

---

# Informe de Evaluación Externa del Programa Orientado a Resultados: “**Desarrollo Integral y Protección al Adulto Mayor**”

**POR: RAFAEL GÓMEZ**  
EVALUADOR

**Julio 2025**

## Agradecimientos

El presente informe desarrolla la evaluación ejecutiva de resultados realizada al Programa Presupuestario Orientado a Resultados (PPoR) *Desarrollo Integral y Protección del Adulto Mayor*. Este esfuerzo ha sido posible gracias al apoyo del Programa Buena Gobernanza Financiera para una recuperación económica verde e inclusiva, implementado por la Cooperación Alemana GIZ en coordinación con la Secretaría Ejecutiva del COSEFIN y la Dirección General de Presupuesto (DIGEPRES) del Gobierno de República Dominicana.

Para el efecto se contrató a Rafael Gómez como evaluador independiente. Como parte central de su labor, realizó una misión a República Dominicana para adelantar entrevistas y reuniones de trabajo con la Dirección General de Presupuesto (DIGEPRES), el Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD), y las diferentes dependencias del Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE), en cabeza de su Dirección Ejecutiva. Durante la misión realizó un grupo focal con operadores de los hogares de día y centros permanentes. Igualmente, visitó el Centro de Atención Integral para el Adulto Mayor Ciudad Juan Bosch y el Centro Geriátrico San Joaquín y Santa Ana, realizando entrevistas a beneficiarios, equipos técnicos y administrativos. Por último, llevó a cabo reuniones virtuales con expertos del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y MEPyD.

El evaluador agradece el apoyo, disposición y orientación continua de las instituciones y partes interesadas referidas en cabeza de DIGEPRES y el CONAPE. Su apoyo fue valioso para el desarrollo de las actividades y acceso a la información, destacando al excelente equipo humano de CONAPE, el cual brindó generosamente su conocimiento técnico y experticia en la materia objeto de evaluación.

### Créditos

El evaluador contó con el apoyo técnico en el análisis cuantitativo de Diego García, economista experto en modelación econométrica, para quien los agradecimientos son extensivos.

## Acrónimos

ABVD	Actividades Básicas de la Vida Diaria
AICP	Atención integral y centrada en las personas
AIVD	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
ASFL	Asociaciones sin fines de lucro
ASM	Aspectos Susceptibles de Mejora
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CHR	Conclusiones, Hallazgos y Recomendaciones
CONAPE	Consejo Nacional de la Persona Envejeciente
DIGEPRES	Dirección General de Presupuesto
EDI	Evaluación de Desempeño Institucional
EDIAM	Expediente de Desarrollo Integral del Adulto Mayor
END 2030	Estrategia Nacional de Desarrollo 2030
ICOPE (en inglés)	Atención Integrada de Personas Mayores
ICV	Índice de Calidad de Vida
IHI (en inglés)	Instituto para el Cuidado y Mejoramiento de la Salud/Institute for Healthcare Improvement
MCO	Mínimos Cuadrados Ordinarios
M&E	Monitoreo y Evaluación
MEPyD	Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo
MISPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
MIVED	Ministerio de Vivienda y Edificaciones
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
ONE	Oficina Nacional de Estadística
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNPSP	Plan Nacional Plurianual del Sector Público
PPoR	Programas Presupuestarios Orientados a Resultados
PROPEEP	Dirección de Proyectos Estratégicos y Especiales de la Presidencia
PROVEE	Protección a la Vejez en Pobreza Extrema
SECARE	Método de Servicios, Capacitación y Recreación
SeNaSa	Seguro Nacional de Salud
SISDAM	Sistema Nacional de Desarrollo Integral para el Adulto Mayor
SNS	Servicio Nacional de Salud
TdC	Teoría del Cambio
TE-AMA	Transferencia Económica al Adulto Mayor
UE	Unidad Ejecutora
UNFPA (en inglés)	Fondo de Población de las Naciones Unidas

