en este país es teniendo un ayudante. Eso de que es un sistema justo, que usted fue profesora por 30 años y al término, cuando usted se jubila eso automáticamente va al departamento de pensión, entonces la llaman y usted llena sus papeles y dentro de unos meses, eso no es, eso no existe (GF Santo Domingo, Mujeres mayores de 60).

Ahora si usted tiene un padrino, como ya ustedes saben qué es lo que quiere decir padrino, ahí es donde le dan la pensión. Si usted tiene un padrino, vaya allá y dice que usted está enfermo y de inmediato se la consiguen hasta sin estar enfermo, nada más hay que tener un padrino (GF 8-10 a. m., Quebrada Honda).

Durante todo el material, en general, pero también en la parte de pensiones y ahorro en particular, la mención de Dios es recurrente. Sin embargo, su contexto suele darse en el marco de la desprotección. Es decir, suelen los entrevistados encomendarse a Dios en el momento en el que no tienen forma de protegerse, como una especie de falta de control sobre los hechos materiales de su vida. Hay que aclarar, antes de continuar, que no se busca demeritar las creencias religiosas ni hacer juicios sobre ellas, solo se las toma en el contexto específico en el que se emiten. Con respecto al sistema pensional:

¿Alguien más sabe cómo funciona el sistema de pensiones en República Dominicana?

Doña Juana: Yo no puedo decirle nada porque yo nunca fui empleada, yo siempre viví de mi negocio, uno no estaba preparada para empleo en un sentido, entonces yo con mi negocio encontraba el sustento más fácil para mis hijos porquera (sic) hoy para mañana, eran seis y mala suerte con esos leones que manda Dios a la tierra, me dediqué yo a ser responsable a lo que hice, ¿cómo me voy a preparar yo a ahorrar? (GF mixto, Llano, Rural sur).

Y también preocupante es la manera en la que suele expresarse en el contexto de la obtención de la pensión.

¿Y usted, César?

Bueno, yo la mía no me la ha podido conseguir porque yo estuve bregando con eso, pero era que me faltaban unos papeles, si no me la hubieran dado, pero ahora me entregan los papeles y toi yendo (sic) que quizás dentro de un mes o mes y medio, pueda ser que Dios quisiera que me entreguen mi pensión (GF mixto, Llano, Rural sur).

“Pueda ser que Dios quiera que me entreguen mi pensión” hace referencia, como se mencionaba al principio, de un contexto de desprotección que es resuelto con la fe religiosa. Adelantándonos a las conclusiones, esto es preocupante en la medida en que la población no reconoce al Estado como un interlocutor válido ni a la pensión como un derecho, sino algo así como una dádiva a la discreción de una fuerza divina.

Finalmente, algunos expertos consultados a través de entrevistas a profundidad resaltaron alguno de los retos que tiene el sistema pensional dominicano.

Por ejemplo tú suscribiste tu contrato con una AFP, empezaste a trabajar en el sector formal e hiciste tu cotización, pero luego te dedicaste a ser investigador independiente, ya estás fuera del mercado formal, ya no tienes mecanismos para hacer tus aportes, entonces un gran reto es eso, que surja un mecanismo para las personas que están en condición de trabajador independiente, técnicos informales, que no están en razón de asalariado y puedan realizar sus aportes al Sistema Dominicano de Pensiones, ese es uno de los grandes retos. También está el reto del régimen subsidiado, de esa gente con escasos recursos que son personas que ni siquiera trabajan como independientes; son gente que por una discapacidad severa no puede trabajar, gente envejeciente que no tiene acceso al mercado laboral, ni siquiera ellos mismos haciendo una actividad informal, entonces es una gran población que está descubierta (Entrevista a profundidad, experto en pensiones).

Las opiniones de los participantes de los grupos focales y las entrevistas a profundidad concuerdan con las cifras encontradas en el análisis cuantitativo, en el cual se evidenció que en República Dominicana tan solo el 14,4 % de las personas mayores de 60 años tienen acceso a una pensión. Como manifiestan estas personas, esta baja cobertura se explica en gran medida porque los ciudadanos no tienen claridad sobre el funcionamiento del sistema pensional, a que sus trámites son engorrosos y que, incluso, según algunos testimonios, hay algún grado de corrupción en las entidades encargadas de adelantar los procesos de solicitud de las pensiones.

6. Conclusiones

Los resultados de este capítulo confirman y cuantifican los importantes retos en cobertura que subyacen como prioridad en la agenda de política pública en protección social. Luego de más de 10 años de implementada la reforma al sistema de pensiones dominicano, las cifras más recientes disponibles (2014) indican que solo el 14,4 % de las personas de 60 años o más en el país se encuentran cubiertas con algún tipo de pensión para la vejez. Esta cifra de cobertura es comparativamente muy inferior al promedio de la región latinoamericana. De acuerdo con Bosh & Melguizo (2013), el 62,5 % de la población mayor de 65 años en 19 países de América Latina se encuentra cubierta por una pensión bien sea contributiva o no contributiva.

Algunos de los retos más importantes del sistema previsional dominicano que resalta a partir de los análisis de este capítulo son: primero, el aumento en términos de cobertura global del adulto mayor que le urge al sistema, y segundo los retos distributivos. Los resultados del capítulo indican la existencia de grupos altamente desprotegidos.

Resaltan las menores tasas de cobertura femenina, en comparación con la cobertura masculina, el menor cubrimiento del sistema en la zona rural con respecto a la urbana y la menor cobertura del adulto mayor en condición de pobreza. Solo el 10,5 % de las mujeres de 60 años o más se encuentran cubiertas por alguna pensión (contributiva o no contributiva). El sistema requiere una perspectiva de género que le permita responder de una mejor manera a las necesidades diferenciales por sexo del adulto mayor. A su vez, solo 6,8 % del adulto mayor rural está cubierto por el sistema. Tanto 97,1 % como 94,0 % del adulto mayor en condición de pobreza extrema y pobreza moderada, no tienen ningún tipo de pensión.

Así mismo, 97,1 % y 94,0 % del adulto mayor en condición de pobreza extrema y pobreza moderada, no tienen ningún tipo de pensión. En términos retrospectivos, la brecha por nivel de pobreza en cobertura pensional ha aumentado en los últimos 15 años. Esta desprotección del adulto mayor en situación de pobreza y pobreza extrema subraya lo imperativo que resulta a la fecha la implementación efectiva del régimen previsional subsidiado y del contributivo-subsidiado, los cuales a la fecha luego de más de 10 años de implementado el nuevo sistema pensional continúan como desafíos pendientes por resolver en el país.

En términos de población cotizante, los resultados del capítulo indican que desde 2003, cuando se inició la implementación de la reforma al sistema previsional dominicano, los avances en proporción de población cotizante, tanto con respecto a población económicamente activa como en cuanto a población ocupada, han sido importantes. En 2016, 39,4 % de la población económicamente activa y 38,9 % de la población ocupada corresponde a población cotizante al sistema previsional. En particular, con respecto a 2003 esto significa un aumento en la proporción de población cotizante frente a la población económicamente activa, de 22,3 p. p. Sería de esperarse que estas mayores tasas de cotización se traduzcan en un futuro en mayores niveles de cobertura previsional para la población adulta mayor dominicana.

Son de resaltar las mayores tasas de cotización de la población femenina con respecto a la masculina. A pesar de que la distribución de población cotizante tiene mayor concentración masculina que femenina, se observan mayores tasas de cotización femenina. Este fenómeno se debe principalmente al menor número de población económicamente activa y ocupada femenina, en cuanto a la misma población, pero masculina. Se esperaría entonces que a medida que la mujer incremente su participación en el mercado laboral y se fortalezca el sistema previsional dominicano, mejore la proporción de mujer adulta mayor que accede a una pensión por vejez.

Además, los resultados cualitativos arrojan información sobre la percepción de los ciudadanos del régimen pensional y su relación con él. En este sentido, alarma que los participantes de los grupos focales insistan, repetidamente, en la difícil comprensión del sistema pensional. Aunque reconocen el término pensión y saben a qué hace referencia, suelen acusar al sistema de ser confuso o suelen confesar que no saben cómo acceder a pensión. Se puede decir, por esto, que hay oportunidades de mejora en el sistema para simplificarlo y ampliar la base de personas que se sienten identificados con él y están informadas sobre cómo cotizar y qué condiciones hay para acceder a una pensión. Ejemplo de ello es que los participantes de los grupos suelen asociar las pensiones con el empleo público únicamente.

Adicionalmente, no hay una valoración positiva de los aportes a pensión. La mayoría de los participantes de los grupos focales asocian el aporte con un requisito legal. Es decir, hay trabajo por hacer de cara a extender una visión positiva del aporte que, vinculada con la explicación del régimen pensional, puede fomentar relaciones más armónicas e informadas entre contribuyentes y Estado.

2. En el actual sistema, cualquier adulto de 60 años en adelante que a la vez haya cotizado por lo menos 360 meses al sistema o que haya acumulado un fondo que le permita disfrutar de una pensión superior al 50 % del mínimo legal vigente, tiene derecho a una pensión por vejez por parte del sistema previsional contributivo.

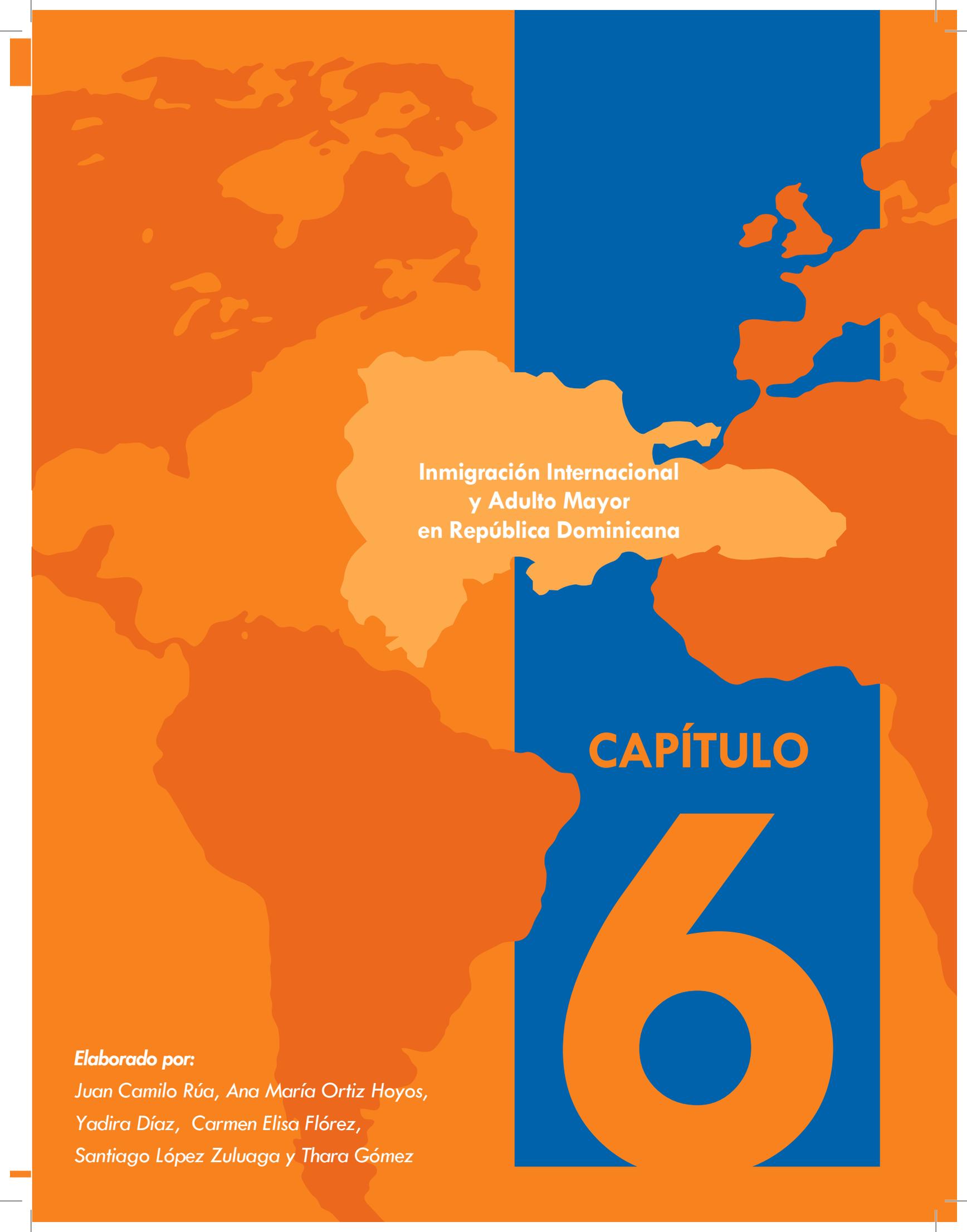
Los retos frente a la incrementación de la cobertura tienen componentes tanto cualitativos como cuantitativos. En este sentido, las iniciativas gubernamentales deben tener en cuenta esta dualidad para poder atacar el problema de forma más integral. Mejorar la relación de los ciudadanos con el sistema pensional implica tanto la ampliación de la cobertura, como la difusión de mensajes positivos alrededor de la cotización, y claros en torno a los derechos.

7. Recomendaciones

- Implementar mecanismos administrativos y estrategias en términos de política pública que permitan ampliar la base de personas cubiertas por pensión, ya que las personas mayores se encuentran muy desprotegidas en República Dominicana.
- Para las mujeres la desprotección pensional es más aguda, en la medida en que tienen mayor esperanza de vida (suelen sobrevivir a sus parejas), menor cobertura y suelen tener cargas de cuidado cuando envejecen. Por ello es especialmente importante proteger a las adultas mayores.
- Las tasas de cotización pueden mejorar con planes de formalización del trabajo. La informalidad está sobre la base de los bajos niveles de cotización en jóvenes y sobre la dificultad de acceder a una pensión.
- La principal fuente de ahorro de las personas mayores, sobre todo en el ámbito rural, consiste en la tenencia de casa propia. En este sentido, se sugiere que se realicen programas de vivienda que faciliten el acceso a vivienda propia.
- Facilitar y diversificar las formas de ahorro dirigidas a las personas mayores y a los adultos que lo serán en los próximos años. Esto requiere tanto ejercicios administrativos, como de diálogo entre actores públicos y privados.

8. Referencias

- Ando, A. & Modigliani, F. (1963). The “Life Cycle” Hypothesis of Saving: Aggregate Implications and Tests. *The American Economic Review*, 53(1), 55-84. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/>
- Bosch, M. & Melguizo, Á. (2013). *Mejores pensiones mejores trabajos: Hacia la cobertura universal en América Latina y el Caribe*. Inter-American Development Bank.
- Ely Tamin, A. (2006). *Los derechos económicos, sociales y culturales en América Latina. Del invento a la herramienta*. México DF, México: Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo.
- Nuevo Consenso, U. (2002). *Seguridad social*. Ginebra, Suiza: Organización Internacional del Trabajo. Retrieved from www.ilo.org/public/english/standards/relm/ilc/ilc89
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2014). *Informe sobre Desarrollo Humano 2014. Sostener el progreso humano: Reducir vulnerabilidades y construir resiliencia*. PNUD.
- Suárez, R. & Pescetto, C. (2005). *Sistemas de protección social para el adulto mayor en América Latina y el Caribe*. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(5-6), pp. 419-428.
- Suero, P. & Matos, R. (2016). *Envejecimiento demográfico: desafío al sistema de seguridad social en República Dominicana*. Oficina Nacional de Estadísticas.



Inmigración Internacional
y Adulto Mayor
en República Dominicana

CAPÍTULO

6

Elaborado por:

*Juan Camilo Rúa, Ana María Ortiz Hoyos,
Yadira Díaz, Carmen Elisa Flórez,
Santiago López Zuluaga y Thara Gómez*

RESUMEN

El fenómeno de inmigración internacional es de continuo interés y es objeto de sinnúmero de controversias en República Dominicana. No obstante, la evidencia empírica y el análisis académico de este son todavía escasos en el país. Como respuesta a este interés nacional y en aras de generar evidencia para el análisis del fenómeno, desde 2007 la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) introdujo un módulo de migración en la Encuesta Nacional de Hogares (ENHOGAR). A su vez, en 2012 con el fin de contar con una herramienta que permitiera medir de forma más precisa la magnitud de la inmigración internacional en República Dominicana y de caracterizar la población inmigrante, la ONE implementó la primera Encuesta Nacional de Inmigrantes (ENI) en el país.

Para el caso particular de los envejecientes, la información y los análisis de la situación del adulto mayor inmigrante en el país, son incluso más escasos. En consecuencia, este capítulo busca subsanar la brecha existente en términos de análisis del fenómeno y se concentra en estudiar la situación del adulto mayor inmigrante en República Dominicana.

El capítulo realiza dos tipos de análisis: cuantitativo y cualitativo. Para el análisis cuantitativo se usa la información proveniente de la ENHOGAR 2015 y de la ENI 2012. Por su parte, para el análisis cualitativo se realizaron una serie de grupos focales a población mayor inmigrante y se realizaron entrevistas a profundidad a los actores claves dentro del Estado y el sector privado, para entender con mayor énfasis el fenómeno desde aquellos que lo viven en el día a día. Es así como a continuación se presentan los resultados obtenidos más relevantes en términos de migración internacional.

Cabe anotar, sin embargo, las limitaciones importantes de información de las cuales fue objeto el capítulo. A pesar de la existencia de la ENHOGAR y la ENI para los análisis de tipo cuantitativo, las restricciones de uso de los microdatos en el país no permiten el acceso a dicha información para el análisis de poblaciones específicas, como es el caso de las personas mayores.

Si bien el Decreto 327 de 2013 (conocido como el Plan Nacional de Regularización de Extranjeros o PNR) reconoce un tratamiento diferenciado y preferente para los extranjeros que se encuentran en condición de vulnerabilidad, no existe un conjunto normativo nacional o internacional que regule de manera sistemática e integral la situación de las personas mayores en condición irregular de inmigración. Esto supone una precaria protección que se agrava ante la ausencia de normas específicas que ofrezcan garantías concretas a este grupo poblacional, y depende, en buena medida, de la interpretación sistemática de una legislación dispersa.

En el desarrollo del capítulo se brindará un panorama de la protección jurídica que se ofrece a las personas mayores en situación migratoria irregular, respecto a varios derechos y garantías concretas. El análisis se abordará no solo desde una perspectiva de vejez, sino, también, de envejecimiento, al

exponer la manera en la que se buscan proteger garantías y derechos que tienen efectos directos e indirectos sobre la forma en la que envejecen las personas en esta situación.

El derecho a la igualdad

Todas las personas que se encuentran en situación migratoria irregular, incluidas las mayores de 60 años, tienen derecho a un trato igualitario. De manera que, tomando como base la Coalición por los Derechos de las Personas Migrantes (CDPM), el artículo 39 de la Constitución de la República Dominicana acoge una protección de la igualdad tanto desde una faceta negativa, como desde una positiva, al imponer obligaciones de abstención, pero también de promoción. Las personas mayores inmigrantes en situación irregular deben ser beneficiarios especiales y prioritarios de este tipo de acciones afirmativas, como una forma de reconocimiento con las desventajas sociales con las cuales han tenido que envejecer y que se constituyen en barreras para un acceso a todos los derechos humanos en condiciones de igualdad.

El derecho a la salud

Todas las personas inmigrantes, sin importar su edad ni la regularidad o irregularidad de su situación migratoria, tienen derecho a gozar del más alto nivel de salud posible. Así se desprende de una interpretación sistemática de varias disposiciones internacionales y nacionales.

El derecho a la unidad familiar

Un entorno familiar estable y solidario es esencial para un envejecimiento activo, pues fomenta la participación y el involucramiento de las personas mayores en actividades públicas y comunitarias.

El derecho al trabajo

El trabajo es, sin duda alguna, una de las principales razones por las cuales se presenta un fuerte fenómeno de migración hacia República Dominicana. Si bien el Código de Trabajo (Ley 16 de 1992) impone una regulación muy fuerte que solo permite una cuota límite de trabajadores extranjeros¹, lo cierto es que la realidad podría desbordar las limitaciones jurídicas. Es importante que se reconsidere, desde el ámbito legislativo, el peso del trabajo de los inmigrantes en la economía dominicana para la configuración de un cuerpo jurídico más ajustado a la realidad. En ese sentido, se requiere de un mayor control en la aplicación de la Resolución N.º 25 de 2001, sobre los requisitos que deben cumplirse para registrar los contratos de los trabajadores extranjeros, pues es una forma para avanzar hacia mayores niveles de formalización.

Caracterización de la población de origen extranjero en República Dominicana

De acuerdo con lo anterior y en uso de la ENI 2012, se encuentra que el total de población de origen extranjero es de 7,9 %, de los cuales la primera generación corresponde a 5,4 puntos porcentuales (p. p.)

1. Congreso de la República Dominicana, Código del Trabajo, Ley 16 de 1992, Art. 135 y s.s.

y la segunda generación a 2,5 p. p. Al ordenar de menor a mayor los 26 países del Caribe reportados por la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (ONU-DAES) en 2017, el país con menor proporción de población inmigrante en la región resulta ser Cuba y el de mayor proporción es la parte holandesa de San Martín. República Dominicana es el quinto país con menor proporción de población migrante internacional. Con respecto al promedio de la región en este mismo reporte, República Dominicana se ubica 0,8 puntos porcentuales por encima del promedio de la región, el cual es 3,9 %, y muy por debajo del promedio de países de ingresos altos, el cual según el reporte es 14,1 %. Estos resultados sugieren que el fenómeno de inmigración en República Dominicana es relativamente moderado en comparación con los estándares de la región.

Caracterización del adulto mayor de origen extranjero

Al analizar la distribución de la población adulta mayor de origen extranjero por zona de residencia se encuentra una mayor concentración de esta población en el área urbana: 70,2 % del total de adulto mayor de origen extranjero reside en el área urbana y 29,8 % en el área rural; además, se observa una mayor proporción de adulto mayor de origen extranjero masculino que femenino. Los resultados indican que 4,1 % del total de población adulta mayor en República Dominicana corresponde a población de origen extranjero.

Una característica específica que determina las condiciones de inmigración es si esta es legal o no. Una forma de aproximarse a dicha condición es a través de la tenencia de documentos. De acuerdo con la ENI 2012, 43,2 % de los inmigrantes adultos mayores reporta tenencia de cédula de identidad dominicana. A su vez, 16,0 % de los adultos mayores inmigrantes reporta tener pasaporte dominicano. Estas cifras significan que por lo menos el 40,8 % de la población adulta mayor en el país no tiene ni cédula de identidad ni pasaporte dominicano. Este porcentaje podría ascender hasta un 56,8 % de la población. Por área de residencia, la mayor proporción de población sin documento de identificación dominicano se concentra en el área rural, en la cual solo 30,2 % de la población adulta mayor reporta tener cédula de identidad y 4,5 % pasaporte dominicano. Para el área rural esto significa que por lo menos 65,0 % y a lo sumo 69,8 % de la población adulta mayor no tiene ni cédula ni pasaporte dominicano.