## Tabla de Contenido

Agradecimientos .....	2
Acrónimos .....	3
Resumen Ejecutivo.....	8
1. Introducción .....	19
2. El Programa Presupuestario orientado a Resultados: Desarrollo Integral y Protección al Adulto Mayor 20	
2.1. Alineación del programa .....	25
2.2. Focalización geográfica.....	25
2.3. Resultados y metas del Programa 2020-2028.....	27
3. Diseño de la evaluación .....	28
3.1. Enfoque.....	29
3.2. Criterios y aspectos de evaluación .....	29
3.3. Recolección y análisis de datos .....	31
3.3.1. Alcance .....	33
3.4. Triangulación .....	33
3.5. Estimación del desempeño del programa.....	34
3.6. Conclusiones, hallazgos y recomendaciones.....	35
3.7. Audiencia .....	35
3.8. Cumplimiento de estándares éticos y lineamientos de protección de datos .....	35
4. Resultados.....	37
4.1. Efectividad .....	37
4.1.1. Avance en el logro de resultados .....	37
4.1.2. Lógica vertical.....	45
4.1.3. Incentivos a la efectividad.....	47
4.1.4. Resultados inesperados .....	48
4.2. Eficiencia.....	49
4.2.1. Costeo unitario.....	49
4.2.2. Oportunidad.....	49
4.2.3. Redundancia.....	50
4.2.4. Medición de eficiencia .....	51

4.3.	Eficacia.....	51
4.3.1.	Avance en el cumplimiento de metas de producción.....	51
4.3.2.	Focalización .....	56
4.3.3.	Eficacia presupuestal.....	57
4.4.	Calidad .....	61
4.4.1.	Buenas prácticas. ....	61
4.4.2.	Satisfacción.....	62
4.4.3.	Acceso y participación.....	62
4.4.4.	Servicio al ciudadano y rendición de cuentas .....	62
4.5.	Equidad .....	63
4.5.1.	Equidad de género y derechos humanos.....	63
4.5.2.	Focalización de grupos vulnerables .....	64
4.6.	M&E .....	64
4.6.1.	Lógica horizontal. ....	64
4.7.	Limitantes del SISDAM en la gestión de información para fines evaluativos. ....	66
4.8.	Tabla síntesis de desempeño.....	69
5.	Conclusiones, hallazgos y recomendaciones .....	70
5.1.	Efectividad .....	70
5.2.	Eficiencia.....	73
5.3.	Eficacia.....	75
5.4.	Calidad .....	77
5.5.	Equidad .....	78
5.6.	M&E .....	79
6.	Referencias.....	83
7.	Anexo 1. Análisis de información cuantitativa.....	87
7.1.	Construcción de la base de datos de evaluación.....	87
7.1.1.	Depuración de datos. ....	87
7.1.2.	Listado de variables.....	88
7.1.3.	Análisis de la información .....	90
7.1.4.	Nivel de independencia (EDIAM y componentes) .....	100
7.2.	Modelo econométrico .....	109
7.2.1.	Estudio de la variable dependiente.....	109

7.2.2.	Definición del tipo de modelo econométrico recomendado.....	110
7.2.3.	Recomendaciones de análisis cuantitativo .....	111
7.2.4.	Listado de variables.....	112
8.	Anexo 2. Listado de entrevistas, visitas y grupo focal realizados en la Misión de País .....	115

## Índice de Tablas

Tabla 1:	Ejecución presupuestal global del programa 2020-2024 (RD\$).....	14
Tabla 2:	Datos básicos del Programa .....	24
Tabla 3:	Cobertura geográfica de los productos del Programa .....	26
Tabla 4:	Desempeño observado y esperado del programa a nivel de resultados 2020-2028.....	27
Tabla 5:	Criterios y preguntas de la evaluación .....	29
Tabla 6:	Síntesis del desempeño programático .....	34
Tabla 7:	Ejecución presupuestal global del programa 2020-2024 (RD\$).....	57
Tabla 8:	Ejecución presupuestal de productos del programa 2020-2024 .....	59
Tabla 9:	Síntesis del desempeño programático .....	69
Tabla 10	Matriz CHR – criterio de efectividad .....	70
Tabla 11	Matriz CHR – criterio de eficiencia .....	73
Tabla 12	Matriz CHR – criterio de eficacia .....	75
Tabla 13	Matriz CHR – criterio de calidad.....	77
Tabla 14	Matriz CHR – criterio de equidad .....	78
Tabla 15	Matriz CHR – criterio de M&E .....	79
Tabla 16:	Listado de variables dispuestas para el análisis cuantitativo .....	88
Tabla 17:	Personas en centros diurnos y centros permanentes por tipo de afiliación y pertenencia al SECARE .....	91
Tabla 18:	Centros diurnos y permanentes por tipo de producto .....	91
Tabla 19:	Distribución por sexo de personas con afiliación activo y activo domiciliario por tipo de centro .....	91
Tabla 20:	Distribución por rango etario con afiliación activo y activo domiciliario, por tipo de centro. ...	92
Tabla 21:	Porcentaje de personas que reciben algún ingreso económico (sueldo o pensión) por nivel de independencia .....	94
Tabla 22:	Datos disponibles de ICV.....	95
Tabla 23:	Servicios ofrecidos por categoría .....	96
Tabla 24:	Cobertura de servicios de alimentación.....	96
Tabla 25:	Cobertura de servicios de salud .....	97
Tabla 26:	Cumplimiento promedio del SECARE.....	97
Tabla 27:	Cobertura de beneficios complementarios ofrecidos en centros diurnos y permanentes .....	98
Tabla 28:	Nivel - indicador sintético.....	100
Tabla 29:	EDIAM - ABVD .....	101
Tabla 30:	EDIAM - AIVD.....	103

Tabla 31: EDIAM - Depresión .....	104
Tabla 32: EDIAM - Fragilidad .....	105
Tabla 33: EDIAM - Soledad.....	106
Tabla 34: EDIAM – Estado Mental .....	108
Tabla 35: Ventajas y Desventajas de las variables dependientes disponibles para el modelo econométrico .....	110

## Índice de Gráficos

Gráfico 1: Resultado final - Porcentaje de adultos mayores independientes .....	11
Gráfico 2: Resultado intermedio - Porcentaje de adultos mayores con riesgo a dependencia .....	12
Gráfico 3: Producto 2, 2020 - 2024 .....	13
Gráfico 4: Distribución de la ejecución presupuestal del programa 2020-2024 .....	15
Gráfico 5: Composición del índice sintético para determinar el nivel de independencia del adulto mayor .....	37
Gráfico 6: Porcentaje de adultos mayores independientes .....	39
Gráfico 7: Porcentaje de adultos mayores con riesgo a dependencia .....	41
Gráfico 8: Porcentaje de adultos mayores activos .....	43
Gráfico 9: Porcentaje de adultos mayores que solicitan asilo .....	44
Gráfico 10: Desempeño observado en el producto 2, 2020 - 2024 .....	52
Gráfico 11: Desempeño observado y metas 2025- 2028 (producto 2).....	53
Gráfico 12: Desempeño observado en el Producto 3, 2020-2024.....	54
Gráfico 13: Desempeño observado y metas 2025- 2028 (producto 3).....	54
Gráfico 14: Desempeño observado en el Producto 4, 2020-2024.....	55
Gráfico 15: Desempeño observado y metas 2025- 2028 (producto 4).....	56
Gráfico 16: Distribución de la ejecución presupuestal del programa 2020-2024 .....	58
Gráfico 17: Distribución del presupuesto vigente del programa - 2025.....	60
Gráfico 18. Embudo de depuración de datos .....	88
Gráfico 19: Participación de mujeres con y sin SECARE por tipo de centro .....	92
Gráfico 20: Distribución por rango etario de personas con afiliación activo por tipo de producto .....	93
Gráfico 21: Porcentaje de personas con afiliación activo, domiciliario o activo domiciliario que cuentan con algún ingreso económico (pensión o sueldo) por tipo de producto .....	94
Gráfico 22: Cobertura de beneficios a la población en afiliación activo .....	99
Gráfico 23: Indicador sintético (personas activas en centros diurnos).....	101
Gráfico 24: EDIAM – ABVD (personas activas en centros diurnos) .....	102
Gráfico 25: EDIAM – AIVD (personas activas en centros diurnos).....	103
Gráfico 26: EDIAM – Depresión (personas activas en centros diurnos) .....	105
Gráfico 27: EDIAM – Fragilidad (personas activas en centros diurnos).....	106
Gráfico 28: EDIAM – Soledad (personas activas en centros diurnos).....	107
Gráfico 29: EDIAM - Estado mental (personas activas en centros diurnos) .....	108
Gráfico 30: Modelo probit frente a un modelo MCO .....	111

## Resumen Ejecutivo

El Programa *Desarrollo Integral y Protección al Adulto Mayor* es diseñado en el año 2019 e inicia su ejecución en el año 2020. El Programa es ejecutado por el Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE), la entidad rectora responsable de diseñar y orientar a las entidades autorizadas a servir al adulto mayor en la aplicación de las políticas del sector en la República Dominicana (CONAPE, 2025). El Programa tiene como objetivo principal y resultado final *aumentar la autonomía, independencia, participación e integración de los adultos mayores*. En este sentido, busca fomentar el envejecimiento saludable y bienestar al fortalecer la capacidad funcional de los adultos mayores. Lo anterior, a partir de su reconocimiento como sujetos de derechos, aplicando un modelo de atención integral y centrada en las personas (AICP).