Educación, empleo y mercado laboral del adulto mayor inmigrante

Mientras 86,9 % de la población adulta mayor nacida en República Dominicana reporta saber leer y escribir, 76,5 % de la población adulta mayor inmigrante informa también saber leer y escribir; esto representa una diferencia de 10,4 puntos porcentuales entre los adultos mayores nacidos en el país y aquellos nacidos en el extranjero; de manera que el adulto mayor inmigrante tiene un nivel educativo inferior que el de su contraparte nacida en República Dominicana.

De acuerdo con la ENI 2012, el 38,9 % de la población adulta mayor de origen extranjero se encuentra ocupada. Al comparar estas cifras con las obtenidas a través de la ENHOGAR 2013 y presentadas en el capítulo de educación, mercado laboral e ingresos de este libro, podría concluirse que el adulto mayor de origen extranjero registra mayores niveles de ocupación debido tal vez a una mayor desprotección por parte del sistema previsional, pues de acuerdo con la ENHOGAR 2013, 32,4 % de los adultos mayores en el total nacional se encuentran ocupados.

Salud del adulto mayor inmigrante

Según los datos presentados en el capítulo de salud de este libro y con fuente SISARIL, en 2012 el 64,1 % de la población adulta mayor se encontraba afiliada a algún sistema de salud. Al comparar esta cifra con la obtenida por la ENI 2012 para la población adulta mayor de origen extranjero, se observa un nivel de afiliación a salud muy por debajo de este promedio para el grupo poblacional de origen extranjero. Esto es alrededor de 20 puntos porcentuales por debajo del total nacional reportado por SISARIL.

Resultados cualitativos

LAS PERSPECTIVAS DE LOS INMIGRANTES

Imaginario sobre el envejecimiento y la vejez

Qué significa ser persona mayor, qué significa envejecer, qué es la vejez, qué implicaciones tiene, qué diferencias encuentran frente a la juventud, qué cambios se perciben, etc. En general, se observa una idea muy fuerte de la vejez ligada a la inutilidad.

En cuanto a la identificación de retos de política pública, las personas inmigrantes, a partir de su experiencia de vida, identifican las problemáticas más graves para su envejecimiento y su vejez, y proponen algunas ideas que, desde su punto de vista, requieren de una respuesta prioritaria por parte de las autoridades dominicanas; no obstante, el riesgo de deportación y la situación migratoria irregular en la que se encuentran las personas irregulares deteriora la posibilidad de establecer diálogos con las autoridades públicas sobre aquello que podría ser mejorado.

LAS PERSPECTIVAS DE LOS DOMINICANOS

Percepción general sobre la inmigración

Se reúnen bajo esta categorización todas las visiones y miradas que se expresan sobre el fenómeno de la inmigración. Estas valoraciones, que pueden ser positivas o negativas, permiten ver un panorama general sobre la manera en la que los dominicanos perciben el asunto migratorio. Cómo lo entienden, qué “clases” de extranjeros reconocen y qué impactos creen que la inmigración tiene sobre el país, entre otras circunstancias.

Una idea por resaltar es que es posible observar una cierta “nacionalización social” hecha a los inmigrantes —y particularmente a los haitianos— por parte de los dominicanos.

En cuanto a la igualdad y discriminación hacia los inmigrantes, la relación entre creencias religiosas y la aceptación de las personas en situación migratoria irregular entre los dominicanos, surgió la idea de que al ser todos hijos de Dios, todos tenían el mismo derecho a la igualdad. La religiosidad de los dominicanos, pues, y especialmente la de los dominicanos mayores, podría significar un estímulo para asumir una visión más receptiva sobre esta población.

En cuanto a los testimonios que dan cuenta de aquellas ideas que tienen los dominicanos sobre la situación de salud de los inmigrantes, y en especial de lo relacionado con el acceso a servicios y programas de salud, hay una idea muy reiterada de que los inmigrantes acaparan varios servicios de salud, y en particular, el relacionado con los partos. Esta situación podría haber llevado a que los dominicanos, al preguntársele por la situación de salud de los inmigrantes, se olviden de cuestionarse por sus condiciones de salud y se remiten a la idea de que reciben toda la atención.

Por último, frente al derecho a la propiedad de los inmigrantes, muchas de las respuestas están orientadas a establecer que no hay mucha relevancia de la inmigración sobre el propio envejecimiento.

CONTENIDO

| | | |
|-----------|--|------------|
| 1. | Introducción | 283 |
| 2. | La protección jurídica nacional e internacional e las personas mayores inmigrantes: un marco jurídico | 285 |
| 2.1. | Definición de persona mayor | 285 |
| 2.2. | Definición de inmigrante | 286 |
| 2.3. | Las personas mayores inmigrantes en situación irregular como sujetos de especial protección | 287 |
| 2.4. | La protección jurídica internacional y nacional a las personas mayores en situación irregular de inmigración | 288 |
| 2.5. | El derecho a la igualdad | 289 |
| 2.6. | El derecho a la salud | 290 |
| 2.7. | El derecho a la unidad familiar | 291 |
| 2.8. | El derecho al trabajo | 291 |
| 2.9. | El derecho a la seguridad social | 293 |
| 2.10. | El derecho a la propiedad | 294 |
| 2.11. | Ciudadanía y derechos | 295 |
| 3. | Caracterización de la población de origen extranjero en República Dominicana | 297 |
| 4. | Caracterización del adulto mayor de origen extranjero | 304 |
| 5. | Educación, empleo y mercado laboral del adulto mayor inmigrante | 309 |
| 6. | Salud del adulto mayor inmigrante | 312 |
| 7. | Resultados cualitativos | 314 |
| 7.1. | Las perspectivas de los inmigrantes | 314 |
| 7.2. | Imaginarios sobre el envejecimiento y la vejez | 314 |
| 7.3. | Preparación para la vejez | 316 |
| 7.4. | Salud | 318 |

| | | |
|------------|--|------------|
| 7.5. | Relaciones de familia y de cuidado | 320 |
| 7.6. | Seguridad económica en y para la vejez | 321 |
| 7.7. | Educación a lo largo de la vida | 324 |
| 7.8. | Situación migratoria irregular y envejecimiento | 325 |
| 8. | Las perspectivas de los dominicanos | 327 |
| 8.1. | Percepción general sobre la inmigración | 327 |
| 8.2. | Igualdad y discriminación hacia los inmigrantes | 328 |
| 8.3. | Condiciones laborales de los inmigrantes | 329 |
| 8.4. | El derecho a la propiedad de los inmigrantes | 330 |
| 8.5. | Impacto de la inmigración sobre el propio envejecimiento | 331 |
| 9. | Conclusiones | 332 |
| 10. | Bibliografía | 334 |

1. Introducción

La comprensión sobre la forma en la que la situación migratoria incide de manera diferencial sobre el envejecimiento y la vejez de quienes se encuentran en República Dominicana en situación irregular, supone la tarea inicial de dotar de contenido y sentido a estos fenómenos de la experiencia humana. Para construir un marco de análisis que sirva como guía para dimensionar la situación en la que se encuentra este grupo poblacional, se realiza este documento que busca entender todas las aristas que componen el fenómeno migratorio en relación con el proceso de envejecimiento poblacional, especialmente de aquellas personas que llegaron a República Dominicana hace algunas décadas.

El fenómeno de inmigración internacional es de continuo interés y es objeto de sinnúmero de controversias en República Dominicana. No obstante, la evidencia empírica y el análisis académico de este es todavía escaso en el país. Como respuesta a este interés nacional y en aras de generar evidencia para el análisis del fenómeno, desde 2007 la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) introdujo un módulo de migración en la Encuesta Nacional de Hogares (ENHOGAR). A su vez, en 2012 con el fin de contar con una herramienta que permitiera medir de forma más precisa la magnitud de la inmigración internacional en República Dominicana y de caracterizar la población inmigrante, la ONE implementó la primera Encuesta Nacional de Inmigrantes (ENI) en el país.

A pesar de estos esfuerzos nacionales por proveer información más allá del contacto parcial con el fenómeno, a la fecha los análisis académicos y la caracterización de la población inmigrante todavía son limitados. Se destacan al respecto estudios como el de Cáceres, Báez y Caamaño (2011), Riveros (2011) y OBMICA (2016), los cuales usan diferentes aproximaciones metodológicas para cuantificar el fenómeno migratorio desde y hacia República Dominicana y lo analizan a través de una perspectiva socioeconómica.

Ahora bien, para el caso particular de los envejecientes, la información y los análisis de la situación del adulto mayor inmigrante en el país, son incluso más escasos. En consecuencia, este capítulo busca subsanar la brecha existente en términos de análisis del fenómeno y se concentra en estudiar la situación del adulto mayor inmigrante en República Dominicana.

Para los fines de este capítulo y en uso de la información existente para República Dominicana, población inmigrante se define aquí como toda aquella que nació en el extranjero y que tiene por residencia habitual República Dominicana. Cabe resaltar que estos dos criterios, el de país de nacimiento y residencia habitual, corresponden a los usados por la ONE para definir población inmigrante. En particular, residencia habitual se refiere al país en el que la persona vive, el cual según la ONE (2013), citando a Naciones Unidas, corresponde al lugar en el que “la persona tiene una vivienda donde normalmente pasa los períodos diarios de descanso. Los viajes al exterior con fines de ocio, vacaciones, visitas a parientes y amigos, negocios, tratamiento médico o peregrinación religiosa no cambian el país de residencia habitual” (p. 44). En uso de esta definición, no son consideradas como inmigrantes las personas que visitan el país con fines turísticos o aquellas que conforman el flujo transfronterizo diario, pues estas llegan al país a través de la frontera, pero regresan a su nación de origen diariamente.

Un segundo concepto importante que usa este capítulo es el de primera y segunda generación inmigratoria. Aquí, primera generación corresponde a las personas que en sentido estricto se denominan inmigrantes de acuerdo con la anterior definición. Ahora, las personas nacidas en República Dominicana con padre o madre nacidos en el extranjero, corresponden a la población denominada aquí segunda generación. Es entonces población de origen extranjero, toda aquella que habita regularmente en República Dominicana y nació en el exterior (primera generación) o nació en República Dominicana pero su padre o madre nacieron en el exterior (segunda generación). Finalmente, se definen como nativos aquella población que nació en República Dominicana y que tienen padre y madre también nacidos en el país.

El capítulo realiza dos tipos de análisis: cuantitativo y cualitativo. Para el cuantitativo se usa la información proveniente de la ENHOGAR 2015 y de la ENI 2012. Por su parte, para el análisis cualitativo se realizaron una serie de grupos focales a población mayor inmigrante y se hicieron entrevistas a profundidad a los actores claves dentro del Estado y el sector privado, para entender con mayor énfasis el fenómeno desde aquellos que lo viven en el día a día; es así como a continuación se presentan los resultados obtenidos más relevantes en términos de migración internacional.

Cabe anotar, sin embargo, las limitaciones importantes de información de las cuales fue objeto el capítulo. A pesar de la existencia de la ENHOGAR y la ENI para el análisis cuantitativo, las restricciones de uso de los microdatos en el país no permiten el acceso a dicha información para el análisis de poblaciones específicas, como es el caso de las personas mayores. Las herramientas estadísticas que pudo aplicar el capítulo son así limitadas, pues no fue posible el análisis de variables claves con las que cuentan las encuestas, como por ejemplo tiempo residiendo en República Dominicana, que no aparecen en los procesamientos que presenta la ONE para uso público, a los cuales el capítulo se tuvo que restringir.

A su vez, dados los pequeños tamaños de muestra a los que el análisis de las condiciones de la población envejeciente está sujeto, el uso de errores estándar e intervalos de confianza para determinar la precisión de las estimaciones se hace imprescindible para tal efecto. Sin embargo, la imposibilidad de acceso al microdato de la ENHOGAR y la ENI imposibilitó dicho tipo de análisis. En consecuencia, el análisis cuantitativo en este apartado es netamente descriptivo y se hace en estricto uso de la información publicada por la ONE.

En el componente cualitativo, el acceso a la información frente a las personas mayores inmigrantes en República Dominicana fue bastante difícil, pues hay un subregistro de ellas y las organizaciones de la sociedad civil con acceso a estas personas, en ocasiones suelen ser reacias a compartir los datos de contacto, debido a las nuevas disposiciones de las políticas migratorias en el país.

Luego de esta introducción y con el fin de establecer el contexto general del país, el capítulo inicia con el marco jurídico por el que se rigen las políticas migratorias. Luego se realiza una caracterización de la población de origen extranjero en República Dominicana. Seguidamente, el capítulo se concentra en caracterizar al adulto mayor de origen extranjero, primero en términos sociodemográficos, luego en cuanto a su educación, empleo y mercado laboral y finalmente en términos de sus condiciones de salud. El capítulo finaliza presentando los resultados del análisis cualitativo y las conclusiones que se derivan de los análisis aquí presentados.

2. La protección jurídica nacional e internacional a las personas mayores inmigrantes: un marco jurídico.

Siglas

| | |
|--------|--|
| CADH | Convención Americana de los Derechos Humanos |
| CDE | Convención sobre la Condición de Extranjero |
| CDPM | Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores |
| CDTM | Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares |
| LGM | Ley General de Migración |
| PNR | Plan Nacional de Regularización |
| PIDESC | Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales |

La situación de irregularidad migratoria en la que puede llegar a encontrarse una persona no anula los derechos humanos que se derivan de su dignidad intrínseca. Cada Estado, sin importar la nacionalidad ni la forma de ingreso a su país, debe garantizar plenamente aquellos derechos que se derivan de la mera condición humana. En ese sentido, el sistema jurídico internacional y nacional ofrece una protección al envejecimiento y la vejez de todos los habitantes del territorio, sin que sea relevante para su aplicación ni su nacionalidad ni su situación migratoria.

Esta sección expone los fundamentos jurídicos, tanto del derecho internacional como del ordenamiento dominicano interno, que buscan garantizar los derechos humanos de la población migrante, con un especial énfasis en la forma en la que dicha protección garantiza un envejecimiento activo y una vejez digna. Para ello, en primer lugar, se presenta una definición legal de persona mayor que se articula con la definición de inmigrante que puede encontrarse en el marco internacional. A partir de la construcción jurídica del sujeto de derechos “persona mayor y envejeciente inmigrante” se ofrece una argumentación que justifica su estatus como sujetos de protección a nivel nacional e internacional. Finalmente, se hace una exposición de la protección específica que se debe garantizar frente a una serie de derechos vitales para un envejecimiento activo y una vejez dignas, que van desde garantías personales como la salud y la ciudadanía, hasta derechos sociales como el trabajo y la seguridad social.

2.1. Definición de persona mayor

Los debates teóricos sobre el momento en el que empieza la vejez y sobre quién es una persona mayor son innumerables e inacabados. La cuestión sobre qué significa ser mayor trasciende lo puramente biológico y fisiológico y depende del contexto social, cultural e histórico (Beauvoir, 1970). En ese sentido, el análisis de la literatura sobre la vejez muestra un cierto consenso que asocia la categoría de “persona mayor” con la llegada a la fase final del proceso de envejecimiento (Beauvoir, 1970; Bobbio, 1997; Dulcey-Ruiz et al., 2013; Dulcey-Ruiz, 2000; Randazzo et al., 2012).

En este contexto, y ante una situación en la que —más allá de los consensos— se presentan muy diversas miradas sobre la definición de persona mayor, la adopción de un estándar legal resulta útil en términos

de política pública, pues permite la acción institucional y social. En ese sentido, instrumentos jurídicos internacionales como la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (CDPM) las definen como aquellas de 60 años o más ¹. No se trata de un criterio inamovible, pues la Convención aclara que cada país puede determinar una base menor o mayor, siempre que esta no supere los 65 años.

La legislación nacional dominicana adopta un criterio que se ajusta al marco internacional. El artículo 1 de la Ley 352 de 1998 —sobre protección a “envejecientes”— define que son personas mayores todas aquellas que cuentan con 65 años o más, o las que, con una edad menor, debido al proceso de envejecimiento, viven cambios progresivos desde un punto de vista social, psicológico y material. Este segundo supuesto es un reconocimiento al hecho de que ciertas situaciones de vulnerabilidad en la que se encuentran las personas a lo largo de sus vidas generan impactos sobre su envejecimiento y su vejez. Esta ley consagra seis categorías específicas de especial vulnerabilidad en las que se pueden encontrar las personas mayores: la discapacidad, la viudez ligada al desamparo económico, la enfermedad “incurable”, la institucionalización, la situación de reclusión carcelaria y la discapacidad cognitiva o psicosocial.

La inmigración irregular debe considerarse como una situación de especial vulnerabilidad para las personas mayores. Aunque la norma no la señala de manera expresa, una interpretación teleológica lleva a la conclusión de que lo que prima es el bienestar y dignidad de la persona en su vejez, sin que las circunstancias formales de su residencia se constituyan en una barrera para el acceso a derechos y garantías fundamentales. De ahí que se establezca una cláusula residual de protección en virtud de la cual la ley ampara a “todo aquel senescente que requiera asistencia en las áreas de salud, educación, trabajo, nutrición, cultura, recreación” ², entre otras. Las necesidades de las personas mayores, se observa, tienen una mayor relevancia jurídica que su situación de residencia y ciudadanía.

2.2. Definición de inmigrante

La Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (en adelante, CDTM) permite construir un referente jurídico sobre la categoría de “inmigrante extranjero en situación irregular”. De acuerdo con la CDTM, es un trabajador migratorio toda persona que vaya a realizar, se encuentre realizando o haya realizado una actividad remunerada en un Estado del cual no es nacional ³. Esta persona puede encontrarse en una situación regular, cuando las autoridades del Estado lo han autorizado a ingresar y ejercer la actividad, o en una situación irregular, cuando dicha autorización no ha sido otorgada.

De esta caracterización, atada necesariamente a la actividad laboral, puede desprenderse una definición de “inmigrante en situación irregular” más amplia, que cobije no solo a los trabajadores, sino a sus familiares. Esa es la opción que asume la legislación interna dominicana. La Ley General de Migración N.º 285 de 2004

1. *Se Trata De Un Criterio Adoptado Por Instancias Internacionales Como La Organización De Las Naciones Unidas (Unfpa Y Helpage, 2012).*

2. *Congreso De La República Dominicana, Ley 352 De 1998, Artículo 2, Literal G).*

3. *Organización De Las Naciones Unidas. Convención Internacional Sobre La Protección De Los Derechos De Todos Los Trabajadores Migratorios Y De Sus Familiares, 1990, Artículo 2.*

entiende que es extranjero en situación migratoria irregular toda persona de nacionalidad extranjera que habite el territorio dominicano, de manera estable y pacífica, y que cumpla con alguna de las siguientes condiciones: (i) haber entrado al país violando las leyes y reglamentos migratorios; (ii) haber excedido el tiempo que se le había permitido permanecer en el territorio y, finalmente, (iii) haber violado las condiciones en las que se permitió el ingreso.

Los referentes jurídicos nacionales e internacionales que se han referido hasta este punto ayudan a entender a las personas mayores en situación migratoria irregular como sujetos de especial protección. En ese sentido, tanto el Estado como la sociedad dominicana deben avanzar hacia la garantía plena de los derechos humanos de todas las personas mayores de 60 años o más que se encuentran en su territorio, sin que su situación migratoria se convierta en barrera de acceso. Se trata de una expresión del reconocimiento de la dignidad humana como valor fundamental del ordenamiento constitucional dominicano que impone un deber de solidaridad hacia aquellas personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad.

La Constitución de la República Dominicana se cimienta en la dignidad humana. Su artículo 38 es claro en afirmar que la organización del Estado obedece a la necesidad de garantizar una protección real y efectiva de los derechos fundamentales que se desprenden de ella, y que, por lo tanto, todos los poderes públicos tienen la responsabilidad y la obligación de materializarla. Esta dignidad está presente en todas las personas, sin distinciones de sexo, raza, creencias religiosas o políticas, origen nacional o situación económica. Por el contrario, se trata de un atributo “sagrado, innato e inviolable”⁴.

2.3. Las personas mayores inmigrantes en situación irregular como sujetos de especial protección

Una lectura sistemática de varios enunciados normativos, contenidos tanto en la Constitución como en la legislación dominicana, permite sostener que las personas mayores —y dentro de ellas, las que se encuentran en situación de inmigración irregular— gozan de una especial protección jurídica. En ese sentido, el artículo 57 de la Constitución establece que la familia, la sociedad y el Estado comparten la obligación y la responsabilidad de garantizar la protección y asistencia de las personas mayores, para lo cual se debe promover su integración y participación en la vida social.

Es así como, el Decreto 327 de 2013 (conocido como el Plan Nacional de Regularización de Extranjeros o PNR) reconoce un tratamiento diferenciado y preferente para los extranjeros que se encuentran en condición de vulnerabilidad. Esta condición de vulnerabilidad se determina a partir de “legislación especializada”, es decir, de aquellas normas que regulan la protección a los diversos grupos poblacionales que requieren de una protección reforzada⁵.

Uno de estos instrumentos de legislación especializada es la Ley 352 de 1998, de protección a las personas mayores, que provee una especial protección a quienes han llegado a la vejez, máxime cuando se encuentran en situación de desamparo económico⁶.

4. Constitución Política de República Dominicana, 2010, artículo 38.

5. Presidencia de la República Dominicana, Decreto 327 de 2013, artículo 30.

6. Congreso de la República Dominicana, Ley 352 de 1998, artículo 4.

2.4. La protección jurídica internacional y nacional a las personas mayores en situación irregular de inmigración

No existe un conjunto normativo nacional o internacional que regule de manera sistemática e integral la situación de las personas mayores en condición irregular de inmigración. Esto supone una precaria protección que se agrava ante la ausencia de normas específicas que ofrezcan garantías concretas a este grupo poblacional, y depende, en buena medida, de la interpretación sistemática de una legislación dispersa. A pesar de este déficit de protección existen razones jurídicas que permiten sostener que los inmigrantes mayores de 60 años están cobijados por una protección a sus derechos humanos esenciales. El análisis se hará en dos niveles, tanto desde el marco internacional como desde la legislación interna de República Dominicana.

En el plano del derecho internacional, la Constitución de 2010 reconoce que el Estado dominicano es miembro de la comunidad internacional y que ello implica una serie de deberes de cooperación y apego a las normas de derecho internacional ⁷. De esta manera, instrumentos jurídicos como tratados, pactos o convenios relativos a derechos humanos y que hayan sido suscritos y ratificados por el Estado, se incorporan al ordenamiento jurídico con rango constitucional y son de aplicación directa inmediata por parte de todas las ramas del poder público ⁸.