Los resultados intermedios estrechamente relacionados se dirigen a: (i) *reducir la tasa de riesgo a dependencia de los adultos mayores*, como consecuencia directa de la promoción de la autonomía e independencia de la población objetivo; (ii) *aumentar la participación de los adultos mayores en centros*, al evitar o reducir la tasa de dependencia de la población objetivo, y; (iii) *reducir los ingresos tempranos a los centros permanentes*, en consistencia con el propósito de fortalecer la capacidad funcional de la población objetivo para así prevenir o postergar la institucionalización como medida de cuidado y atención.

El mandato legal de CONAPE y su alineación de política respaldan el enfoque basado en derechos humanos del Programa. A su vez, aplica un enfoque de género que está en el eje de la Política Nacional de Cuidados, en los manuales, estándares de atención, selección de beneficiarios, procesos de compras, contratación y formación de cuidadores. La focalización ha sido adecuada por nivel de independencia, edad y sexo, destacando la mayor composición relativa de mujeres beneficiarias, catalogadas como población vulnerable. No ha sido posible determinar qué tanto la focalización de la atención prioriza a las personas en condición de pobreza o pobreza extrema por limitaciones de gestión de información con el SIUBEN.

Para el logro de resultados, CONAPE contempla originalmente tres productos y finalizando el año 2024 incorpora un cuarto producto, los cuales se describen a continuación.

**Adultos mayores reciben atención y protección integral en centros modelo, según el método SECARE (Producto 3).** Este producto consiste en la provisión de un conjunto integral e integrado de servicios de atención directa al adulto mayor por parte de centros geriátricos diurnos operados por CONAPE directamente, también denominados hogares de día. El producto se basa en el modelo AICP promovido por la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), considerado una buena práctica internacional. En consistencia, y como parte de este modelo, el CONAPE ha desarrollado y aplica el método Servicios, Capacitación y Recreación (SECARE). El método integra un conjunto de servicios de salud, nutrición, apoyo psicosocial, terapia física y ocupacional, capacitación (incluyendo alfabetización) y recreación, en planes de intervención diseñados individualmente.



Para ello parte de un diagnóstico realizado mediante la aplicación del Expediente de Desarrollo Integral del Adulto Mayor (EDIAM). A través del EDIAM se valora la situación de cada adulto mayor en una serie de dimensiones de salud, salud mental, aspectos sociodemográficos y actividades básicas de la vida diaria para determinar su grado de autonomía e independencia a través de un índice sintético. El EDIAM es el fundamento principal para determinar el nivel de atención que el adulto mayor requiere y diseñar su plan de intervención individual, incluyendo el conjunto de servicios y sus características específicas, acorde con los diferentes puntajes del índice en las dimensiones analizadas. El diseño del plan de intervención es participativo y se enmarca a su vez en el reconocimiento y apoyo al proyecto de vida del adulto mayor.

La información del EDIAM se sistematiza en el sistema tecnológico denominado Sistema Nacional de Desarrollo Integral para el Adulto Mayor (SISDAM), siendo este una herramienta fundamental para apoyar el seguimiento y gestión gerencial adelantados por CONAPE.

**Adultos mayores reciben atención y protección integral permanente, según el método SECARE (Producto 4).** El producto consiste en la provisión de un conjunto integral e integrado de servicios de atención directa al adulto mayor por parte de centros geriátricos de forma institucionalizada, las 24 horas del día durante la totalidad del año. Los centros son operados por ASFL bajo la habilitación, supervisión, apoyo institucional, financiero y técnico del CONAPE. La provisión de la atención y protección integral permanente se da igualmente bajo el método SECARE, aplicación del EDIAM y desarrollo del plan de intervención individual. Al conjunto de servicios se agrega la atención de recuperación y rehabilitación por tratarse de personas que presentan algún grado de dependencia que no puede ser atendida en su hogar.

Los centros de los productos 3 y 4 tienen a su vez diseños funcionales, amigables y seguros, equipos humanos facultados, equipos técnicos y facilidades requeridas para brindar los servicios de atención y protección integral SECARE de manera adecuada.

**Adultos mayores reciben servicios de atención integral (Producto 2).** El producto contempla el siguiente conjunto de servicios de atención y complementarios prestados a los adultos mayores:

- Servicios de atención en centros geriátricos diurnos (*hogares de día*) y permanentes, operados por asociaciones sin fines de lucro (ASFL), establecimientos públicos y privados. Estos centros no aplican de manera integral el método de Servicios, Capacitación y Recreación (SECARE). Si bien emplean el EDIAM para efectos de diagnóstico, no desarrollan un plan de intervención individual y no cuentan con la totalidad de servicios y capacidad operativa e institucional necesarias para cumplir con los requerimientos del SECARE.
- El servicio de atención denominado *Familias de Cariño*, focalizado en adultos mayores en situación de dependencia con base en el diagnóstico del EDIAM, con el fin de mantener o mejorar su autonomía en el contexto de su núcleo familiar o comunitario.
- Una serie de servicios y beneficios complementarios puntuales y dispersos que CONAPE gestiona conjuntamente con otras entidades del gobierno para que los adultos mayores accedan a ellos.