En ese sentido, República Dominicana ha suscrito la Convención sobre la Condición de Extranjeros (CDE) ⁹, la cual obliga a todos los Estados parte a reconocer a los extranjeros en su territorio “todas las garantías individuales que reconocen a favor de sus propios nacionales y el goce efectivo de los derechos civiles esenciales, sin perjuicio, en cuanto concierne a los extranjeros, de las prescripciones legales relativas a la extensión y modalidades del ejercicio de dichos derechos y garantías” ¹⁰.

Pero, además de los convenios vinculantes para el Estado dominicano, resultan relevantes algunas disposiciones internacionales que no han sido incorporadas al ordenamiento jurídico de República Dominicana, pues ofrecen un criterio de interpretación y de guía para el avance hacia una mayor protección de los derechos humanos. Tal es el caso de la CDPM y la CDTM. A lo largo de este texto se harán referencias a estas disposiciones, pues sirven como parámetro de comparación y análisis.

Ahora bien, en términos generales, es posible afirmar que el Estado dominicano reconoce el deber de garantizar unos mínimos en cuanto a derechos humanos a las personas inmigrantes. Este reconocimiento se traduce en ciertas disposiciones de derecho interno. La Constitución directa y claramente establece que “extranjeros y extranjeras tienen en la República Dominicana los mismos derechos y deberes que los nacionales, con las excepciones y limitaciones que establece esta Constitución y las leyes” ¹¹. Estas limitaciones están relacionadas, principalmente, con el ejercicio de los derechos políticos. Así, el Código del Trabajo de la República Dominicana (Ley 16 de 1992) establece como principio básico el de la territorialidad de las disposiciones

7. Constitución Política de República Dominicana, 2010, artículo 26.

8. *Ibid*, artículo 74 (3).

9. Suscrita en la VI Conferencia de La Habana, Cuba, y aprobada mediante la Resolución N.º 413 del 16 de noviembre de 1931, Gaceta Oficial N.º 4525.

10. Sexta Conferencia Internacional Americana, Convención sobre la Condición de Extranjeros, 1928, artículo 5.

11. Constitución Política de República Dominicana, 2010, artículo 25.

laborales, lo que significa que estas “rigen sin distinción a dominicanos y a extranjeros, salvo las derogaciones admitidas en convenios internacionales”¹². Así, se puede interpretar que, aun quienes han trabajado en condiciones de irregularidad migratoria, tienen derecho al reconocimiento de las prestaciones sociales que pudieron haberse derivado en virtud de la relación laboral, y que el hecho de no tener una situación migratoria definida no implica la renuncia ni la exclusión de las garantías fundamentales con las que cuentan los nacionales.

Ahora bien, en las siguientes secciones se brindará un panorama de la protección jurídica que se ofrece a las personas mayores en situación migratoria irregular, respecto a varios derechos y garantías concretas. El análisis se abordará no solo desde una perspectiva de vejez, sino, también, de envejecimiento, al exponer la manera en la que se buscan proteger garantías y derechos que tienen efectos directos e indirectos sobre la forma en la que envejecen las personas en esta situación.

2.5. El derecho a la igualdad

Todas las personas que se encuentran en situación migratoria irregular, incluidas las mayores de 60 años, tienen derecho a un trato igualitario. La Convención Americana de los Derechos Humanos¹³ (CADH), ratificada por el Estado dominicano establece de manera directa en su artículo 24 que “todas las personas son iguales ante la ley” y tienen, en consecuencia, derecho a una igual protección sin discriminación alguna.

Otras disposiciones internacionales no ratificadas por República Dominicana ayudan a interpretar el alcance que tiene la idea de “no discriminación”. La Convención de los Derechos de los Trabajadores Migratorios procura un avance hacia una protección que no distinga por motivos de sexo, raza, color, idioma, religión, convicción política o religiosa, origen nacional, situación económica y edad¹⁴. De igual forma la CDPM, el instrumento interamericano más avanzado en materia de protección de derechos humanos de las personas mayores, en su artículo 5 plantea una protección reforzada a la igualdad de las personas mayores, en un doble sentido. Por una parte, prohíbe la discriminación en razón de la edad; por otra, obliga a los Estados a desarrollar estrategias y planes que reconozcan la condición de vulnerabilidad y discriminación múltiple en la que se encuentran grupos poblacionales como “las mujeres, las personas con discapacidad, las personas de diversas orientaciones sexuales e identidades de género, las personas migrantes, las personas en situación de pobreza o marginación social, los afrodescendientes”¹⁵, entre otras.

Este criterio ha sido adoptado por la Constitución de la República Dominicana. Así, el artículo 39 acoge una protección de la igualdad tanto desde una faceta negativa como desde una positiva, al imponer obligaciones de abstención, pero también de promoción. Por una parte, determina que todas las personas nacen libres e iguales ante la ley y que recibirán, en igual grado, la protección de las instituciones, sin que importe

12. Congreso de la República Dominicana, Código del Trabajo, Ley 16 de 1992, Principio IV.

13. Firmada por el Estado dominicano el 7 de septiembre de 1977 y ratificada el 21 de enero de 1978.

14. Organización de las Naciones Unidas. Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, 1990, artículo 7.

15. Organización de los Estados Americanos. Convención sobre los Derechos de las Personas Mayores, 2015.

su género, el color de su piel, su condición discapacidad, su religión o condición y social y, por supuesto, su edad, nacionalidad o lengua ¹⁶. Pero, además, el Estado tiene la obligación de promover las condiciones jurídicas y administrativas que materialicen la igualdad ¹⁷. Es decir: no basta con prohibir la discriminación; se deben adoptar acciones y medidas que combatan y prevengan efectivamente la discriminación, la marginalidad y la exclusión. Las personas mayores inmigrantes en situación irregular deben ser beneficiarios especiales y prioritarios de este tipo de acciones afirmativas, como una forma de reconocimiento con las desventajas sociales con las cuales han tenido que envejecer y que se constituyen en barreras para un acceso a todos los derechos humanos en condiciones de igualdad.

2.6. El derecho a la salud

Todas las personas inmigrantes, sin importar su edad ni la regularidad o irregularidad de su situación migratoria, tienen derecho a gozar del más alto nivel de salud posible. Así se desprende de una interpretación sistemática de varias disposiciones internacionales y nacionales. Así, el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) ¹⁸ establece en su artículo 5 el derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Tanto la Convención de Trabajadores Migrantes como la Convención de Personas Mayores aportan elementos para dotar de contenido al derecho a la salud, para el caso de los inmigrantes mayores de 60 años en situación migratoria irregular, así como para quienes están envejeciendo en esta situación. El artículo 28 de la CDTM configura el derecho de todos los trabajadores migrantes y de sus familias a recibir la atención médica urgente que se requiera para preservar la vida o para evitar daños irreversibles para la salud, sin que la situación de irregularidad pueda constituirse en una barrera de acceso.

Por otra parte, y desde un punto de vista que se orienta hacia la prevención, el artículo 19 de la CDPM llama la atención a los Estados para que la materialización del derecho a la salud de las personas mayores se haga a través una atención integral que incluya estrategias de promoción, prevención y de fomento del envejecimiento activo.

Las normas de derecho interno también consagran medidas y acciones que favorecen a esta población. El artículo 61 Constitucional prescribe que toda persona tiene derecho a una salud integral, lo que obliga al Estado a velar por condiciones dignas de higiene para toda la población, pero, también, a garantizar el acceso a servicios de salud a los grupos y sectores más vulnerables del territorio dominicano. Las personas mayores se benefician, entonces, de una especial protección en este sentido. De ahí que el artículo 20 de la Ley 352 de 1998 tenga como uno de sus objetivos fundamentales orientar los servicios de salud hacia el mantenimiento de la funcionalidad física y mental de las personas mayores. Se trata de una legislación que entiende a la salud como un derecho que va más allá de las respuestas a las patologías, y que se relaciona con un bienestar integral de las personas.

16. Constitución Política de República Dominicana, 2010, artículo 39.

17. *Ibíd.*, artículo 39(3).

18. Adherida por el Estado dominicano el 4 de enero de 1978.

2.7. El derecho a la unidad familiar

Un entorno familiar estable y solidario es esencial para un envejecimiento activo, pues fomenta la participación y el involucramiento de las personas mayores en actividades públicas y comunitarias. La familia ha sido reconocida tradicionalmente, además, como el núcleo esencial de las sociedades. De ahí que tanto la CADH¹⁹ como el PIDESC²⁰ la reconozcan como el elemento natural y fundamental de las sociedades e impongan al Estado la obligación de brindar una protección especial a este espacio de relacionamiento.

Para los inmigrantes en situación irregular la protección a la familia se traduce en una necesidad básica, como puede derivarse del artículo 44 de la CDTM, que entiende que el reconocimiento de la familia como elemento fundante de una sociedad implica el deber del Estado de adoptar medidas para preservar la unidad de los entornos familiares. Una de las situaciones más riesgosas para las personas que viven irregularmente en un Estado es, precisamente, el de la pérdida de los vínculos familiares.

El sistema jurídico interno dominicano permite ver el desarrollo de una preocupación particular hacia esta situación. No solo la Constitución recoge la tradición de reconocer a la familia como núcleo básico de la sociedad y como espacio básico para la integración de las personas²¹, sino que la legislación consagra disposiciones que tienden hacia su protección, tanto para las personas mayores como para los inmigrantes en situación irregular. Así, el artículo 3 de la Ley 352 de 1998 prescribe que toda persona mayor tiene derecho a permanecer en su núcleo familiar, pues es este el primer responsable de brindarle el cuidado que llegase a necesitar. El respeto —al menos jurídico-formal— se plasmó en el Protocolo de entendimiento sobre los mecanismos de repatriación, firmado entre República Dominicana y Haití, en el que se acuerda evitar la separación de las familias nucleadas en los procesos de repatriación.

En suma, se observa que diversas disposiciones del ordenamiento jurídico dominicano, tanto a nivel internacional como nacional, proveen una protección a las familias como factor de protección y cuidado para poblaciones en situación de vulnerabilidad, como es el caso de los inmigrantes mayores de 60 años.

2.8. El derecho al trabajo

Aunque se encuentren en una situación irregular, las personas inmigrantes tienen derecho a que se garanticen unas condiciones laborales dignas. Una lectura conjunta de normas internacionales y de derecho interno permite concluir que la irregularidad de la situación migratoria no es justificación para la negación de derechos laborales fuertemente vinculados a la dignidad humana. El PIDESC establece que cada persona que se encuentre en los Estados parte tiene derecho a ganarse la vida mediante un trabajo libremente escogido²², y que dicho trabajo debe gozarse en condiciones dignas y equitativas²³.

19. Organización de los Estados Americanos. *Convención Americana sobre los Derechos Humanos*, 1969, artículo 17.

20. Organización de las Naciones Unidas. *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, artículo 10.

21. *Constitución Política de República Dominicana*, 2010, artículo 55.

22. Organización de las Naciones Unidas. *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, artículo 6.

23. *Ibíd.*, artículo 7.

Se trata de un conjunto de obligaciones que involucra a toda la sociedad dominicana, y no solo a las instituciones públicas. El sector empresarial y económico debe aportar a la materialización de este derecho, incentivando y generando empleos formales y dignos. En ese sentido, la CDTM establece que los Estados deben erradicar todas las formas de trabajo forzoso y obligatorio ²⁴, para lo cual es necesario que se extremen los controles a los diversos sectores de la economía para que, de esta manera, se prevenga la vulneración de derechos humanos de los trabajadores inmigrantes. Particularmente relevante resulta, en este punto, el Convenio 19 de la OIT ²⁵, que impone al Estado dominicano la obligación de que los trabajadores inmigrantes que llegaren a sufrir un accidente de trabajo reciban el mismo trato que los trabajadores dominicanos, “sin ninguna condición de residencia” ²⁶.

En sociedades en las que las personas mayores deben continuar trabajando en su vejez, y especialmente en el caso de quienes trabajaron toda su vida en la informalidad y no accedieron a una pensión, la promoción y garantía del trabajo digno a lo largo de la vida resulta un reto de primer orden. En ese sentido, y como criterio de interpretación y guía para la acción pública, la CDPM prescribe el derecho de todas las personas mayores a acceder a un trabajo digno, en igualdad de condiciones y sin discriminación en razón de la edad²⁷.

También el derecho interno dominicano ofrece una especial protección a todos los trabajadores. La Constitución de 2010 es clara en consagrar el derecho al trabajo, al ser, además, un deber y una función social²⁸. El Estado se obliga a fomentar un empleo digno y remunerado. La negación de este deber constitucional tiene repercusiones sobre la calidad de vida de los trabajadores inmigrantes en situación irregular. Al trabajar durante gran parte de sus años laborales en condiciones de informalidad y negación de derechos, se produce una acumulación de agravios que de manera progresiva mina la posibilidad de vivir una vejez económicamente protegida. Esto obliga a que las personas mayores inmigrantes deban seguir trabajando en la vejez, y pocas veces en condiciones dignas, lo que contraría el derecho que tiene toda persona mayor, según el artículo 8 de la Ley 352 de 1998, a gozar de un trabajo en igualdad de oportunidades, sin discriminación y en condiciones satisfactorias y seguras.

El trabajo es, sin duda alguna una de las principales razones por las cuales se presenta un fuerte fenómeno de migración hacia República Dominicana. Esta situación ha sido reconocida por el PNR, que en su artículo 14 establece que uno de los criterios fundamentales para el reconocimiento y otorgamiento de la regularización son las condiciones laborales y socioeconómicas establecidas en territorio dominicano. Además de este avance, el Estado dominicano debe avanzar hacia una política de control que de manera rigurosa garantice condiciones dignas para todos los trabajadores. Si bien el Código de Trabajo (Ley 16 de 1992) impone una regulación muy fuerte que solo permite una cuota límite de trabajadores extranjeros ²⁹, lo cierto es que la realidad podría desbordar las limitaciones jurídicas. Es importante que se reconsidere, desde el ámbito

24. Organización de las Naciones Unidas. *Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares*, 1990, artículo 11.

25. Ratificado por el Estado dominicano el 5 de diciembre de 1956.

26. Organización Internacional del Trabajo, *Convenio 19 de 1925*, artículo 1 (2).

27. Organización de los Estados Americanos. *Convención sobre los Derechos de las Personas Mayores*, 2015, artículo 18.

28. *Constitución Política de República Dominicana*, 2010, artículo 62.

29. Congreso de la República Dominicana, *Código del Trabajo*, Ley 16 de 1992, artículos 135 y s.s.

legislativo, el peso del trabajo de los inmigrantes en la economía dominicana para la configuración de un cuerpo jurídico más ajustado a la realidad. Además de las modificaciones de carácter legislativo, la aplicación de las normas ya existentes es trascendental. En ese sentido, se requiere de un mayor control en la aplicación de la Resolución N.º 25 de 2001, sobre los requisitos que deben cumplirse para registrar los contratos de los trabajadores extranjeros, pues es una forma para avanzar hacia mayores niveles de formalización.

La garantía del derecho a la educación tiene un impacto fundamental sobre las condiciones laborales de todas las personas. El fortalecimiento de la calidad y la cobertura en la educación multiplican las oportunidades para acceder a mercados y oportunidades económicas dignas. Del artículo 63 de la Constitución se desprende la idea de una educación orientada hacia el desarrollo de los potenciales de las personas. Es la idea que se encuentra también consagrada en instrumentos internacionales como el PIDESC, que entiende que uno de los objetivos de la educación es el pleno desarrollo de la personalidad humana y la materialización de su dignidad³⁰. Se trata de un derecho que no se limita a una única etapa de la vida —la infancia o la adolescencia— sino que debe garantizarse a lo largo de todos los años, desde la primera infancia a la vejez³¹.

2.9. El derecho a la seguridad social

Normas internacionales ratificadas por el Estado dominicano —como el PIDESC— consagran el derecho de todas las personas a la seguridad social³². La materialización de este derecho tiene una relación directa con la protección económica para la vejez; su desconocimiento, por lo tanto, agrava la situación de vulnerabilidad de poblaciones tradicionalmente excluidas y marginadas de la sociedad dominicana, como lo son los inmigrantes en situación irregular.

El Estado dominicano debe avanzar hacia la extensión de una mayor protección en materia de seguridad social para sujetos de especial protección como las personas mayores inmigrantes. Así lo apuntan el artículo 27 de la CDTM, que plantea el derecho a la seguridad social para todos los trabajadores migratorios, y el artículo 17 de la CDPM, que enfatiza la estrecha relación que existe entre la seguridad social y la materialización de la dignidad humana de las personas mayores. En este punto, este último instrumento hace una referencia expresa a la situación particular que atraviesan las personas mayores inmigrantes, al disponer que “Los Estados parte buscarán facilitar, mediante convenios institucionales, acuerdos bilaterales u otros mecanismos hemisféricos, el reconocimiento de prestaciones, aportes realizados a la seguridad social o derechos de pensión de la persona mayor inmigrante” Organización de los Estados Americanos. Convención sobre los Derechos de las Personas Mayores, 2015, artículo 17.

El sistema jurídico dominicano, durante la mitad del siglo XX, permitió el establecimiento de trabajadores de origen haitiano en territorio dominicano. Mediante la Resolución 3200 de 1952 (acuerdo entre la República Dominicana y Haití sobre jornaleros temporeros haitianos) se establecieron diversas reglas para regular la

30. Organización de las Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 13(1).

31. Organización de los Estados Americanos. Convención sobre los Derechos de las Personas Mayores, 2015, artículo 20.

32. Organización de las Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 9.

presencia y el trabajo de inmigrantes del país vecino. Una de las disposiciones consagraba expresamente que los jornaleros haitianos tenían derecho a que se extendieran los beneficios de las leyes dominicanas sobre seguro social.

Si bien esta norma tuvo una función específica en un contexto histórico concreto, revela una realidad social que persiste en la historia del desarrollo económico dominicano. La presencia de mano de obra extranjera es un hecho que la legislación interna debe asumir para garantizar a plenitud los derechos humanos de nacionales e inmigrantes. La Constitución de 2010 consagra un reconocimiento del derecho de toda persona a la seguridad social, al ser un mecanismo de protección frente a la enfermedad, la discapacidad, la desocupación o la vejez³³. De igual forma, la legislación ha consagrado un principio de universalidad en el alcance de la seguridad social³⁴ y un énfasis en la necesidad de generar procesos de toma de conciencia sobre la necesidad de prepararse económicamente para la vejez³⁵.

En suma, aunque la situación de irregularidad de las personas inmigrantes implica una barrera para el reconocimiento de su derecho a la seguridad social, el Estado tiene la responsabilidad de garantizar que aquellos que han tenido una vinculación laboral en el territorio dominicano tengan acceso a algún tipo de garantías que suplan la ausencia de una protección más robusta.

2.10. El derecho a la propiedad

La CADH consagra el derecho a la propiedad privada de todas las personas que se encuentran en uno de los territorios de los Estados parte. De acuerdo con esta, toda persona tiene derecho al uso y goce de sus bienes³⁶ y a no ser privados de ellos sin una justa causa y una indemnización³⁷.

Este es un derecho especialmente relevante para las personas mayores. Muchas de ellas, al no poder acceder a una pensión y no poder acceder con facilidad al mercado laboral, se protegen económicamente en la vejez a través de los ahorros y activos productivos acumulados a lo largo de los años. Para ello, requieren de un sistema jurídico que brinde estabilidad y proteja la propiedad sobre aquello que ahorraron en distintas etapas de la vida. De ahí, precisamente, que la Convención sobre los Derechos de las Personas Mayores enfatice en la necesidad de que todas las personas mayores puedan gozar plenamente de sus bienes³⁸.

El derecho interno dominicano reconoce y protege la importancia de la propiedad privada, así como el derecho de cada persona de gozar, disfrutar y disponer de sus bienes; por esta razón, ninguna persona podrá ser privada de su propiedad sin que medie una justa causa, y sin que reciba una indemnización por ello³⁹. De este enunciado normativo se desprende que las posesiones adquiridas cuentan con cierto grado de estabilidad y protección, que no se rompe ni en aquellas circunstancias en las que se ha ingresado al país

33. Constitución Política de República Dominicana, 2010, artículo 60.

34. Congreso de la República Dominicana, Ley 087 de 2001, artículo 3.

35. Congreso de la República Dominicana, Ley 352 de 1998, artículo 11.

36. Organización de los Estados Americanos. Convención Americana sobre los Derechos Humanos, 1969, artículo 21 (1).

37. *Ibíd.*, artículo 21 (2).

38. Organización de los Estados Americanos. Convención sobre los Derechos de las Personas Mayores, 2015, artículo 23.

39. Constitución Política de República Dominicana, 2010, artículo 51.

en situación irregular. De hecho, el Protocolo de entendimiento sobre los mecanismos de repatriación, suscrito entre la República Dominicana y Haití en 1999 consagra como uno de sus puntos centrales el compromiso de que las personas que sean repatriadas puedan acompañarse de sus “efectos personales”.

Se trata, sin embargo, de una protección precaria. Los inmigrantes que llevan años —incluso décadas— en el territorio dominicano podrían haber adquirido mucho más que “efectos personales”, así que la norma resulta insuficiente para garantizar el respeto por la propiedad. De igual forma, el PNR ha impuesto unas condiciones muy gravosas para la prueba de la posesión de bienes y activos. La obligación de presentar ciertos certificados y registros omite el hecho de que en condiciones de irregularidad las personas no registran ni formalizan la adquisición de sus bienes.

La protección de la propiedad privada de las personas mayores inmigrantes depende de un ajuste que tome en consideración la realidad de vida de este grupo poblacional. La formalización de la propiedad resulta urgente para garantizar activos que permitan proteger a las personas mayores cuando se encuentren en una situación de inactividad tal que no les permita asegurar su propio sustento.

2.11. Ciudadanía y derechos

A raíz de la Sentencia del Tribunal Constitucional 168/13 se abrió un debate público y jurídico en la República Dominicana sobre la situación de los inmigrantes en situación irregular. Un debate que suscitó, además de la atención de diversos sectores de la sociedad dominicana, pronunciamientos de varios organismos internacionales (Corte Interamericana de Derechos Humanos - CIDH, 2015; Human Rights Watch - HRW, 2015; Amnistía Internacional - AI, 2015). A raíz de la necesidad de dar respuesta a la situación problemática en la que se encuentran cientos de miles de inmigrantes, el Estado dominicano emitió el Decreto 327 de 2013 (PNR), cuyo objetivo fundamental es establecer los términos y las condiciones para la regularización migratoria de aquellos extranjeros que se encuentran en situación irregular, para que puedan adquirir un estatus de legalidad en su documentación ⁴⁰.

La irregularidad migratoria constituye una situación que agrava la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran los grupos poblacionales más excluidos. La dificultad para acceder a bienes, servicios y oportunidades que dependen de una situación formal implica una barrera para el pleno goce de sus derechos humanos. De una implementación eficaz del PNR dependerá en buena medida que se garantice que los inmigrantes puedan envejecer y llegar a la vejez en condiciones mínimas de protección y dignidad.

El artículo 8 del PNR establece los dos supuestos en los que un extranjero puede acogerse al plan de regularización y formalizar su situación jurídica migratoria. Por una parte, (i) quienes hayan ingresado de “manera irregular al territorio nacional, en violación de las normas establecidas en las leyes y reglamentos; sobre migración de la República Dominicana”; por otra, quienes hayan ingresado de manera regular, pero que hayan perdido dicha condición o bien por haber excedido el tiempo permitido, o bien por haber violentado las condiciones en las que se permitió el ingreso.

40. Presidencia de la República Dominicana, Decreto 327 de 2013, artículo 1.

El PNR establece algunos criterios de evaluación para determinar la naturaleza de los vínculos del extranjero con la sociedad dominicana. Ellos tienen que ver con las relaciones familiares, el haber realizado estudios en el país, la competencia en el idioma español hablado y escrito, estar libre de antecedentes penales, un domicilio conocido o la convivencia con una persona dominicana ⁴¹.

Ahora bien, en aquellas situaciones en las que la regularización no es posible y proceden mecanismos de deportación ⁴², se debe tener en cuenta el marco internacional y nacional que brinda protección a grupos en situación vulnerable, como lo son las personas mayores. En su artículo 4, el PNR reconoce la obligación del Estado dominicano de respetar el debido proceso migratorio, de acuerdo con los estándares internacionales que rigen la materia. Este mismo reconocimiento es hecho por la Ley General de Migración (LGM) ⁴³, que, además, ofrece garantías especiales para prohibir las deportaciones en varios eventos específicos.

De acuerdo con esta norma, no podrá ordenarse la deportación o la expulsión cuando el extranjero estuviere casado por un período de más de diez años, con un nacional dominicano, o tuviere hijos debidamente declarados en el país ⁴⁴; tampoco podrá procederse a la deportación cuando se hubiera tenido una residencia legal, pacífica y continua superior a los diez años ⁴⁵. Si bien la norma toma en cuenta circunstancias relacionadas con los vínculos familiares y sociales que se forman con el paso del tiempo, las transformaciones en los tipos de familia y en las formas de relacionamiento deben llevar a revisar requisitos como los del matrimonio, pues se desconoce las relaciones de pareja que pueden formarse a través de otras figuras jurídicas que también requieren de la protección del Estado para la garantía del vínculo familiar.

Por lo demás, se registran avances en la protección jurídica a las personas mayores inmigrantes. Mediante el Decreto 233 de 1991 se ordenó la repatriación de “todos los trabajadores extranjeros, mayores de sesenta (60) años de edad de los bateyes, tanto los pertenecientes al Estado como los que son propiedad de empresas privadas” ⁴⁶. Actos como estos, reprochables en términos de derechos humanos por ser discriminatorios y fijar la edad como un mecanismo de expulsión, han ido desapareciendo del ordenamiento jurídico dominicano. Actualmente, el Reglamento de Migración prohíbe explícitamente la deportación de los “envejecientes” ⁴⁷, categoría que debe interpretarse a la luz de la Ley de Protección a las Personas Mayores, de tal manera que la edad se entienda de la manera más flexible y protectora. De lo contrario, un rango de personas mayores (aquellos con edades entre los 60 y los 64 años) podrían correr el riesgo de ser deportados.

El derecho internacional de los derechos humanos es prolífico en disposiciones que buscan garantizar los derechos humanos de las personas en situación inmigrante irregular, pues la deportación es uno de los mayores y más frecuentes riesgos que deben asumir. Así, el artículo 22 de la CDTM pone énfasis en la necesidad de que se proteja a las personas y a sus familiares de las expulsiones colectivas. De igual forma, resulta fundamental que se respete un debido proceso que incluya el derecho de defensa.

41. *Ibíd*, artículo 18

42. *Ibíd*, artículo 4.

43. Congreso de la República Dominicana, Ley 285 de 2004, artículo 27.

44. *Ibíd*, artículo 123 (a).

45. *Ibíd*, artículo 123 (b).

46. Presidencia de la República Dominicana, Decreto 233 de 1991, artículo 3.

47. Presidencia de la República Dominicana, Decreto 631 de 2011, artículo 134.

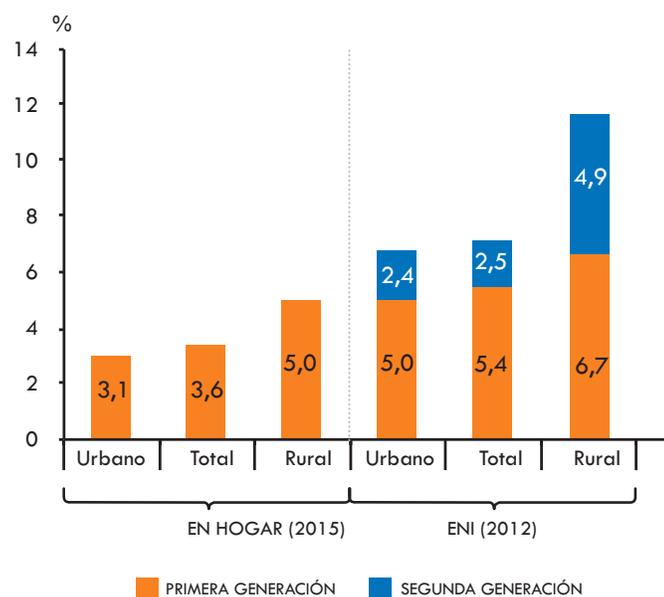
Un punto fundamental se relaciona con el respeto por la propiedad de las personas inmigrantes, así como por el reconocimiento de sus salarios y prestaciones sociales. Así, la CDTM determina que “en caso de expulsión, el interesado tendrá oportunidad razonable, antes o después de la partida”, para arreglar lo concerniente al pago de los salarios y otras prestaciones que se le adeuden y al cumplimiento de sus obligaciones pendientes” [Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, 1990, art. 22 (6)]. Si bien se trata de un referente normativo internacional útil para acción de las instituciones, el Estado dominicano debe procurar que dicho reconocimiento sea previo a la partida, pues se puede concluir, de manera razonable, que desde el país de origen las personas extranjeras tendrán más dificultades para lograr el reconocimiento de sus prestaciones sociales y deudas.

3. Caracterización de la población de origen extranjero en República Dominicana

De acuerdo con la información que provee la ENHOGAR 2015, el 3,6 % del total de la población que reside en República Dominicana corresponde a población inmigrante, lo que representa 5,0 % de la población rural y 3,1 % de la población urbana. Por su parte, según la información de la ENI 2012, 5,4 % de la población total corresponde a población inmigrante, lo cual significa 5,0 % del total urbano y 6,7 % del total rural. El Gráfico 1 presenta la comparación según fuente de información de estas cifras para el total nacional y por área de residencia.

Como se observa en el Gráfico 1, el porcentaje de población inmigrante y distribución relativa por área de residencia es relativamente similar en las dos fuentes de información. El área rural en las dos encuestas registra una mayor proporción de población inmigrante en comparación con el área rural. Cabe anotar que los resultados muestran un porcentaje de población inmigrante 1,4 puntos porcentuales (p. p.) mayor en la ENI (2012) con respecto al reportado por la ENHOGAR (2015).

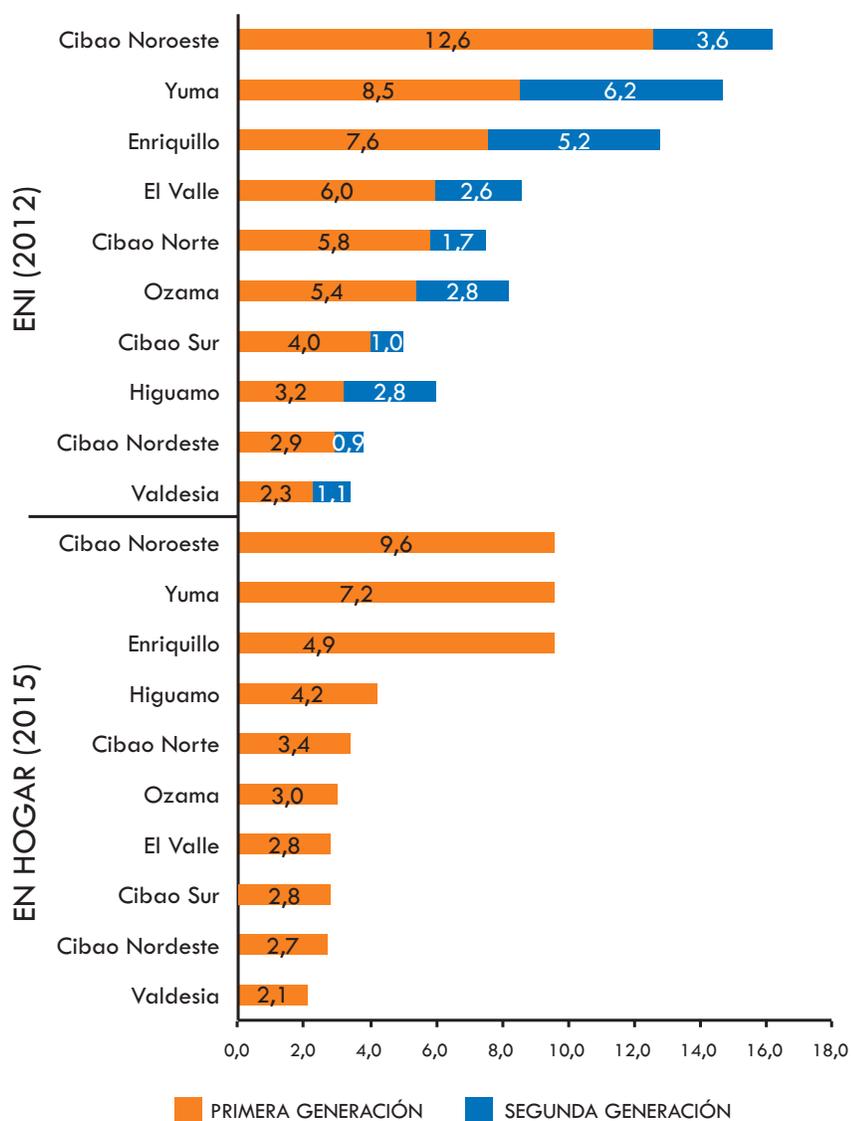
Gráfico 1: Porcentaje de población de origen extranjero, total nacional y por área de residencia



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENHOGAR (2015) y ENI: Encuesta Nacional de Inmigrantes (2012)

A su vez, al comparar el porcentaje de población inmigrante por región de residencia que se obtiene de las dos encuestas, se encuentra también una distribución por región similar a través de las dos encuestas, con mayores incidencias para el caso de la ENI 2012 con respecto a la ENHOGAR 2015 (Gráfico 2). Tanto en la ENI 2012 como en la ENHOGAR 2015, la región de Cibao Noreste es la que registra una mayor proporción de población inmigrante. Según la ENI esta proporción alcanza a ser 12,6 % del total de población y según la ENHOGAR es el 9,6 %. En las dos encuestas, le siguen a Cibao Noroeste, Yuma y Enriquillo. La región de menor proporción de población inmigrante, en las dos encuestas, es Valdesia.

Gráfico 2: Porcentaje de población de origen extranjero por región de residencia



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENHOGAR (2015) y ENI (2012)

Nótese que a pesar de que la ENHOGAR mide el fenómeno en 2015, tres años después de la ENI 2012, en general el porcentaje de población inmigrante registrado por la ENI resulta ser sistemáticamente mayor para el total nacional, por áreas urbano-rural y por región de residencia. Este porcentaje de población inmigrante sistemáticamente mayor en la ENI se atribuye a causas metodológicas en el diseño de las dos encuestas más que a una posible reducción de la población inmigrante en el tiempo.

Mientras que la muestra de la ENI 2012 fue específicamente diseñada para medir el fenómeno inmigratorio en República Dominicana, la ENHOGAR en general es una encuesta multipropósito en la cual el fenómeno inmigratorio es una más de las temáticas que la encuesta permite analizar, pero para la cual no fue específicamente diseñada. Las diferencias en términos de diseño muestral entre las dos encuestas tienen implicaciones en la habilidad de estas para capturar la incidencia de fenómeno inmigratorio. De hecho, esto es evidente en los resultados obtenidos por el capítulo: la ENI 2012 resulta capaz de capturar una mayor proporción de población inmigrante que la ENHOGAR 2015.

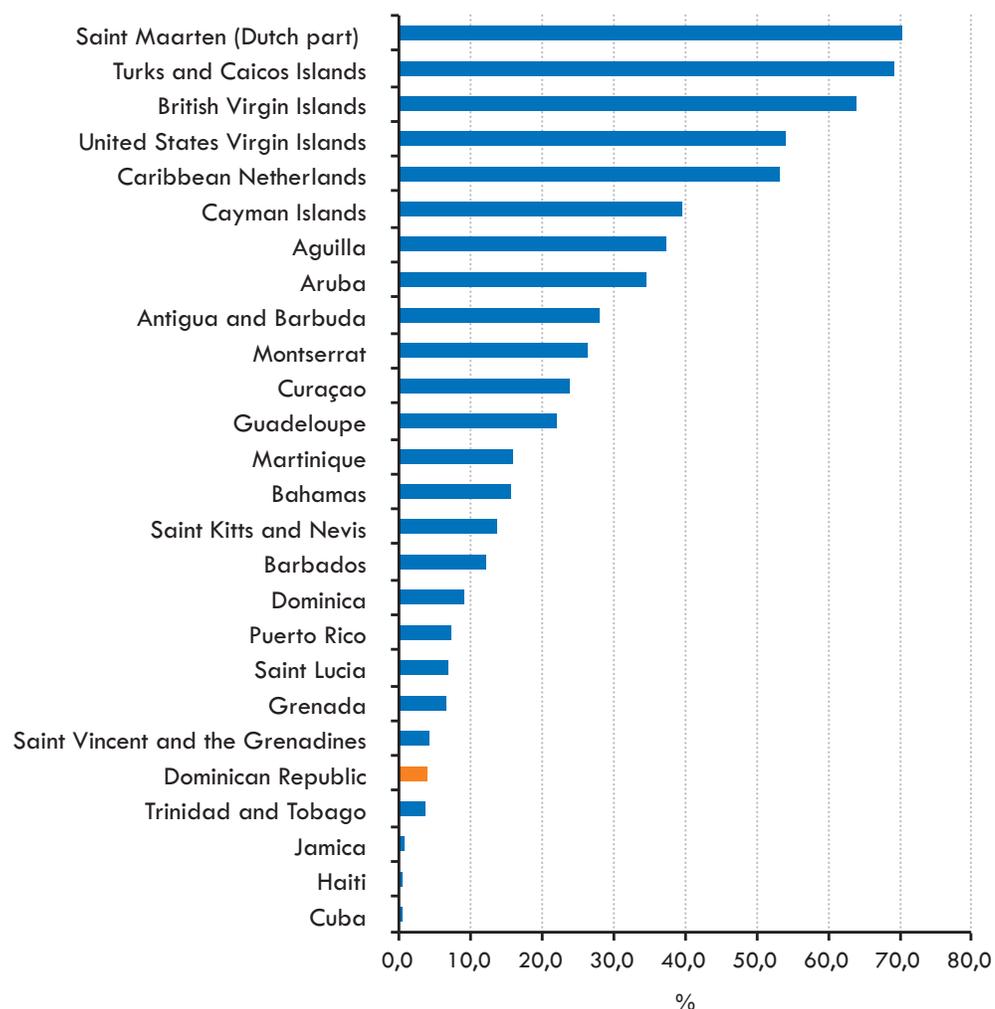
En consecuencia y para los fines de este capítulo, la información que la ENI provee en términos de las condiciones del adulto mayor inmigrante se considera como una representación más precisa de esta realidad. Para los análisis del apartado, en presencia de los mismos indicadores de interés en las dos encuestas se prefiere el uso de la ENI 2012. Esto también responde al hecho de que la ENI 2012 permite medir y caracterizar la población total de origen extranjero, mientras que la ENHOGAR 2015 no posibilita dicha medición. No obstante, dado que algunos de los indicadores de interés no pueden ser contruidos para población nativa en el caso de la ENI, estos se analizan usando la información de la ENHOGAR 2015.

De acuerdo con lo anterior y en uso de la ENI 2012, se encuentra que el total de población de origen extranjero es 7,9 %, de los cuales primera generación corresponde a 5,4 puntos porcentuales y segunda generación 2,5 p.p. Con el fin de establecer en comparación con otros países qué tan alta es esta proporción, el Gráfico 3 presenta el porcentaje de población migrante internacional reportado por la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (ONU-DAES) en 2017 para los países de la región Caribe.

Al ordenar de menor a mayor los 26 países del Caribe para los cuales la ONU-DAES incluye información en su reporte, el país con menor proporción de población inmigrante en la región resulta ser Cuba y el de mayor proporción es la parte holandesa de San Martín. República Dominicana resulta ser el quinto país con menor proporción de población migrante internacional.

Con respecto al promedio de la región en este mismo reporte, República Dominicana se ubica 0,8 puntos porcentuales por encima del promedio de la región, el cual es 3,9 %, y muy por debajo del promedio de países de ingresos altos, el cual según el reporte de la es 14,1 %. Estos resultados sugieren que el fenómeno de inmigración en República Dominicana es relativamente moderado en comparación con los estándares de la región.

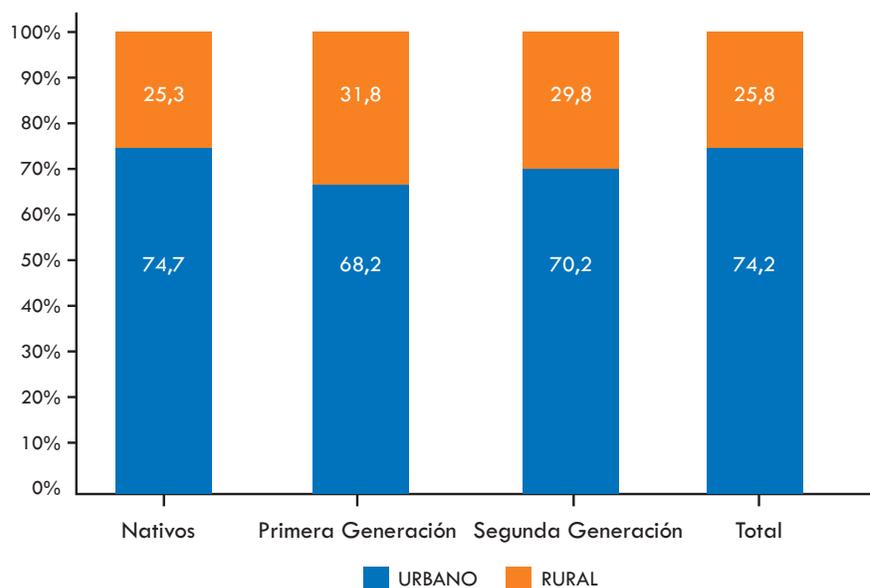
Gráfico 3: Proporción de población migrante internacional en los países del Caribe, 2017



Fuente: United Nations, Department of Economic and Social Affairs. Population Division (2017). TrENDESA in International Migrant Stock: The 2017 revision (United Nations database, POP/DB/MIG/Stock/Rev.2017)

En términos de distribución, la proporción de población de origen extranjero (primera y segunda generación) en el área rural asciende a 11,6 % y en el área urbana a 7,4 % (Gráfico 1). Al analizar la distribución de la población por área de residencia y condición de migración (Gráfico 4), se encuentra que el 31,8 % de la población de primera generación de inmigrantes y 29,8 % de la población en segunda generación viven en áreas rurales. Estas proporciones son relativamente superiores a la observada para la población nativa: el 25,3 % de la población nativa reside en áreas rurales. En consecuencia, estos resultados en conjunto con los resultados del Gráfico 1 confirman una relativamente más alta concentración de población de origen extranjero en las áreas rurales que las urbanas.

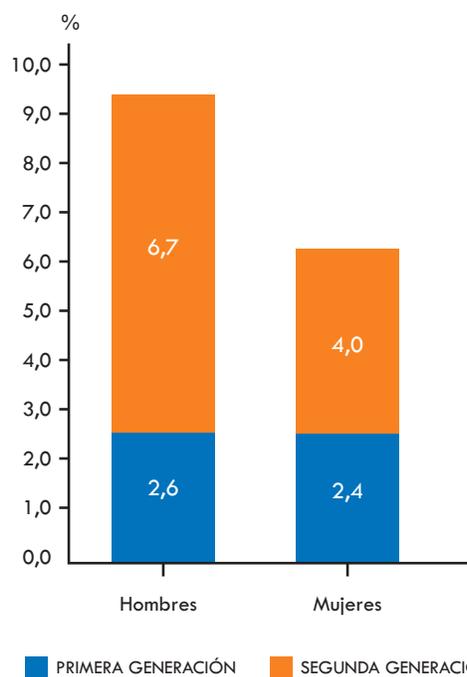
Gráfico 4: Distribución de la población origen extranjero según condición de migración y área de residencia (ENI, 2012)



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENI (2012)

El Gráfico 5 presenta el porcentaje de población de origen extranjero por sexo. Como allí se observa, mientras 6,4 % de la población total de mujer en el país corresponde a población de origen extranjero, 9,3 % de los hombres en el país corresponden a población de origen extranjero. Este resultado indica una mayor afluencia relativa de hombres que de mujeres.

Gráfico 5: Porcentaje de población de origen extranjero por sexo (ENI, 2012)



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENI (2012)

En términos de país de origen se observa que 86,9 % de la población de origen extranjero proviene de Haití, esto representa 6,9 % de la población total del país. A su vez, tanto para primera como para segunda generación, el país de mayor flujo de inmigrantes es Haití. Dentro de la primera generación 87,3 % corresponde a inmigrantes provenientes de Haití. Dentro de la segunda generación, 86,0 % a población nacida en República Dominicana con padre o madre procedente de Haití. Para el total nacional, la ENI estima que existen en promedio 668 mil personas que residen permanentemente en República Dominicana y que son de origen haitiano.

Tabla 1: Distribución de la población de origen extranjero, según país de origen (ENI, 2012)

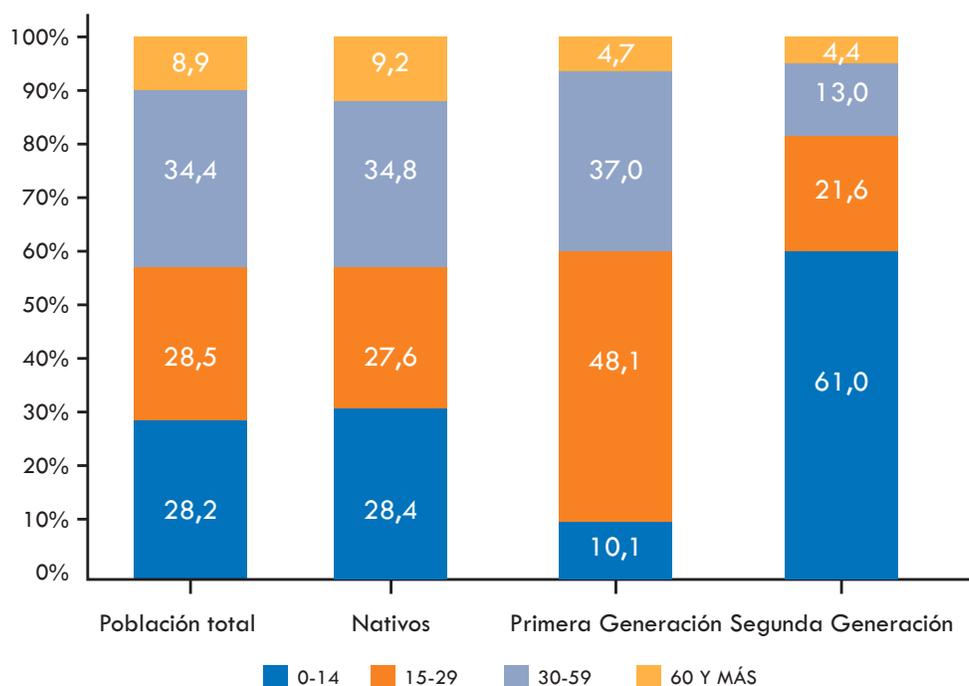
| | Población (Miles de personas) | Participación porcentual en el subgrupo poblacional | Participación porcentual en el total nacional |
|---|-------------------------------|---|---|
| Total Población República Dominicana | 9,716 | | 100% |
| Nacidos en República Dominicana con padre y madre nacidos en RD | 8,947 | 92,1% | 92,1% |
| Población de origen extranjero: | 769 | 7,9% | 7,9% |
| Procedente de Haití | 668 | 86,9% | 6,9% |
| Procedente de otros países | 101 | 13,1% | 1,0% |
| Primera generación: | 525 | 68,2% | 5,4% |
| Nacida en Haití | 458 | 87,3% | 4,7% |
| Nacida en otros países | 66 | 12,7% | 0,7% |
| Segunda generación: | 244 | 31,8% | 2,5% |
| Con padre o madre extranjero procedente de Haití | 210 | 86,0% | 2,2% |
| Con padre o madre extranjero procedente de otros países | 34 | 14,0% | 0,4% |
| Con padre o madre extranjero procedente del extranjero | 216 | 88,3% | 2,2% |
| Solo padre procedente del extranjero | 12 | 5,0% | 0,1% |
| Solo madre procedente del extranjero | 16 | 6,7% | 0,2% |

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENI (2012)

Ahora, al analizar la distribución de la población por edad y condición de migración se encuentra que la primera generación de inmigrantes concentra principalmente población en los rangos de 15-29 y 30-59 años, esto es 48,1 % de la población de primera generación migratoria es población de 15-29 años y 37,0 % corresponde a población de 30-59 años. Por el contrario, la población de segunda generación migratoria concentra una mayor proporción de población de 0-14 años: 61,0 % del total de población de segunda generación corresponde a niños en este rango de edad (Gráfico 6).

Como se observa en el Gráfico 6, según la ENI 2012, 8,9 % de la población total del país corresponde a adulto mayor. Comparativamente, mientras 9,2 % del total de población nativa corresponde a adultos mayores, 4,7 % de la población de primera generación son adultos mayores y 4,4 % de la población de

Gráfico 6: Distribución de la población por grupos de edad y condición de migración (ENI, 2012)



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENI (2012)

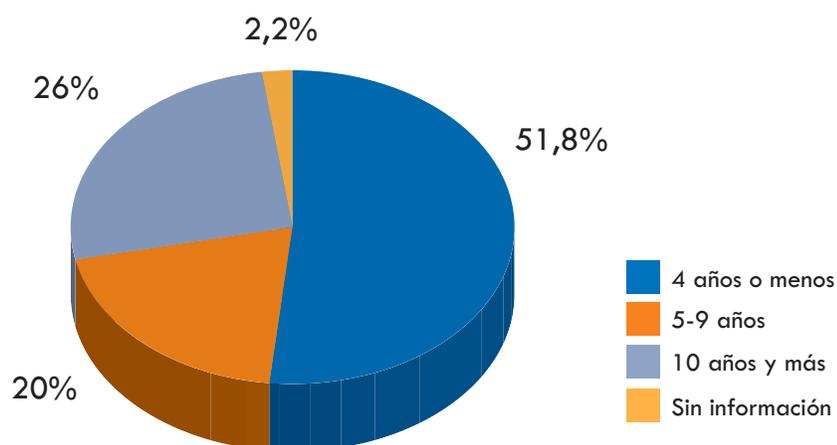
segunda generación, a adultos mayores. Estas cifras indican un envejecimiento relativamente menor de la población de origen extranjero con respecto a la población nativa.

Los resultados de esta sección indican que el fenómeno inmigratorio en República Dominicana es selectivo por sexo y edad, y son los hombres en edad productiva los que registran un mayor flujo migratorio al país. A su vez, la baja proporción de población de niños de 0-14 años migrante de primera generación sugiere también que el flujo migratorio al país está representado en mayor proporción por individuos antes que por familias.

Tanto para el área urbana como para el área rural y para el total nacional, el porcentaje de población de primera generación inmigrante es mayor al porcentaje de población de segunda generación. En promedio en el total nacional, la población de segunda generación representa 31,6 % del total de población de origen extranjero.

De hecho, de acuerdo con la ENI 2012, del total de población inmigrante de primera generación, 51,8 % corresponde a inmigrantes recientes (población que lleva viviendo en el país 4 años o menos), 20,0 % inmigrantes de radicación intermedia (que llevan viviendo en el país de 5-9 años) y 26,0 % inmigrantes antiguos (aquellos que llevan viviendo en el país 10 o más años). El Gráfico 7 presenta la distribución de la población inmigrante por tiempo de radicación en República Dominicana.

Gráfico 7: Distribución de la población inmigrante por tiempo de residencia en República Dominicana (ENI, 2012)



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENI (2012)

4. Caracterización del adulto mayor de origen extranjero

El análisis presentado en la sección anterior encuentra, para la ENI 2012, un 8,9 % de población adulta mayor dentro del total nacional y 9,2 % para la población no inmigrante. La Tabla 2 presenta el porcentaje de población adulta mayor para la población de origen extranjero según área de residencia. Dentro del total de la población de origen extranjero la población adulta mayor representa 4,6 %; esto es casi la mitad de la proporción que representa este grupo poblacional en la población inmigrante. Por área de residencia se observa una mayor proporción de adulto mayor en el área urbana que en la rural: 4,7 % de la población de origen extranjero que reside en el área urbana corresponde a adulto mayor y 4,3 % para el área rural.

Tabla 2: Proporción de población adulta mayor de origen extranjero según zona de residencia (ENI, 2012)

| Zona de residencia | Población de origen extranjero | Primera Generación | Segunda Generación |
|--------------------|--------------------------------|--------------------|--------------------|
| Total Nacional | 4,6 % | 4,7 % | 4,3 % |
| Urbano | 4,7 % | 4,6 % | 5,0 % |
| Rural | 4,3 % | 5,0 % | 2,7 % |

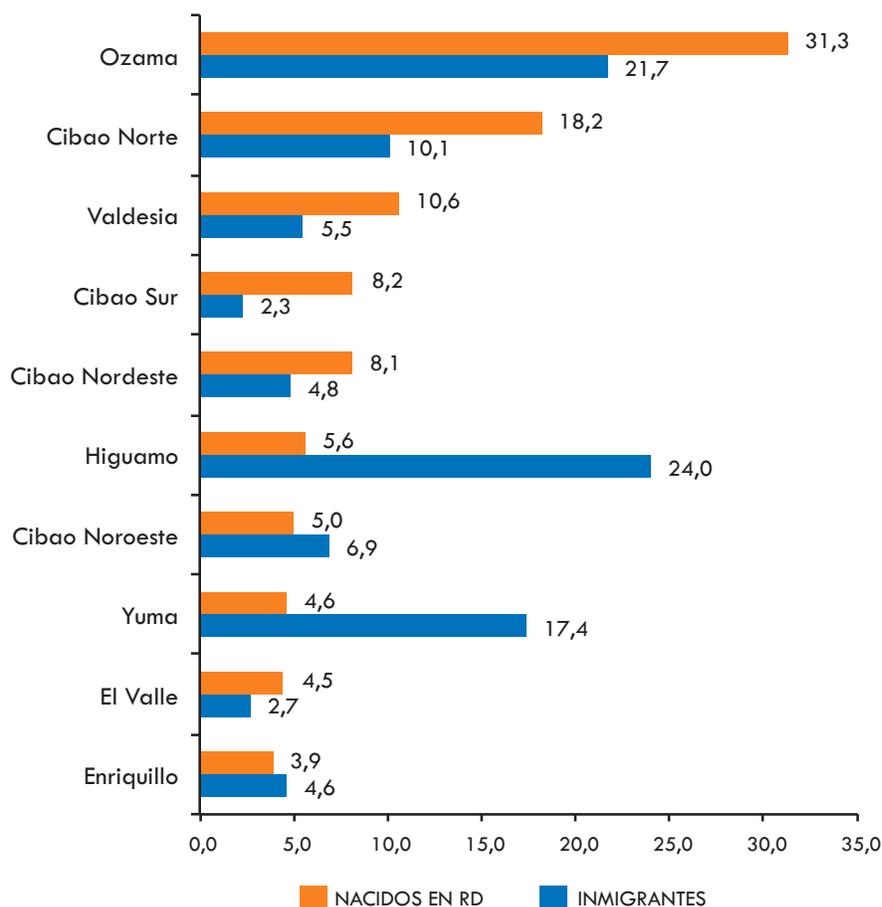
Fuente: Elaboración propia a partir de la ENI (2012)

Esta mayor proporción de adulto mayor de origen extranjero en el área urbana sugiere una mayor concentración de esta población en dicha área. De hecho, al analizar la distribución de la población adulta mayor de origen extranjero por zona de residencia, se encuentra una mayor concentración de esta población en el área urbana: 70,2 % del total de adulto mayor de origen extranjero reside en el área urbana y 29,8 % en el área rural. Dentro de la población adulta mayor de origen extranjero, primera generación representa el 70,2 % del total, mientras el 29,8 % restante corresponde a población de segunda generación.

En términos de región de residencia, el Gráfico 8 presenta la distribución de adulto mayor por región de residencia y condición de migración. Del total de adulto mayor nacido en República Dominicana, 31,3 % se concentran en la región Ozama, 18,2 % en Cibao Norte y 10,6 % en Valdesia. Estas tres regiones concentran entonces el 60,1 % de la población adulta mayor nacida en República Dominicana. Caso diferente es el del adulto mayor inmigrante, el cual se concentra mayoritariamente en las regiones de Higuamo, Ozama y Yuma, cada una representando 24,0 %, 21,7 % y 17,4 % del total de la población adulta mayor inmigrante, respectivamente. El 41,4 % de los adultos mayores inmigrantes se concentran en las regiones de Higuamo y Yuma.

Estas tres regiones en particular conforman la macrorregión Sureste del país, la cual incluye provincias como La Romana que cuenta con industria hotelera importante y el mayor ingenio para producción de azúcar del país, San Pedro de Macoris, con una central azucarera, el Seibo, que representa buena parte de la producción ganadera, de arroz y de cacao del país y de Santo Domingo, que constituye la capital y representa un gran centro industrial y comercial. En este sentido, podría atribuirse la localización del adulto mayor inmigrante en estas áreas a razones de carácter económico.

Gráfico 8: Distribución de la población adulto mayor por región de residencia y condición de migración (ENHOGAR, 2015)

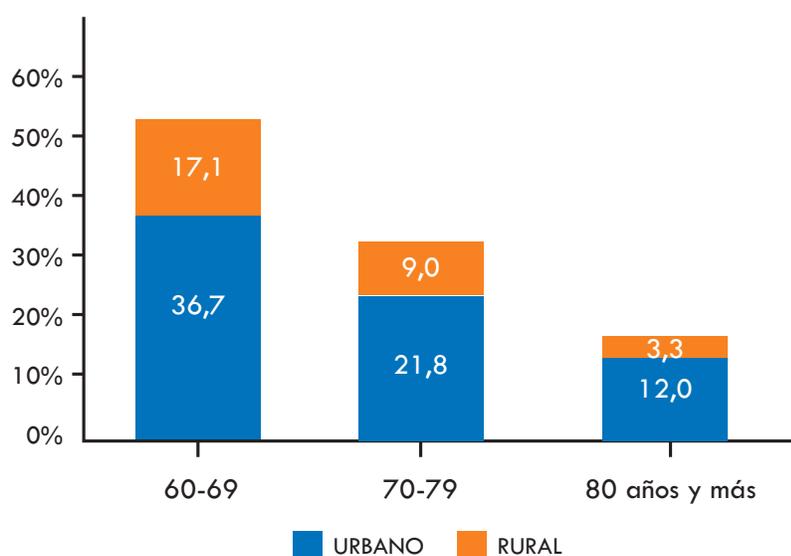


Fuente: Elaboración propia a partir de la ENHOGAR (2015)

Ahora, en términos de área de residencia y rangos de edad, el Gráfico 9 presenta la distribución de la población adulta mayor de origen extranjero a través de estas categorías. Como allí se observa, más del 50 % de la población adulta mayor de origen extranjero corresponde a población de 60-69 años de edad, 36,7 % representa adultos mayores en este rango de edad y que residen en áreas urbanas.

En total, 70,6 % de los adultos mayores vive en áreas urbanas y el 29,4 % restante en áreas rurales.

Gráfico 9: Distribución de la población adulta mayor de origen extranjero según zona de residencia y rangos de edad (ENI, 2012)



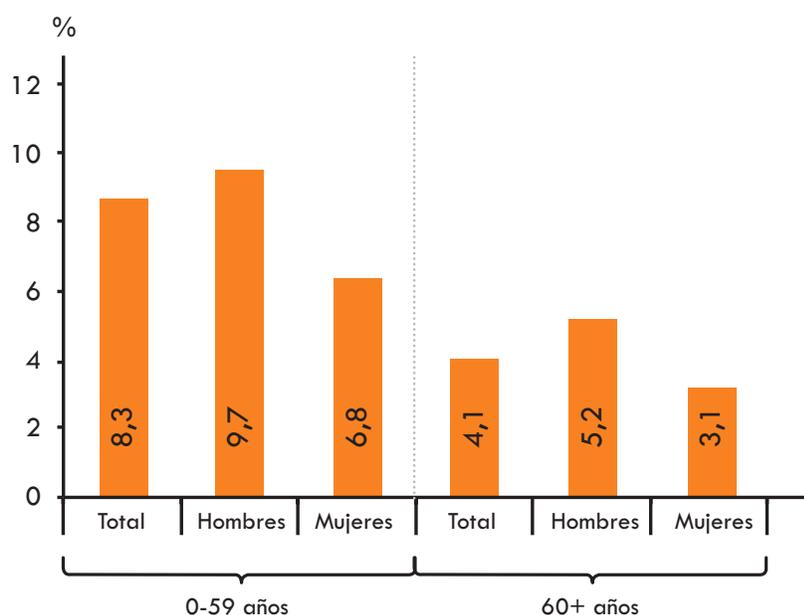
Fuente: Elaboración propia a partir de la ENI (2012). Nota: los seis grupos suman el 100 % de la población adulta mayor de origen extranjero.

El Gráfico 10 presenta la proporción de población adulta mayor de origen extranjero por sexo. Para el caso del adulto mayor se observa una mayor proporción de adulto mayor de origen extranjero masculina que femenina.

Los resultados indican que 4,1 % del total de población adulta mayor en República Dominicana corresponde a población de origen extranjero. Del total de población adulta mayor masculina, 5,1 % corresponde a población de origen extranjero; y del total de población adulta mayor femenina, 3,1 % corresponde a población de origen extranjero.

Esta mayor proporción de inmigración masculina que femenina, se observa no solo en la población adulta mayor sino también en la población de 0-59 años, en la cual la proporción de personas de origen extranjero masculina excede también la femenina.

Gráfico 10: Porcentaje de población adulta mayor de origen extranjero por sexo (ENI, 2012)



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENI (2012)

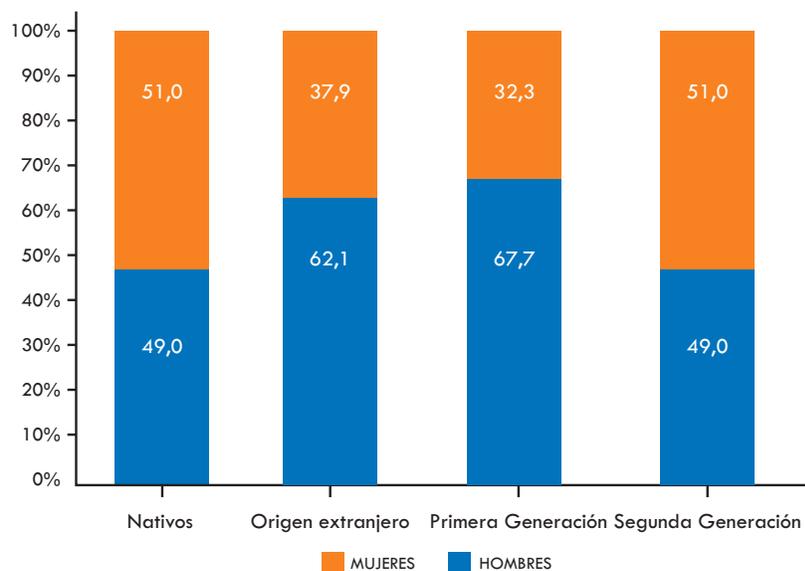
De hecho, si se analiza la distribución de la población adulta mayor por sexo y condición de migración (Gráfico 11), se observa que mientras en la población adulta mayor nativa el 49 % corresponde a hombres, en la población de origen extranjero esta proporción asciende al 62,1 % del total de adulto mayor.

Al diferenciar la distribución por sexo entre primera y segunda generación, mientras 67,7 % del adulto mayor inmigrante corresponde a hombres, solo 49,0 % del adulto mayor de segunda generación es población masculina.

Esta mayor proporción de población inmigrante masculina podría estar relacionada con una mayor proporción de inmigración debida a motivos laborales. A pesar de que la ENI cuenta con la información del motivo de inmigración, no fue posible el acceso a dicha información con el fin de proveer un análisis más concluyente en este sentido.

En general estos resultados indican que, al igual que en la población total, para el caso del adulto mayor existe un patrón de migración selectivo por sexo, lo que sugiere que las principales causas de migración al país y sus patrones se han mantenido a través del tiempo.

Gráfico 11: Distribución de la población adulta mayor según sexo y condición de migración (ENI, 2012)



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENI (2012)

Una característica específica que determina las condiciones de inmigración es si esta es legal o no. Una forma de aproximarse a dicha condición es a través de la tenencia de documentos. De acuerdo con la ENI 2012, 43,2 % de los inmigrantes adultos mayores reporta tenencia de cédula de identidad dominicana. A su vez, 16,0 % de los adultos mayores inmigrantes reporta tener pasaporte dominicano (ver Tabla 3). Estas cifras significan que por lo menos el 40,8 % de la población adulta mayor en el país no tiene ni cédula de identidad ni pasaporte dominicano, este porcentaje podría ascender hasta un 56,8 % de la población. Dadas las limitaciones en el uso de la información, no fue posible determinar el porcentaje de adulto mayor que tiene por lo menos uno de estos dos documentos, solo este rango de proporciones dada la tenencia de cédula o pasaporte dominicano. Por área de residencia, la mayor proporción de población sin documento de identificación dominicano se concentra en el área rural, en la cual solo 30,2 % de la población adulta mayor reporta tener cédula de identidad y 4,5 % pasaporte dominicano. Para el área rural esto significa que por lo menos 65,0 % y a lo sumo 69,8 % de la población adulta mayor no tiene ni cédula ni pasaporte dominicano.

Tabla 3: Porcentaje de población inmigrante con tenencia de documentos por grupos de edad y zona de residencia (ENI, 2012)

| Zona de residencia | Rango de edad | Con cédula de identidad dominicana | Con pasaporte dominicano |
|--------------------|---------------|------------------------------------|--------------------------|
| Urbano | 0-59 | 55,6 % | 5,8 % |
| | 60 o más | 48,6 % | 20,6 % |
| Rural | 0-59 | 46,7 % | 1,6 % |
| | 60 o más | 30,2 % | 4,8 % |
| Total | 0-59 | 52,8 % | 4,5 % |
| | 60 o más | 43,2 % | 16,0 % |

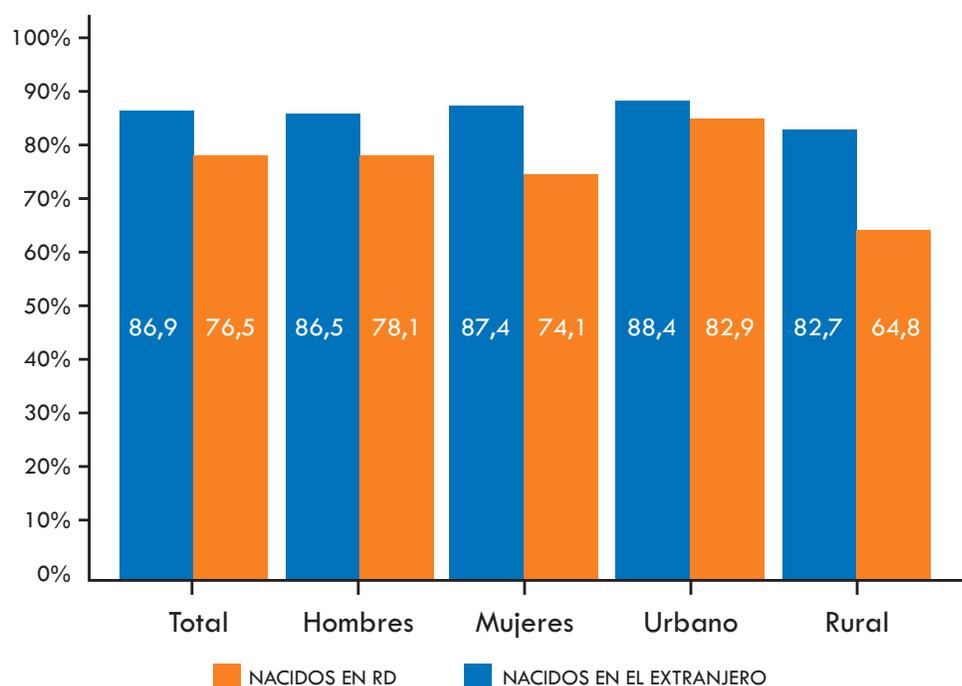
Fuente: Elaboración propia a partir de la ENI (2012)

5. Educación, empleo y mercado laboral del adulto mayor inmigrante

Luego de caracterizar en la sección anterior al adulto mayor de origen extranjero, en términos sociodemográficos, esta sección se concentra en describir al adulto mayor inmigrante en cuanto a su educación y su posición en el mercado laboral dominicano.

El Gráfico 14 presenta la proporción de población adulta mayor que sabe leer y escribir según sexo, área de residencia y condición migratoria. Mientras 86,9 % de la población adulta mayor nacida en República Dominicana reporta saber leer y escribir, 76,5 % de la población adulta mayor inmigrante reporta también saber leer y escribir; esto representa una diferencia de 10,4 puntos porcentuales entre los adultos mayores nacidos en el país y aquellos nacidos en el extranjero. Esta diferencia en contra del adulto mayor nacido en el extranjero se observa también entre hombres y mujeres, cada uno exclusivamente y tanto en el área urbana como en el área rural. La mayor diferencia en términos de alfabetismo se observa en el área rural, en donde solo 64,8 % de los adultos mayores nacidos en el extranjero afirman saber leer y escribir, lo cual representa una diferencia de casi 20 puntos porcentuales con respecto al adulto mayor que se localiza en la misma área, pero nacido en República Dominicana.

Gráfico 12: Proporción de población adulta mayor que sabe leer y escribir según sexo, área de residencia y condición migratoria (ENHOGAR, 2015)



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENHOGAR (2015)

En términos de máximo nivel educativo alcanzado, la Tabla 4 presenta la distribución de la población adulta mayor por nivel educativo y condición de migración. Estos resultados indican diferencias importantes en cuanto a nivel educativo entre la población adulta mayor nacida en República Dominicana y aquella nacida en el extranjero. En general la mayor proporción de población adulta mayor en el país tiene

educación básica o primaria, pero esta proporción siempre es mayor para el caso del adulto mayor nacido en el extranjero con respecto al adulto mayor nacido en República Dominicana.

Los resultados presentados tanto en el Gráfico 12 como en la Tabla 4 indican que el adulto mayor inmigrante tiene un nivel educativo inferior que el de su contraparte nacida en República Dominicana.

No obstante, la ausencia de datos no permite determinar comparativamente el nivel educativo del adulto mayor inmigrante que reside en República Dominicana con respecto a los adultos mayores de su país de origen, con el fin de determinar si de hecho esta población es comparativamente de mayor o menor nivel educativo con respecto a los niveles observados en su país de origen.

Tabla 4: Distribución de la población adulta mayor por nivel educativo, sexo, zona de residencia y condición de migración (ENHOGAR, 2015)

| Nacidos en: | Inicial o preescolar | Básico o Primario | Medio o Secundario | Universidad o Superior | Total |
|----------------------|----------------------|-------------------|--------------------|------------------------|-------|
| Total | | | | | |
| República Dominicana | 3,9 | 49,1 | 28,6 | 18,3 | 100 |
| El extranjero | 1,3 | 59,3 | 27,9 | 10,7 | 100 |
| Hombres | | | | | |
| República Dominicana | 3,7 | 51,9 | 29,3 | 14,9 | 100 |
| El extranjero | 1,2 | 59,7 | 28,2 | 10,1 | 100 |
| Mujeres | | | | | |
| República Dominicana | 4,0 | 46,4 | 28,0 | 21,6 | 100 |
| El extranjero | 1,4 | 58,8 | 27,6 | 11,5 | 100 |
| Urbano | | | | | |
| República Dominicana | 4,1 | 45,3 | 29,6 | 20,9 | 100 |
| El extranjero | 1,6 | 51,0 | 32,5 | 14,5 | 100 |
| Rural | | | | | |
| República Dominicana | 3,1 | 60,7 | 25,6 | 10,4 | 100 |
| El extranjero | 0,6 | 76,9 | 18,5 | 2,7 | 100 |

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENHOGAR (2015)

En términos de la habilidad para hablar el español, los resultados de la ENI indican que tan solo el 27,8 % de la población total afirma expresarse muy bien en español. Esta proporción de población es creciente por rangos de edad de la persona de origen extranjero: mientras solo 22,3 % de la población de 15-29 años de edad reporta expresarse muy bien, 36,0 % del adulto mayor reporta expresarse muy bien en español. Esta habilidad creciente por rangos de edad para expresarse en español puede estar altamente relacionada con el tiempo de permanencia en el país, pues a su vez la población más joven es la que registra una mayor proporción de personas que reportan una habilidad muy baja para comunicarse en español.

Tabla 5: Distribución de la población de origen extranjero (primera y segunda generación) por rangos de edad y habilidad de expresión en la lengua española (ENI, 2012)

| | RANGOS DE EDAD | | | |
|-------------|----------------|-------|----------|-------|
| | 15-29 | 30-59 | 60 y más | Total |
| Muy bien | 22,3 | 24,0 | 36,0 | 27,8 |
| Bien | 24,4 | 26,2 | 19,3 | 25,2 |
| Regular | 30,4 | 32,5 | 29,2 | 28,2 |
| Poco o nada | 22,7 | 17,0 | 15,5 | 18,5 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENI (2012)

En términos de mercado laboral, el Gráfico 13 presenta la distribución de la población de origen extranjero por condición laboral. Como es de esperarse, se observa una mayor proporción de población ocupada para el rango de 10-59 años en comparación con la población de 60 o más, y mayor proporción de población inactiva en el rango de 60+ en comparación con la población de 10-59 años.

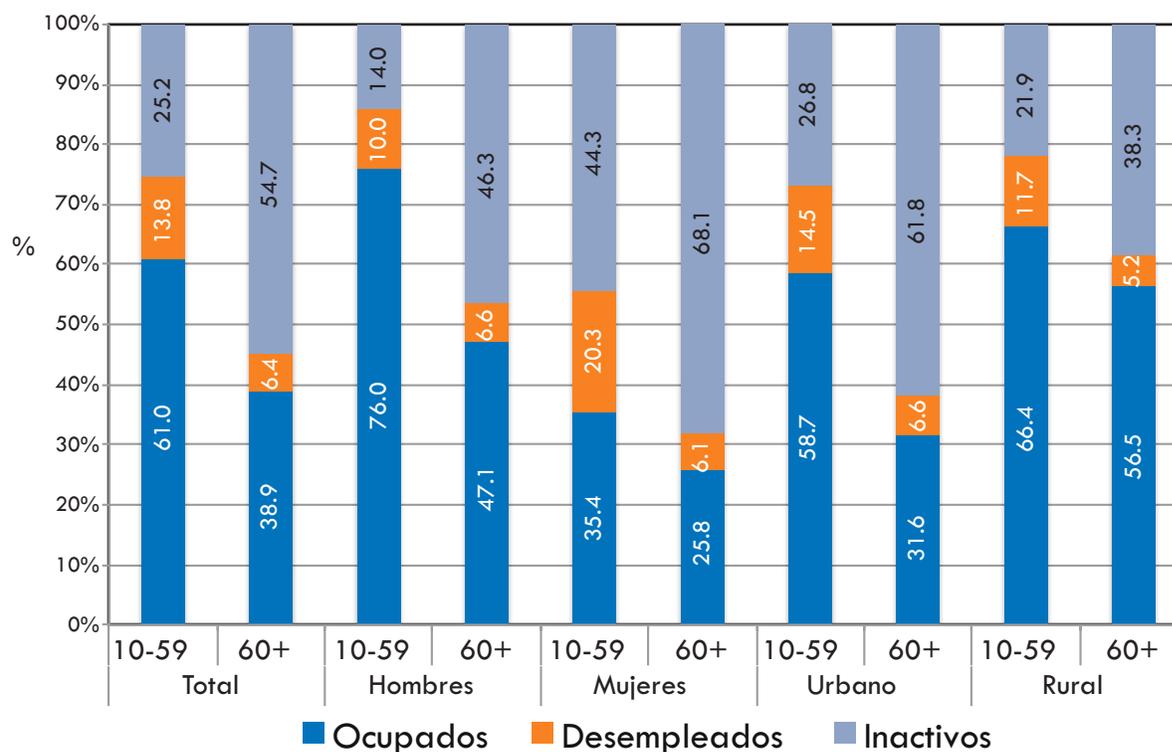
De acuerdo con la ENI 2012, el 38,9 % de la población adulta mayor de origen extranjero se encuentra ocupada. Al comparar estas cifras con las obtenidas a través de la ENHOGAR 2013 y presentadas en el capítulo de educación, mercado laboral e ingresos de este libro, podría concluirse que el adulto mayor de origen extranjero registra mayores niveles de ocupación debidos a tal vez una mayor desprotección por parte del sistema previsional, pues de acuerdo con la ENHOGAR 2013, 32,4 % de los adultos mayores en el total nacional se encuentran ocupados.

No obstante, conclusiones certeras de este tipo no son posibles debido a la ausencia del microdato de la ENHOGAR para analizar ese fenómeno. A su vez, cabe resaltar que la información proveniente de la ENI 2012 no es comparable con la proveniente de la ENHOGAR 2013, pues corresponden a mediciones que usan metodologías diferentes.

Ahora bien, al comparar la proporción de población adulta mayor de origen extranjero ocupada por sexo, se observa que el hombre tiene una participación más alta en el mercado laboral que la mujer; esto es 47,1 % de los hombres adultos mayores y 25,8 % de las mujeres adultas mayores se encuentran ocupados; 46,3 % de los hombres y 68,1 % de las mujeres se encuentran inactivos en el mercado laboral.

En general, puede concluirse que la distribución relativa de la población de origen extranjero por condición laboral es similar y consistente con la distribución relativa de la población total por condición laboral observada a través de la ENHOGAR 2013 y discutida en el capítulo de educación, mercado laboral e ingresos de este libro.

Gráfico 13: Distribución de la población de origen extranjero (primera y segunda generación) por condición laboral según sexo y zona de residencia



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENI (2012)

6. Salud del adulto mayor inmigrante

Esta sección analiza la situación del adulto mayor inmigrante en términos de salud y en uso de la ENI 2012. La Tabla 6 presenta la proporción de adultos mayores de origen extranjero con afiliación en salud. Como allí se observa, de acuerdo con la ENI 2012, 46,6 % de la población adulta mayor de origen extranjero tiene alguna afiliación en salud.

De acuerdo con los datos presentados en el capítulo de salud de este libro y con fuente SISARIL, en 2012 el 64,1 % de la población adulta mayor se encontraba afiliada a algún sistema de salud. Al comparar esta cifra con la obtenida por la ENI 2012 para la población adulta mayor de origen extranjero, se observa un nivel de afiliación a salud muy por debajo de este promedio para el grupo poblacional de origen extranjero, esto es alrededor de 20 puntos porcentuales por debajo del total nacional reportado por SISARIL.

A pesar de que las dos fuentes de información no son comparables, esta diferencia tan marcada se atribuye a un mayor nivel de desprotección del adulto mayor de origen extranjero con respecto al adulto mayor nacido en República Dominicana.

En términos de distribución, los datos de la ENI reportan una desprotección mayor en el área rural con respecto a la urbana y de las mujeres con respecto a los hombres (ver Tabla 6).

Tabla 6: Proporción de adulto mayor de origen extranjero (primera y segunda generación) con afiliación en salud por zona de residencia y sexo (ENI, 2012)

| | RANGOS DE EDAD | | | |
|---------|----------------|-------|----------|--------------------|
| | 60-69 | 70-79 | 80 y más | Total Adulto mayor |
| Total | 40,8 | 51,9 | 55,9 | 46,6 |
| Urbano | 42,2 | 55,4 | 57,9 | 48,9 |
| Rural | 38,0 | 43,5 | 48,7 | 40,9 |
| Hombres | 42,0 | 54,4 | 57,1 | 48,3 |
| Mujeres | 39,0 | 47,6 | 54,1 | 43,9 |

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENI (2012)

Un segundo indicador que la ENI 2012 permite analizar en términos de salud es la prevalencia de un evento de morbilidad reciente. La Tabla 7 presenta estos resultados para el adulto mayor de origen extranjero por sexo. Como allí se observa, 52,1 % del adulto mayor de origen extranjero reporta haber tenido un problema de salud durante los últimos 30 días anteriores a la encuesta. Este nivel de prevalencia es 12,6 puntos porcentuales mayor al obtenido en la ENDESA 2013 para el total nacional. En este caso otra vez, a pesar de que las dos encuestas no son comparables, el nivel mucho mayor de prevalencia de morbilidad reciente observado en la ENI 2012 para el adulto mayor de origen extranjero, sugiere un estado de salud más vulnerable y precario para esta población específica en comparación con el total de la población adulto mayor nacional.

Al comparar la prevalencia de la morbilidad reciente por sexo, se encuentra una mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres. Este resultado es consistente con los resultados del capítulo de salud de este libro, los cuales sugieren inequidades por sexo en estado de salud, en contra de las mujeres.

A su vez, por rangos de edad, se observan prevalencias mayores de morbilidad reciente en el adulto de 80 años y más con respecto al adulto mayor de 70-79 años y el adulto mayor de 60-69 años. Esta creciente prevalencia de morbilidad reciente, es de esperarse y es consistente con los resultados obtenidos por el capítulo 2 de este libro.

Tabla 7: Proporción de adulto mayor de origen extranjero (primera y segunda generación) que presentó algún problema de salud durante el último mes por sexo (ENI, 2012)

| | RANGOS DE EDAD | | | |
|---------|----------------|-------|----------|--------------------|
| | 60-69 | 70-79 | 80 y más | Total Adulto mayor |
| Total | 48,1 | 56,3 | 57,7 | 52,1 |
| Hombres | 41,5 | 44,9 | 50,3 | 43,9 |
| Mujeres | 58,1 | 76,1 | 69,2 | 65,1 |

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENI (2012)

7. Resultados cualitativos

7.1. Las perspectivas de los inmigrantes

Se reúne la información recopilada en los grupos focales conformados únicamente por inmigrantes, para lograr reunir la perspectiva de quienes han envejecido en una condición migratoria, en su mayoría, irregular. Aquí se logra dar cuenta de una visión directa sobre el envejecimiento, la vejez y la inmigración, además desde la perspectiva de aquellos dominicanos encargados de velar por los derechos de estas personas en el país.

7.2. Imaginarios sobre el envejecimiento y la vejez

Agrupar todas las ideas que tienen los inmigrantes sobre su envejecimiento y su vejez. Qué significa ser persona mayor, qué significa envejecer, qué es la vejez, qué implicaciones tiene, qué diferencias encuentran frente a la juventud, qué cambios se perciben, etc.

Se observa una idea muy fuerte de la vejez ligada a la inutilidad. Varios participantes hacen esta asociación entre dejar de ser útiles y llegar a viejos. Una posible interpretación a esta asociación podría encontrarse en la situación de irregularidad migratoria y en lo que ella genera en términos de dependencia del trabajo físico. Una persona mayor inmigrante, muy difícilmente podrá acceder a una pensión, pues no cumpliría con los requisitos de formalidad que el sistema impone. Pero, además, no podría participar de subsidios económicos que se dan a las personas mayores en condición de vulnerabilidad, por su situación irregular. Y es posible, además, que sus redes familiares de apoyo no sean tan eficaces. Así que solo depende del trabajo y de la fuerza física para sostenerse. Este mayor grado de desprotección hace que dependan del trabajo de una forma muy pronunciada. Así que podrían estar asociando a la pérdida de la capacidad de trabajar con la vejez, y lo que ello traduce en términos de desamparo económico.

La vejez como inutilidad

Ideas de los participantes en las que la vejez se percibe como pérdida de fuerzas y de capacidades que genera una percepción de inutilidad ligada a la vejez.

Ejemplos:

H1: Traductor: Cuando viejo, cuando joven, lo que tú estás haciendo con su fuerza cuando viejo no puede.

H1: Traductor: No hay fuerza como antes.

Traductor: Cuando viejo no se tiene nada.

- Hombre +60 inmigrante
- Inmigrantes +60 (Rural)

Cuando joven, él trabaja. Ahora, como es viejo, no puede hacer nada, no te enseñan solamente lo que tienes que hacer.

- Hombre +60 inmigrante
- Inmigrantes +60 (Rural)

Personalmente estoy muy en paz con mi proceso, agradecida a Dios por las experiencias que he tenido y no me siento vieja, en muchos sentidos viejo es una persona que se considera casi inútil. Aunque no tengo un empleo fijo, aún puedo hacer un trabajo de --- o ser productivo, ser una definición no la doy, pero por lo menos yo diría de aportar a algo, no, desde la trinchera, desde atrás.

- Mixto +60 inmigrante
- Inmigrantes +60 (Urbano)

La vejez como cambio de roles y responsabilidades

Ejemplos:

H2: Yo, para mí ser mayor es una gente con responsabilidad, hay una gente que es mayor porque tiene la edad avanzada, pero yo para mí ser mayor, yo soy un hombre mayor, aunque tengo 35 años, porque tengo... yo vivo en una casa, aunque no es mía y soy yo quien tomo las decisiones de mi casa, gracias a Dios tengo la, mi esposa y aunque tenemos nueve años en una casa juntos, porque hasta ahora nosotros no tenemos hijos, pero yo cuento con Dios que yo voy a tener, con Dios delante.

- Hombre (2) 35 años
- inmigrante
- 17 años en RD

Ahora estoy con un consciente realmente de lo que es la vida, no la desaprovecho ni un segundo en este momento. Ya he cumplido con lo que he tenido que cumplir y ahora estoy en otro momento.

- Mixto +60 inmigrante
- Inmigrantes +60 (Urbano)

Para mí ser una persona mayor es haber llegado a un punto de desarrollo en el que después de haber aprendido y haber puesto en práctica lo que he aprendido ahora estoy en una fase de medida en que puedo ayudar a mis familiares más jóvenes a evitar problemas que yo he resuelto. Así que en cierto sentido es enseñar a evitar obstáculos.

- Mixto +60 inmigrante
- Inmigrantes +60 (Urbano)

Bueno, cuando me preguntan la edad yo digo que tengo por lo menos tres edades, la de las experiencias de vida, que me darían unos 75 años. La de cómo me siento por el ambiente con quién me muevo, tengo muchas amistades que podrían ser mis hijos, tengo muchas relaciones con exestudiantes, con estudiantes, con jóvenes profesionales; por ahí me darían unos 35, 35 años. Y, claro, uno tiene, comienza a la vez ciertas lagunas en

la memoria, comienzan a haber ciertas limitaciones, en las rodillas, o esto y lo otro, pero yo tengo una vida muy activa, yo subo cualquier montaña más rápido que los jóvenes, pero más por la fuerza de voluntad. Entonces yo creo que es, sobre todo, si ahora, yo no me consideraría una vez llegado a ese proceso, yo sí aplico como la dama dijo, lo que uno saca de conclusiones, la vida, y ha habido como le digo muchas experiencias distintas, pero también no he llegado quizá aún al punto donde yo, bueno, a veces uno ya cree que está ya bueno, pero uno debería coger la vida mucho más al paso con tantos proyectos por delante, sino como ir pensando qué viene después, porque no se puede no tener ese ritmo que uno ha mantenido desde hace más de 30 años.

- Mixto +60 inmigrante
- Inmigrantes +60 (Urbano)

7.3. Preparación para la vejez

Se agrupan los “testimonios” brindados por las personas que ayudan a comprender y acercarse a la manera en la que se prepararon para su vejez, en lo relacionado con lo económico y con la salud, así como sus ideas sobre el responsable sobre su envejecimiento.

En una mirada inicial, se anota que, al parecer, hay una menor presencia de Dios en el discurso de los inmigrantes. Es decir, pareciera ser que ponen su vejez más en factores familiares y personales que en esperanzas de naturaleza religiosa. Esta idea inicial debe verificarse y compararse con mayor rigor frente a los dominicanos. A lo que podría apuntar es a que las condiciones materiales especialmente grave los lleve a asumir una posición frente a su vejez que reconoce el peso de las circunstancias y del apoyo de las redes cercanas.

La responsabilidad personal sobre la vejez

Ejemplo:

H1: La gente de ahora está quejando y día a día --- (0:07:26 - 0:07:32) casi 200 bateyes, aprende día a día como, pa' que asuma su responsabilidad, porque yo el tiempo, yo tengo 8 años de trabajando en ASCALA me aprendí lo más día a día porque mi responsabilidad soy yo.

- Hombre (1) 40-59
- inmigrante
- 8 años viviendo en RD

Yo me he preparado emocionalmente, desde los 15 años cuando yo un día, recuerdo perfectamente como si fuera hoy, que no veía la hora de tener 18 años. Y pensaba que esos 3 años que tenían que esperar eran larguísimos. Y después de ese pensamiento me dije, pero un momento, cuando tengo 18, luego viene 19 y después 20 y 21, después no se puede parar el... creo que en ese momento me preparé para la vejez. Sí me he preparado financieramente, porque estoy casada con un latino y sé que no, que los latinos no son muy, eh, muy organizados. Yo, europea, yo trabajé mucho en producciones y, y me preparé para tener y poder vivir por mis, por mis medios. Pero sin demasiado, sin, sin estar obsecada con esa idea del envejecimiento.

- Mixto +60 inmigrante
- Inmigrantes +60 (Urbano)

En otros países, hay Estado o constitución, se supone que si una persona trabaja y tiene toda una serie de beneficios, al final le permiten, y tienen toda una serie de beneficios económicos, salud, en países como el nuestro, donde uno debe ser responsable de lo que le pasa y de su vejez. Yo no confío en la nación.

- Mixto +60 inmigrante
- Inmigrantes +60 (Urbano)

La responsabilidad “familiar” sobre la vejez

H3: Bueno, es responsabilidad ahora mía por la gracia de Dios, después del Dios del cielo debe ser responsabilidad de mi casa porque la familia está en mis manos, los hijos, yo estoy dando la educación de la escuela, entonces para que el día de mañana, cuando yo no pueda trabajar, pa' que ellos, lo que sea comprar mi caja y comprar uno, un pedazo de tierra para enterrarme, yo quisiera ayudarle a veces, yo quisiera comprarles una casa pero mi fuerza no da, pero por la gracia de Dios, cuando yo tenga esa familia en mis manos, yo soy casado con mi esposa por la ley de la iglesia pero los hijos yo siempre les dije, mis hijos tú estás viendo como yo estoy viviendo, trabajando, con hambre, sin hambre e' buscando la comida para ustedes pero ustedes tienen que andar en línea para que el día de mañana yo no pueda trabajar para que ustedes me dan, cuando yo no pueda trabajar, para que ustedes buscarme la comida y cuando yo ya esté sentado en una silla ya ustedes tendrán que ayudarme porque ya no tengo otro encargado, ustedes hijos míos, entonces así que yo a hacer mucha fuerza de enseñarles en la escuela y para llegar algún día a una profesión.

- Hombre (3) 40-59
- inmigrante

Los mecanismos de preparación económica para la vejez

M1: Ok, Ethel.

H2: Si así mismo como él dijo, yo estoy trabajando haciendo mucha fuerza para mañana en lo que yo estoy ganando, aunque es en un conuco yo estoy economizando --- (0:27:03 - 0:27:06) para que cuando llegue en unos años avanzado, lo que yo pueda economizar, para que --- (0:27:11 - 0:27:15) no me caigo igual como algunos de ellos, de un paisano mío.

- Hombre (2) 35 años
- inmigrante
- 17 años en RD

Uno va comenzando a pensar cada vez más en eso, ya uno solo, ya mis hijos son profesionales, ya hacen lo que quieren hacer o por lo menos tienen su vida, o sea ya no dependen de mí desde hace relativamente poco tiempo. A partir de ahí uno empieza a pensar 'ah, y a partir de ahí'... y ahora el problema mío, tal y como él dice, yo he tenido prácticamente toda mi vida profesional, a pesar de que he vivido en 7 países, he tenido mi vida profesional casi exclusivamente aquí. O sea que he cotizado a veces, y a veces no he cotizado,

porque he sido independiente por años, y el otro día ha roto, yo trabajo para el gobierno y entre otras, para una universidad y soy empresario también, microempresario. Pero el tema surgió relativamente hace poco porque hablo con la encargada de recursos humanos en esa institución semioficial y les digo que bueno, que he cotizado 15 años con ellos y ellos me dicen que no tengo derecho a una pensión si no cotizo otros 15 años más. O sea cuando yo me retire me van a dar un pago, supuestamente, y ya resuelven con eso. Pero la pensión me tocaría si yo trabajo 15 años más, para el Estado o cotizando. Eso es una nueva realidad y la que yo no contaba con eso.

- Mixto +60 inmigrante
- Inmigrantes +60 (Urbano)

7.4. Salud

Se agrupan tres nodos de análisis que permitirán dar cuenta de una manera amplia de las perspectivas sobre la salud de los inmigrantes que participaron en los grupos focales. Estos nodos son: percepción sobre el estado de salud, hábitos de vida saludables en el curso de la vida y el acceso a servicios de salud.

Una línea de análisis que podría tomarse frente a esta categoría es el impacto que produce el no contar con un referente institucional de apoyo y protección a la vejez sobre las prácticas relacionadas con los hábitos saludables. Los inmigrantes en situación irregular podrían sentir un abandono más profundo que el resto de los habitantes de RD y esto implicar una sensación de riesgo mayor que la que viven otras personas.

Percepción sobre los estados de salud

Ejemplo:

H5: Yo he estado un poquito enfermo, yo te iba a decir eso porque yo tengo una enfermedad pura ahora, yo tengo un par de meses que yo, a veces que yo sufrí mucho, la semana pasada, decía mi hermana, sacarme a la una de la mañana, de la madrugada al médico, sin saber cuándo yo voy --- (0:12:08 - 0:12:11) pero por la gracia del Señor, cuando uno es cristiano, usted no tiene miedo a nada, porque él sabe de la humanidad de Dios, pero gracias al Señor por eso estamos aquí, más o menos, el Señor ayudarnos a nosotros, yo siempre estoy bien, gracias a Dios.

- Hombre (5) 40-59
- inmigrante
- 25 años en RD

H8: Bueno, mi salud ahora mismo como tenía antes, ahora yo no sirve para nada. Ya no sirve ni puede hacer ni nada, sabe pues estoy comiendo a la amargura, pasando miseria. A las 24 horas el cuerpo puede con una libra de arroz, pues yo hablo la verdad. Con 24 horas yo pueda conseguir una libra de arroz para comer a las 24 horas a las 12 de la noche. Así es que las fuerzas mías se fueron, yo no sirvo para nada. Lo que yo podía hacer ayer, hoy tengo que hacerlo pasito si puedo, o sino, dejarlo para otro día. Mi salvación mi iglesia, que me está ayudando con todo mi familia, que están que esa es mi familia.

- Hombre (9) +60
- inmigrante

Acceso a servicios de salud

Ejemplo:

M1: Listo, Severo, cuénteme cómo le va a usted con los sistemas de salud.

H1: Bien, cuando mis hijos tienen algo yo me voy a un hospital privado.

M1: Ok, usted paga un seguro.

H1: Pago un servicio, porque si tú vas a un hospital público vas a dar vueltas... si tú quieres hacer un análisis, te lo entregan ahora, va dar una cita para que después de un mes, un mesecito pa' qué tú vienes, entonces no me gusta eso.

- Hombre (1) 40-59
- inmigrante
- 8 años viviendo en RD

Hábitos saludables en el curso de vida

Ejemplo:

H4: Bueno, como dice, yo nunca desde pequeño comía por la noche y también yo siempre protejo mi barriga, yo nunca llena, llena, llena tanto, tanto y hay mucha comida que yo no como tampoco.

- Hombre (4) 40-59
- inmigrante
- 40 años en RD

Mi salud está buena, pero yo estoy consciente que tengo que hacer algo para mantenerla. Estoy caminando cada día, comiendo cosas que... ehm... que están bien, están correctas para mi edad.

- Mixto +60 inmigrante
- Inmigrantes +60 (Urbano)

Yo no he tenido toda mi vida de manera muy consciente, o sea, yo sí he tenido excesos, he fumado muchos años, quizá no con la intensidad que veo alrededor mío en algunos casos, pero sí creo que fumé alrededor de 25 años. Tengo conmigo la alimentación también, ha sido importante siempre y yo, a través de mi profesión y toda mi vida, estuve siempre detrás de plantas muy especiales, las consumo y esto también es como lo que me siente. Y yo diría en general que los últimos 15 o 20 años he vivido muy sanamente. Nunca me ha gustado el fast food y esas cosas realmente, aunque, por obligación a veces uno ha tenido que comer ahí.

- Mixto +60 inmigrante
- Inmigrantes +60 (Urbano)

7.5. Relaciones de familia y de cuidado

Se agrupan los aportes de los participantes que ayudan a comprender las relaciones familiares y los grupos de apoyo que satisfacen o ayudan a satisfacer las necesidades de cuidado de las personas mayores inmigrantes, así como los aportes en términos de cuidado que hace este grupo poblacional y aquellos que están entre los 40 y los 59 años. Es decir: se busca comprender qué papel cumple la familia como factor de protección para las personas mayores inmigrantes de actuales y futuras generaciones, pero, además, cómo estos grupos poblacionales asumen papeles significativos dentro de las familias para proveer cuidado y asumir otro tipo de cargas y responsabilidades.

No queda muy claro en los grupos focales, pero debe trabajarse la relación entre la movilidad de las personas inmigrantes y la estabilidad de los núcleos familiares. Es probable que muchas personas en situación de inmigración irregular no tengan un arraigo en el territorio que habitan, o es posible que unos miembros deban trasladarse constantemente entre ciudades en búsqueda constante de trabajos. En su conjunto, esta situación podría minar la unidad familiar.

La situación de los vínculos familiares es particularmente importante porque ante la imposibilidad de acudir a referentes institucionales y formales de cuidado es la familia la que vendría a cumplir con la mayor función de protección para el grupo poblacional de las personas mayores inmigrantes.

Relaciones familiares

M1: Eso iba a preguntar y es ¿cómo creen ustedes que la situación de los inmigrantes ha afectado el funcionamiento de sus familias? es decir ustedes tienen sus familias acá, los cuatro tienen su familia acá, pero el resto de su familia está en Haití. Ustedes perdieron relaciones con sus familias en Haití, cómo funciona eso.

H1: Casi diario me he comunicado con mi familia.

M1: Ok, casi diario.

H1: A veces pa' hablar con alguien, una familiar mía, yo tengo una hermana que vive allá, en el pueblo la Romana, si él va y viene aquí y me dice cómo está mi familia, pero yo nunca he ido, 30 años plantado aquí trabajando.

- Hombre (1) 40-59
- inmigrante
- 30 años viviendo en RD

Cuidado

M1: Ok, listo, Severo, ¿cómo le gustaría a usted que lo cuidaran?

H1: ¿Cómo es?

M1: ¿Cómo le gustaría que lo cuidaran cuando sea viejo?

H1: Como ahora, que la semilla yo estoy haciendo, ellos van hacer lo mismo conmigo, porque ahora yo estoy mejorando mis condiciones, mañana pa' que me, ellos van a cuidar de mí también, lo que yo siembro, voy a cosechar.

M1: Queno Luis, usted.

H1: Como desyerbar a uno así, cuando yo no puedo más, los hijos van a dar, queriendo pa' que ellos me cuiden, porque ahora hay que cuidarlos a ellos porque si tienen hambre, ellos --- (0:45:10 - 0:45:14) así que yo puedo hablar ahora con ellos, entonces el día de mañana cuando yo no pueda porque los hijos necesitan y ellos van a cuidarme también, porque como es que dicen que yo soy una calma de una iglesia, yo cuidar personas con el pastor que está allí, dando el mensaje, para mis hermanos, la iglesia, entonces así es una calma.

- Hombre (1) 40-59
- inmigrante
- 8 años viviendo en RD

¿Hay alguien que cuide de ti?

No, yo estoy cuidando

Ese cuidado que tú realizas, ¿recibes algún pago por él?

No.

- Mixto +60 inmigrante
- Inmigrantes +60 (Urbano)

Yo cuido a mi madre, cuando viene dos meses al año yo cuido de ella, pero, hasta ahora no...

¿Has pensado en ese momento que debas ser cuidado, cómo te gustaría ser cuidado?

Bueno, sí, como dice aquí mi..., ojalá que no tenga que pasar nunca, pero no.

- Mixto +60 inmigrante
- Inmigrantes +60 (Urbano)

7.6. Seguridad económica en y para la vejez

Esta categoría da cuenta de aquellos testimonios que permiten aproximarse a la situación socioeconómica de los inmigrantes mayores de futuras generaciones, así como de las presentes, a propósito de sus condiciones de trabajo, sus derechos de propiedad, la situación de vivienda y de bienes muebles, y de las lógicas de discriminación en razón de la edad que se cruzan con la discriminación en razón de la nacionalidad.

Una idea que surge de una lectura inicial de los grupos focales es el posible cruce de la percepción de discriminación en razón de la edad y la discriminación en cuanto a la nacionalidad. Una segunda idea nos lleva a considerar una relación entre el trabajo y la cosificación de las personas, pues algunos de los participantes expresaban una idea de trabajo muy ligada a la explotación económica. Una tercera idea apunta a analizar las consecuencias de la desprotección jurídica de la propiedad de los inmigrantes en situación irregular, sobre las prácticas de ahorro. Esto podría generar que las personas inmigrantes no tengan ningún referente de protección, ya que no pueden acceder a pensiones, son excluidos del mercado laboral y el ahorro de activos productivos no resulta ser viable.

Situación laboral

La mayoría de inmigrantes se han ocupado en oficios relacionados con la extracción de caña, no obstante, han tenido diversas luchas y marchas por el pago de su pensión pues el Gobierno no ha respondido en su totalidad con el pago a estas personas. A causa de la presión y las marchas ejercidas por los trabajadores inconformes, el Gobierno ha expedido una serie de decretos para pensionar a varios grupos de pensionados, no obstante aún están sin pensionar la mayoría de cañeros.

M1: alguno de ustedes ha trabajado con caña --- (0:25:18 - 0:25:26).

H2: Pero ganamos demasiado poquito, nosotros trabajamos duro, duro en la caña y ganamos poco, aquí yo trabajaba en la caña pero yo veo que yo estoy demasiado joven para estar pasando miserias en la caña, a veces uno tiene que pasar el día entero con una asada cultivando cuando te pagan 200 pesitos y... y esa gente eso, esa personas que estaban ahí, esos mayores, ellos pasaban el trabajo igual como yo y mira qué edad que ellos están llegando, desde que tú, trabajando en la caña, cuando tú vayas, tú vas por 50, 60 te dejan, te botan, sin darle pensión, sin liquidación, sin nada, desde que tú no tienes fuerza te botan, te botan y principal problema que tenemos para trabajar.

- Hombre (2) 35 años
- inmigrante
- 17 años en RD

La pensión como mecanismo de protección económica para la vejez

Los inmigrantes, en su mayoría, no están informados sobre su derecho a pensionarse como parte de la población trabajadora, y ven la pensión como un privilegio exclusivo de los nacionales dominicanos:

H1: El sistema de pensión, la DIDA, en República Dominicana, sistema de seguridad para los dominicanos, no entra a los extranjeros.

M1: Ustedes no entran ahí.

H1: Tú pagas seguro particular, cuando tú tienes 60 años no vas a recibir nada.

M1: Cuéntame eso Severo, cómo así.

H1: Porque tú pagas un servicio si tú eres dominicano, cuando tienes 60 en --- (0:20:48 - 0:20:51) como tú estás pagando, entonces para los extranjeros tú lo pagas, tú pagas más caro, no dan con vueltas, no va a pensionar tampoco, porque el dominicano --- (0:21:04. 0:21:09) los extranjeros no.

- Hombre (1) 40-59
- inmigrante
- 8 años viviendo en RD

Sin embargo, la pensión puede ser vista también como un “regalo”, lo que sugiere el desconocimiento de los derechos.

No, y no la voy a tener, o sea, que no me estén regalando ni un peso. Pago mucho impuesto, para los que necesitan, para otra gente. Lamentablemente mis impuestos no llegan a esos combos. O sea, no creo en

pensión, no creo en nada de eso. Que vinimos hasta el país corrupto, he dicho, del Estado más corrupto de América. No creo en las políticas, la vejez, de la vejez. Lentamente me callan ese tema porque [...] Entonces decidí vivir la vida propia en el sentido de que no afecte lo político. Compartimos este globo terráqueo y nada, estamos compartiendo y ya, es eso.

- Mixto +60 inmigrante
- Inmigrantes +60 (Urbano)

Ahorros y activos productivos como mecanismo de protección económica para la vejez

Yo tengo otra pregunta para ustedes. ¿Ustedes conocen un caso de personas que hayan perdido su ahorro o su tierra porque fueron deportados? 21: a mí... Traductor: (...) 21: Tenía una parcela, tenía eso yo para trabajar. Se metió a romper, a arrendarlo a otro, quitaron el cierre... pudo romperlo, tocó otro trabajo.

- Hombre +60
- inmigrante

Yo tengo, yo voy a tener varias fuentes algún día tener, si me retiro. Porque en Alemania, donde yo coticé durante... años, los años que estuve en el doctorado, entonces como cinco años, y como padre me tocaba con cada niño un año, o sea he cotizado como 7 años en Alemania. Me va a tocar como 500 euros al mes o algo así. Mi madre, previendo que yo me estaba quedando aquí y que no fui más a Europa, eh, cogió una parte de una herencia de la suegra mía, difunta, y | lo puso en un seguro de vida, que no va, no es la gran cosa tampoco, pero esto más lo otro más lo que tal vez vaya a cobrar aquí, aunque ya digo en 15 años no alcanzo a completar lo que me falta. Se pongo, yo, puedo invertir en alguna cosa que me deje un dividendo, pero de todas maneras dependo de otras cosas más, esto no es suficiente para mantenerlo a uno.

- Mixto +60 inmigrante
- Inmigrantes +60 (Urbano)

Evolución de la situación económica en relación con el pasado

M1: Ok, listo, para ti la situación económica es mejor o peor.

H1: Mejor, porque día a día va pensando con la cabeza, porque día a día para que me mejore mis condiciones, como antes todo yo tengo fuerzas para que mañana cuando yo no pueda, para qué sabe dónde va a meter la mano, la seguridad con lo que yo tengo, mañana cuando no pueda para que tenga mejor vida.

M1: Ok, yo tengo una pregunta y es ¿tu tenías mejor calidad de vida en Haití o acá?

H1: En Haití hay mejor calidad porque aquí yo vine a aprender, porque yo no tengo ningún familiar, está afuera mi familia, como en Haití yo tengo mejor calidad de vida, entonces mi, yo asumo mi responsabilidad, yo tengo una casa y tengo a mi familia particular y como yo no tengo nadie, ningún familiar del país, yo hacer fuerza para mejorar mi condición de vida, esa es mi responsabilidad; asumir mi responsabilidad allá en Haití, hay mucho trabajo, yo hacer aquí --- (0:40:16 - 0:40:18) y así me llega, me llega el día a día yo de estar hablando con mi hermano, voy a llegar cuando yo llego, yo quiero llegar, mis condiciones y mis chicos yo tengo acá, va a llegar lejos porque es mi sueño.

- Hombre (1) 40-59
- inmigrante
- 8 años viviendo en RD

Discriminación en razón de la edad

H1: A mí, piensa bien yo tengo 42, mi papá tiene tiempo pa' mí, porque la gente tiene su fuerza, vaya trabajo entonces cuando una persona pasa 40, siempre es difícil, cuántos inventos hay, joven que tiene fuerza porque no puede y tampoco nos va a dar empleo fácil --- (0:37:10 - 0:37:17), tú tienes fuerza pa' trabajar y cuando tú llegas a cuarenta ya, bajando tú no puedes ya va a retirar.

- Hombre (1) 40-59
- inmigrante
- 8 años viviendo en RD

7.7. Educación a lo largo de la vida

Ideas y percepciones sobre el acceso a la educación y sobre la manera en la que la inmigración ha incidido en su continuidad o irrupción. De igual forma, en esta categoría se debe observar si los participantes expresan si consideran que la educación es importante para su envejecimiento, o si no lo consideran un asunto prioritario frente a otras necesidades.

Parece ser un asunto al que los participantes no prestan mucha atención, en comparación con otros temas. Es posible que las necesidades materiales más profundas, relacionadas con la alimentación, la vivienda y los ingresos, ocupen un lugar de mayor centralidad en sus preocupaciones que los aleja de la posibilidad de preguntarse por su proceso de educación.

Ejemplo:

M1: Tranquilo, bueno vamos con el tema de educación, ¿ustedes estarían dispuestos a estudiar? --- (0:43:12 - 0:43:20).

H3: Yo estudiaba, yo era profesor, porque allá no más me faltaba un curso para terminar, aquí mismo estaban ofreciendo un curso de noche y eso me alegró, porque yo quiero aprender, todavía.

M1: Listo.

H3: Es de noche.

- Hombre (3) 40-59
- inmigrante

*¿Estaría dispuesta a estudiar a su edad?
Siempre estoy estudiando, no dejo de estudiar.*

Mixto +60 inmigrante
Inmigrantes +60 (Urbano)

Identificación de retos de política pública

Las personas inmigrantes, a partir de su experiencia de vida, identifican las problemáticas más graves para su envejecimiento y su vejez, y proponen algunas ideas que, desde su punto de vista, requieren de una respuesta prioritaria por parte de las autoridades dominicanas.

El riesgo de deportación y la situación migratoria irregular en la que se encuentran las personas irregulares deteriora la posibilidad de establecer diálogos con las autoridades públicas sobre aquello que podría ser mejorado. La relación con la administración pública no se fija en términos de ciudadanía, sino bajo la lógica de la persecución. De esta manera, aunque las personas puedan identificar retos de política pública, difícilmente iniciarán un proceso de transformación e incidencia.

Esta iniciativa, de hecho, ya es bastante precaria en las personas que viven de manera regular en el país. Mucho más lo será para quien se encuentra de manera irregular.

Ejemplo:

H2: Ok, y así como hizo.... el principal problema que tenemos es que nosotros vivimos totalmente maltratados como extranjeros sabes por qué, porque yo, yo tengo 17 años aquí dando servicio al Gobierno porque dicen, dicen realmente de que la caña son del Gobierno, exacto porque yo hizo de todo en la caña, yo estoy pensando como que yo estoy trabajando desde mi juventud en la caña; en la caña uno tiene que pagar, yo, yo aquí, yo tengo una casita ahí, yo pago 260 pesos mensualmente de luz, de luz, imagínate y yo no gano 200 diarios y yo no los gano y tengo que pagar, eso es un abuso grande y, y como que yo estoy trabajando y dando servicio al Gobierno y cuando tengo que pagar mucho, mucho como se dice y después cuando vengo viejo y de 50 años ya me boto y como me tira como una basura, sin nada, sin pensión, sin liquidación, sin nada, es un abuso grande.

- Hombre (2) 35 años
- inmigrante
- 17 años en RD

7.8. Situación migratoria irregular y envejecimiento

Se agrupan tres subcategorías que ayudan a construir un análisis sobre la relación entre situación migratoria irregular, envejecimiento y vejez. En primer lugar, las razones por las cuales las personas permanecen en República Dominicana; en segundo, la relación entre dominicanos y haitianos y, en tercer lugar, las consecuencias que se derivan del riesgo de deportación.

Debe ponerse un particular énfasis en lo que produce el riesgo de ser deportado en términos de envejecimiento y vejez. Una primera consecuencia podría estar relacionada con una menor voluntad y deseos de prepararse para la vejez, con la idea de que la temporalidad en el territorio dominicano no podrá permitir adelantar prácticas de preparación relacionadas con el ahorro o el establecimiento de vínculos sociales.

Motivaciones para la permanencia en República Dominicana

M1: Listo Queno Luis gracias. Ethel, ¿por qué hay que quedarse?

H2: Bueno yo personalmente yo me quedo aquí, porque... yo para mí, yo vivo una vida, por ahora una vida mejor, porque yo desde que yo, termino mi estudio allá y salgo con un primo mío para acá, pero yo no, yo trabajaba poco allá y aquí aprendo a trabajar y consigo, como te digo, consigo mejor vida porque allá no trabajaba mucho y aquí como no tengo familia que me ayude tengo que trabajar diariamente, entonces yo vengo trabajando, vengo consiguiendo y para mí llevo una mejor vida, yo me quedo aquí.

- Hombre (2) 35 años
- inmigrante
- 17 años en RD

El riesgo de deportación

M1: Es vergüenza, ok, perfecto, listo gracias Diyas, vamos con la siguiente pregunta: ¿ustedes como creen que la situación en la que se encuentran muchos inmigrantes y el riesgo de ser deportados afecta la vejez de estas personas?

H1: Porque yo creo que una persona tiene 60 o 80 años y tiene 20, 30 años aquí, es difícil, donde va, va quedar en la frontera, no puedo ir, ellos no saben dónde ellos van, ellos ni... más fácil ellos, el dominicano que el haitiano porque no tiene nada, cuando ellos, entran al país --- (1:01:28 - 1:01:33) Haití no avanzar así, para mí, siempre... aquí, porque yo tengo 8 años de vivir aquí, como yo tengo mi familia, son mi responsabilidad hay que ir a 'lante, aquí si un inmigrante no sabe, se atrasa más la vida, entonces por eso el día a día, hace fuerza pa' qué mejorar mi condición de vida, paqué, porque mi responsabilidad soy yo, no, para mis hermanos, ni mai'.

M1: Listo Severo, gracias.

H1: Hay que mejorar la condición de mi hijo y mi condición yo mismo.

M1: Como inmigrante.

H1: Como inmigrante.

- Hombre (1) 40-59
- inmigrante
- 8 años viviendo en RD

Relación entre haitianos y dominicanos

M1: Ok, Ethel una pregunta: ¿tú crees que el hecho de que hayan llegado los extranjeros a República Dominicana afectó de alguna manera las condiciones de vida de los dominicanos?

H2: Bueno, hay muchos dominicanos que piensan, que piensan que sí.

M1: Pero tú qué piensas, tú qué piensas.

H2: Yo, yo pienso que no lo afecta si no lo...lo mejor a mejor, porque nosotros, viendo, trabajando, dando servicio a los dominicanos, ejemplo, el Gobierno tenía una propiedad por aquí en Batey... más de quinientas cinco mil hectáreas de tierra que estaban abandonadas y para reparar esa tierra tiene que gastar unos

cuantos millones y, y llega un tiempo que nosotros que nos dan la oportunidad para trabajarla a nosotros, nosotros entramos un grupo, ya cada quien con un pedazo, mira ahora mismo, hasta puedes una carretera, gracias a Dios y mejorar la condición de los dominicanos, porque los dominicanos no iban hacer eso y nosotros, trabajando, sudando, picando. Usted puede pasar en un campo de caña, 50 haitianos trabajando, nunca va a ver un dominicano y nosotros ayudándole.

- Hombre (2) 35 años
- inmigrante
- 17 años en RD

8. Las perspectivas de los dominicanos

Se reúne la información recopilada en los grupos focales en los que participaron dominicanos mayores de 60 años y de entre 40 y 59 años, para reunir sus perspectivas sobre el envejecimiento y vejez de la población migrante a la que conocen, así como las ideas que tienen sobre el impacto que la inmigración ha generado en su propio envejecimiento y vejez. Se trata, de alguna manera, de una forma de acercarse indirecta y directamente a la relación entre envejecimiento, vejez e inmigración. De manera indirecta porque a partir del conocimiento de los participantes se puede reunir información sobre la situación de los inmigrantes; y, por otro lado, de forma directa, porque se recoge información sobre las percepciones de los dominicanos sobre su propio envejecimiento.

8.1. Percepción general sobre la inmigración

Se reúnen bajo esta categorización todas las visiones y miradas que se expresan sobre el fenómeno de la inmigración. Estas valoraciones, que pueden ser positivas o negativas, permiten ver un panorama general sobre la manera en la que los dominicanos perciben el asunto migratorio. Cómo lo entienden, qué “clases” de extranjeros reconocen, qué impactos creen que la inmigración tiene sobre el país, entre otras circunstancias.

Una idea por resaltar es que es posible observar una cierta “nacionalización social” hecha a los inmigrantes —y particularmente a los haitianos— por parte de los dominicanos. Los participantes de los grupos focales parecerían asociar con mucha fuerza la palabra “extranjero” con los extranjeros de países como Estados Unidos, España, Francia, u otros, asociándolo con un aporte positivo de estas personas a sus países; sin embargo, no estarían agrupando de esta categoría a los inmigrantes de países como Haití. Es posible, pues, que en el imaginario dominicano la población haitiana se haya hecho parte del país y ya no sean percibidos como extranjeros.

La inmigración como un fenómeno positivo

Ejemplo:

H5: Digo, yo no tengo conocimiento de eso porque mucha gente viene aquí al país a, a disfrutar de, de este país y para nosotros, digo para mí eso no es inconveniente porque ellos vienen a, a invertir y a traer su dinero, a pasar sus vacaciones aquí, eso es lo que yo creo que eso es cosa de importancia de ellos.

- Hombre (5) 40-59
- Mixto
- Zona Este - Rural

La inmigración como un fenómeno negativo

A: Mejor que nosotros.

E: ¿Usted cree que ellos viven mejor que ustedes?

A: Sí, mejor que nosotros.

E: ¿Por qué cree eso?

A: Sí porque dejamos la yuca ahí, (...) están viviendo mejor que uno.

- Mujer (7) 60+
- Mixto
- Zona Este - Rural

8.2 Igualdad y discriminación hacia los inmigrantes

Se reúnen bajo esta categoría las percepciones y los puntos de vista de los participantes que ayudan a entender las expresiones de aceptación y rechazo y que se pueden traducir en términos de igualdad y discriminación. La idea de “igualdad” se determina a partir de una aceptación dentro de la base social; esta aceptación implica un reconocimiento de igualdad de derechos y de igualdad de oportunidades. Por su parte, la “discriminación” se relaciona con la negativa de reconocer derechos y necesidades a los inmigrantes.

Podría ahondarse en la relación entre creencias religiosas y aceptación de las personas en situación migratoria irregular entre los dominicanos. Surgió la idea de que, al ser todos hijos de Dios, todos tenían el mismo derecho a la igualdad. La religiosidad de los dominicanos, pues, y especialmente la de los dominicanos mayores, podría significar un estímulo para asumir una visión más receptiva sobre esta población.

Manifestaciones de trato igualitario hacia los inmigrantes

E: ¿Cómo es el acceso de ellos a la salud aquí? ¿Tienen el mismo derecho o no puede acceder?

B: Tienen los mismos derechos. Un haitiano va y se corta y allí le ponen unos antídotos igual que a uno. La gran medicina del país la están consumiendo los migrantes, cuando me refiero inmigrantes son los haitianos, la gran cantidad de personas que en la frontera existe, por ejemplo aquí en Elías Piña y en Pedernales. No hay discriminación, los haitianos aquí son igual que nosotros.

- Hombre +60
- Mixto
- Rural, Sur, El Llano

Manifestaciones de trato discriminatorio hacia los inmigrantes

G: Es un grave problema para el Estado, cualquier Estado que sea, tener grande flujo de inmigrantes, mayormente personas adultas no son rentables a ese país, solo causan sacrificio. O sea que si yo hubiese sido un inmigrante por mencionar algo del país, a la cual ustedes pertenecen no era una persona que me convirtiera en un estorbo en ese país porque no sería una persona rentable. Sino rentable al país de ustedes me convertiría en un estorbo y el inmigrante no aporta no aporta, en un país en el cual está como inmigrante se menciona porque hace consumir, tal como el país nuestro que está lleno de inmigrantes. Inmigrantes qué, haitianos. Y esto no lo decimos porque seamos racistas, pero yo creo, si bien no me equivoco, que nuestro país tiene cinco o seis millones, si aquí habemos diez millones de habitantes tenemos del vecino país de Haití tenemos cuatro millones de habitantes haitianos, cuando no sean más y eso no nos genera ingreso ni progreso, es todo lo contrario; sería atraso para un país que lo poco que podamos producir lo consume aquel que no está produciendo. Personas ilegales y personas que no aportan nada a este Estado, porque si está legal tiene la oportunidad de poder desempeñar un empleo en cualquier institución y eso genera progreso para ese país. Pero si está ilegal, está escondido y lo que poco que produce lo lanza a un país, pero beneficio no deja ninguno en el país que sea.

- Hombres +60
- Rural, Sur, El Llano

8.3. Condiciones laborales de los inmigrantes

Los “testimonios” que se reúnan en esta categoría ayudarán a comprender la situación laboral de los inmigrantes a partir de las impresiones de los participantes en los grupos focales. Desde sus propias observaciones, de lo que han visto u oído, pueden generar un conocimiento indirecto útil que tendrá que ser triangulado con lo que se establezca en los grupos focales de inmigrantes, así como aquello que pueda concluirse de los análisis cuantitativos.

Aquí hay dos ideas contrapuestas que resultaría interesante trabajar con cuidado. La primera, es que las personas inmigrantes abaratan la mano de obra, al cobrar un menor precio por el trabajo que realizan, con lo cual, de alguna manera, estarían quitándoles empleo a los dominicanos.

Pero, por otra parte, surgió también la idea de que los inmigrantes hacían aquello que no querían hacer los dominicanos, así que eran una especie de complemento.

H13: Por ese sentido es que los buscan a ellos, porque le sale la mano... más barata, a nosotros tienen que pagarnos más, pero a ellos como son, a veces hasta ilegales, les dan esa condición, de que los prefieren a ellos, pero no es que vayan a ser mejores trabajadores que el dominicano, pasa que nosotros, como dominicanos... entonces si el trabajo vale 200 pesos, ellos quieren pagar 50, pa' eso buscan el haitiano, a esos le pagan menos y ya usted sabe.

H11: No hacen sindicato.

H3: Ningún derecho.

H2: No hay derechos no pueden exigir.

- Hombre (13) +60
- Urbano - San Pedro

Las condiciones de salud de los inmigrantes

Se agrupan en esta categoría los testimonios que den cuenta de aquellas ideas que tienen los dominicanos sobre la situación de salud de los inmigrantes, y especialmente de lo relacionado con el acceso a servicios y programas de salud.

Hay una idea muy reiterada de que los inmigrantes acaparan varios servicios de salud y, especialmente, el relacionado con los partos. Esta situación podría haber llevado a que los dominicanos, al preguntársele por la situación de salud de los inmigrantes, se olviden de preguntarse por sus condiciones de salud y se remiten a la idea de que reciben toda la atención.

E2: Yo les pregunto, ustedes ahorita nos contaban de lo difícil que es por ejemplo acceder a la salud, que le dé una cita. ¿Para esas personas extranjeras, es más difícil, es menos difícil, cómo es la situación de ellos para acceder a la salud?

G: Entiendo que no es tan difícil. Porque fíjese bien, si yo como emigrante vivo al lado del señor acá y me puse grave, me puse mal, necesito asistencia médica, aun no sea de su país, él no me va a dejar morir, me va a asistir o al médico más cercano para que yo no muera, porque el hecho de dejarme morir es un compromiso, es una responsabilidad no solo para el país, hasta para él, porque si me deja morir más tarde va a haber una investigación con él y sería más difícil que llevarme al médico porque quizá el me lleva a mí, por ejemplo poniéndome y que soy el inmigrante al médico y las autoridades, inmigración o lo que sea, el policía para, y ese hombre que usted se convierte, se ha convertido en un traficante de ilegales, no lo quiere socorrer y lo llevó al médico, ya con esa persona no va a haber problema. Pero ahí a ese centro médico o a ese hospital que se lleve no le van a negar un cuidado médico, claro lo van a atender en ese sentido. La medicina que pueda servir para uno de ese país van a tener que usarla en ese migrante y eso sería así, no sería difícil. Siempre y cuando sea con problemas de enfermedades, todo vecino o quien sea, y todo médico está en la obligación de darle asistencia médica a esa persona, así sea migrante. Y creo que aquí nunca se le ha negado porque en una ocasión debo decirle cuando atacó el brote de cólera en Haití por medio al terremoto que hubo, y hubo un escape de haitianos de nacionales haitianos en este país y los hospitales estaban llenos de mujeres, tanto hombres como mujeres, estaban llenos los hospitales aquí. Puedo hablarle aquí de San Juan y de República Dominicana porque de aquí es que soy. Usted iba y encontraba los hospitales llenos de nacionales haitianos, los médicos atendiéndolos sin ningún problema los atendían, mujeres parturientas, hombres con problemas, atendiéndolos y no había problema, los médicos los atendían porque son seres humanos y ya no debe dejarse morir un ser humano que sabemos que aunque ilegal, pero andan en búsqueda de mejor vida.

8.4. El derecho a la propiedad de los inmigrantes

Se categorizan en este nodo las referencias de los participantes que permiten un acercamiento a la situación de los bienes de los inmigrantes en situación irregular, y especialmente en relación con el proceso de deportación, para reunir información indirecta sobre el respeto a la propiedad y los ahorros de este grupo.

E2: ¿Ustedes conocen el caso de alguien que hayan deportado y haya perdido como sus ahorros sus bienes? ¿Conocen algún caso así de alguien que estaba aquí de manera irregular y que lo deportaron y que entonces perdió todo lo que había ahorrado?

P: He escuchado, he escuchado muchos y he condenado esa acción porque entiendo que eso es antihumano, si usted lo va a deportar, a usted se le debe preguntar a dónde está lo suyo, y deben deportarlo con lo suyo, pero ni en ninguna parte del mundo lo hacen, se lo quedan y para mí eso es un robo.

- Hombres +60
- Urbano - San Juan

8.5. Impacto de la inmigración sobre el propio envejecimiento

Se reúnen en esta categoría las referencias que permiten entender las percepciones que tienen los participantes sobre la inmigración en relación con su proceso de envejecimiento. Estas percepciones se agrupan principalmente en dos clases: las que parten de la idea de que se experimenta una afectación, por un lado, y las que no observan una relación entre el fenómeno migratorio y la experiencia personal de envejecimiento.

Muchas de las respuestas están orientadas a establecer que no hay mucha relevancia de la inmigración sobre el propio envejecimiento. Esto podría originarse en un reconocimiento de problemas de tipo económico, político y social que trascienden a la presencia de los inmigrantes y que impactan su proceso de envejecimiento. Esto podría ligarse a la idea de una cierta normalización en los participantes sobre la presencia de inmigrantes en RD.

La presencia de inmigrantes como factor negativo para el propio envejecimiento

B: Yo diría que afecta, oiga cómo. Le voy a poner el caso concreto. Él ahorita entró y volvió y salió. Sí afecta. Aquí el trabajo es delicado (...) afecta al trabajador en la construcción un día que le pagan al clan a un albañil dominicano porque le pagan dos mil pesos un día, a este le pagan doscientos, doscientos pesos menos. ¿Qué pasa? que el dueño de la construcción, si sabe que un haitiano se hecha un día más barato, deja de buscar al dominicano y al haitiano que lo hace más barato. Es que en el campo el que tiene que reemplazar el guandul, yuca o maíz por mil quinientos pesos, si son dominicanos si no le dan tres mil no lo hace, entonces en ese sentido va desplazando la mano de obra del dominicano y el inmigrante el haitiano en este caso, que es el que trabaja, trabajo duro, hacen poco esas cosas. Por lo tanto afecta.

- Hombre +60
- Mixto
- Rural El Llano

La presencia de inmigrantes como factor irrelevante para el propio envejecimiento

ET: Y doña Ventura, usted ¿qué opina? ¿Usted cree que el hecho de que haya muchos inmigrantes en el país la afecta a usted de alguna manera?

V: Bueno, por allá por donde yo vivo sí hay barrios enteros casi de inmigrantes haitianos, pero yo no puedo decir nada porque si no me afectan, yo no tengo por qué hablar mal de ellos, si necesitan algo de mí, y yo lo tengo, se los brindo, esa es la vida.

- Mujer 60+
- Mixto
- Santo Domingo Bajos Ingresos

9. Conclusiones

República Dominicana ha sido un país con unas condiciones inmigratorias muy particulares especialmente debido a las condiciones humanitarias en las que vive su vecino país Haití, lo que pudo conllevar un alto índice de personas inmigrantes irregulares (se estima que el 86,9 % de la población inmigrante proviene de Haití) en busca de un mejor futuro para ellos mismos o sus familiares, sin embargo con los resultados de este estudio, el tema de calidad de vida los inmigrantes no necesariamente implica un mejor futuro y menos cuando se trata de una persona inmigrante en condición irregular.

Con respecto a las regulaciones que protegen a las personas mayores inmigrantes irregulares, se puede decir que no existe un conjunto normativo nacional o internacional que regule de manera sistemática e integral sus derechos y deberes. Esto supone una precaria protección, que se agrava ante la ausencia de normas específicas que ofrezcan garantías concretas a este grupo poblacional, y depende, en buena medida, de la interpretación sistemática de una legislación dispersa. A pesar de este déficit de protección, existen razones jurídicas que permiten sostener que los inmigrantes mayores de 60 años están cobijados por una protección a sus derechos humanos esenciales.

Con base en la información reportada por la ENI 2012, se encuentra que el total de población de origen extranjero, es 7,9 %, de los cuales la primera generación corresponde a 5,4 puntos porcentuales, y segunda generación a 2,5 p.p. Con el fin de establecer en comparación con otros países qué tan alta es esta proporción, se realiza en el Gráfico 3 una estimación entre los países del Caribe. Al ordenar de menor a mayor los 26 países del Caribe para los cuales la ONU - DAES incluye información en su reporte, el país con menor proporción de población inmigrante en la región resulta ser Cuba y el de mayor proporción es la parte holandesa de San Martín. República Dominicana resulta ser es el quinto país con menor proporción de población migrante internacional. Con respecto al promedio de la región en este mismo reporte República Dominicana se ubica 0,8 puntos porcentuales por encima del promedio de la región, el cual es 3,9 %, y muy por debajo del promedio de países de ingresos altos, el cual según el reporte es de 14,1 %. Estos resultados sugieren que el fenómeno de inmigración en República Dominicana es relativamente moderado en comparación con los estándares de la región.

Los resultados de este análisis indican que el fenómeno migratorio en República Dominicana es selectivo por sexo y edad, siendo los hombres en edad productiva los que registran un mayor flujo migratorio al país. A su vez, la baja proporción de población de niños de 0-14 años migrante de primera generación sugiere también que el flujo migratorio al país está representado en mayor proporción por individuos antes que por familias.

En términos cualitativos, las personas mayores inmigrantes reconocen de manera prioritaria que volver a sus países de origen no es una opción, independientemente de las condiciones de vida que puedan llegar a tener en República Dominicana, ya que todas sus redes de apoyo han desaparecido o han perdido contacto con ellos con el paso de los años. Consideran que el principal motivo de migrar son las condiciones laborales, las cuales a pesar de no cumplir con todas las normas, las consideran mejores que las de su país de origen. Sin embargo, la gran preocupación de las personas mayores inmigrantes en condiciones de irregularidad es precisamente que han visto disminuida su capacidad de trabajo, por lo tanto, sus ingresos y así mismo la calidad de vida que podrían estar manteniendo.

10. Recomendaciones

- Como ya se ha tocado en este capítulo, el Plan Nacional de Regularización de Extranjeros - PNR reconoce un tratamiento diferenciado y preferente para los extranjeros que se encuentran en condición de vulnerabilidad en República Dominicana; sin embargo, no existe un conjunto normativo nacional o internacional que regule de manera sistemática e integral la situación de las personas mayores en condición irregular de inmigración. Esto supone una precaria protección que se agrava ante la ausencia de normas específicas que ofrezcan garantías concretas a este grupo poblacional y depende, en buena medida, de la interpretación sistemática de una legislación dispersa. Es así como es necesario ante la situación migratoria, tanto nacional como internacional, tomar medidas desde el punto de vista legislativo, que garanticen tanto los derechos como los deberes del grupo poblacional de inmigrantes independientemente de su condición de legalidad.
- En necesario aportar desde la investigación y la indagación a profundidad, tanto cuantitativa como cualitativa, a las condiciones y características de la población inmigrante tanto en condición de ilegalidad como de legalidad. Esto puede ayudar a construir un panorama real de fuerza de trabajo que puede estar aportando a la economía del país, a la carga real de los sistemas de protección y asistencia social del estado, y los impactos culturales y de seguridad de la nación.
- Las conclusiones de este ejercicio muestran que la probabilidad que la población inmigrante en condición de ilegalidad regrese a sus lugares de origen es muy baja, y más cuando tienen más de 60 años, siendo así, es un reto para República Dominicana y sus instituciones tomar decisiones de políticas encaminadas al mejoramiento de la calidad de vida de estas personas, desde la puesta en marche de planes, programas y proyectos a pequeña y gran escala que permitan dicho ejercicio.
- La regularización de la inmigración y puesta en marcha de condiciones dignas para aquellos que se encuentran como ilegales desde hace más de 20 años hace parte del reto para Dominicana; aunque las expectativas demográficas afirman que este fenómeno tiende a disminuir con el paso de los años, así mismo empezará a aumentar la emigración, es decir el país se quedara con muchos de estos inmigrantes, y es necesario entender y encontrar la manera en la que aporten al desarrollo social y económico del país.

10. Bibliografía

- Amnistía Internacional [AI]. (2015). Sin papeles no soy nadie. Personas apátridas en la República Dominicana. Londres: Amnistía Internacional.
- Asamblea Nacional Constituyente. (2010). Constitución Política de República Dominicana. Santo Domingo: Asamblea Nacional Constituyente.
- Beauvoir, S. (1970). La vejez. Buenos Aires: Editorial Suramericana.
- Bobbio, N. (1997). De senectute y otros escritos biográficos. España: Taurus.
- Cáceres, Báez y Caamaño (2011). Movimientos migratorios desde y hacia la República Dominicana. Tomo II. Fondo para el Fomento de la Investigación Económica y Social FIES.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos [CIDH]. (2015). Situación de derechos humanos en República Dominicana. Washington: CIDH.
- Congreso de la República Dominicana. (1998). Ley 352 de 1998. Santo Domingo: Congreso de la República Dominicana.
- Congreso de la República Dominicana. (2001). Ley 087 de 2001. Santo Domingo: Congreso de la República Dominicana.
- Congreso de la República Dominicana. (2004). Ley 285 de 2004. Santo Domingo: Congreso de la República Dominicana.
- Dulcey-Ruiz, E. (2000). Ciclo vital, envejecimiento y paz. Bogotá.
- Dulcey-Ruiz, E., Arrubla, D. & Sanabria, P. (2013). Envejecimiento y vejez en Colombia. Profamilia Colombia (Vol. 6).
- Human Rights Watch [HRW]. (2015). Somos dominicanos, somos dominicanas. Privación arbitraria de la nacionalidad en la República Dominicana. Washington: HRW.
- OBMICA. (2016). Estado de las migraciones que atañen a la República Dominicana 2015. Santo Domingo: Editora Búho.
- ONE. (2013). Primera Encuesta Nacional de Inmigrantes en la República Dominicana (ENI -2012), Informe General. Santo Domingo, República Dominicana.
- Organización de los Estados Americanos. (1969). Convención Americana sobre los Derechos Humanos. Washington: OEA.
- Organización de los Estados Americanos. (2015). Convención sobre los Derechos de las Personas Mayores. Washington: OEA.
- Organización de las Naciones Unidas. (1990). Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares. Nueva York: ONU.
- Presidencia de la República Dominicana. (1991). Decreto 233 de 1991. Santo Domingo: Presidencia de la República.
- Presidencia de la República Dominicana. (2013). Decreto 327 de 2013. Santo Domingo: Presidencia de la República.
- Randazzo, F., Coca, J. R. & Valero-Matas, J. A. (2012). Ideologies et imaginaires dans les discours sur la vieillesse. Papeles de Poblacion, 18(72), 63-83.
- Riveros, N. (2011). Informe sobre la cuestión de la migración internacional en República Dominicana para el año 2011. Observatorio Migrantes del Caribe.
- Sexta Conferencia Internacional Americana. (1928). Convención sobre la Condición de Extranjeros. La Habana: Sexta Conferencia Internacional Americana.
- UNFPA and HelpAge. (2012). Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge. United Nations Population Fund. New York: United Nations Population Fund & HelpAge International.





Misión
DOMINICANA
ENVEJECE