Estos incluyen: (i) la gestión de la pensión solidaria y del seguro nacional de salud ante SeNaSa para personas elegibles; (ii) el otorgamiento de subsidios como el de Protección a la Vejez en Pobreza Extrema (PROVEE) para el consumo de insumos alimenticios, o el de Transferencia Económica al Adulto Mayor (TE-AMA) dirigido a adultos mayores que no cuentan con ingresos, con un carácter transitorio hasta que reciban la pensión solidaria; (iii) la realización de jornadas de inclusión social y otros beneficios económicos puntuales como la entrega de raciones alimentarias, los bonos de servicios públicos, actividades específicas de protección legal, salud, educación, cultura y recreación.

**Cuidado domiciliario para adultos mayores con dependencia moderada y severa (*Producto 5*).** El producto se incluye en el Programa a finales del año 2024 como contribución desde el CONAPE al desarrollo del ejercicio piloto para la construcción de una Política Nacional de Cuidados. A través de este, cuidadores certificados brindan atención integral diariamente a los adultos mayores en sus hogares. Adicionalmente, realizan un monitoreo y acompañamiento en salud bajo la orientación y junto con un equipo multidisciplinario compuesto por médicos, enfermeras, trabajadores sociales y terapeutas. Su provisión parte del diagnóstico EDIAM y el conjunto de servicios de cuidado incluye: (i) la atención personal; (ii) la atención básica en salud; (iii) la movilidad y el mantenimiento funcional; (iv) el acompañamiento en estimulación física y cognitiva; (v) la atención de cuidado indirecto, y; (vi) la vinculación social. Se focaliza en adultos mayores con dependencia moderada y severa a quienes se brinda la atención necesaria para que puedan realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria según su autonomía, evitando así su institucionalización.

## **Desempeño del Programa**

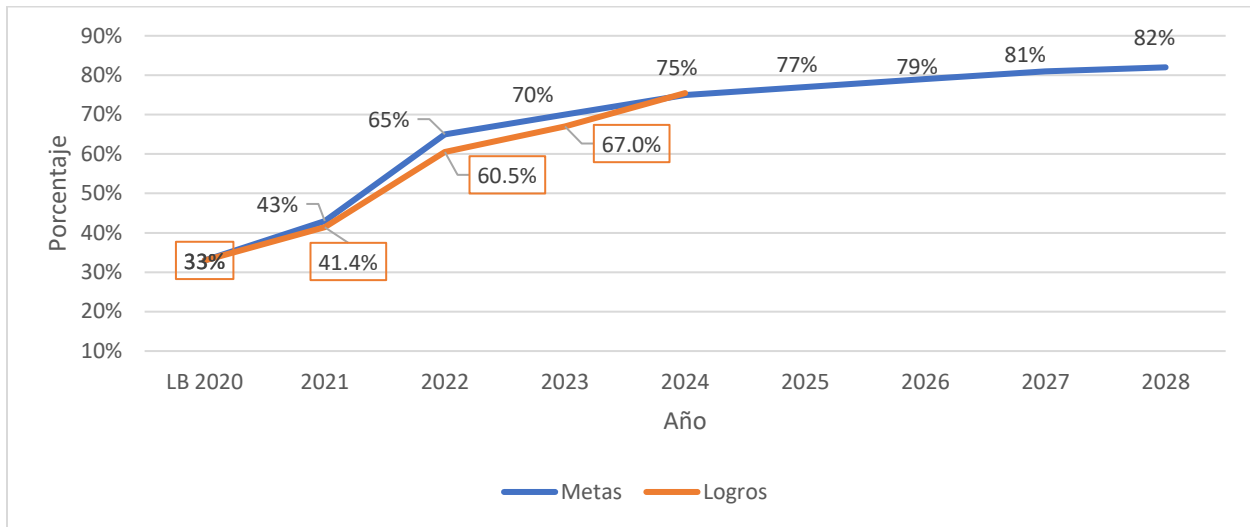
El Programa ha tenido un desempeño positivo en el período 2020-2024 en sus resultados final e intermedios, expresados en términos de un incremento en el nivel de independencia y reducción del riesgo a dependencia de los adultos mayores beneficiarios de los centros diurnos y permanentes.

Estos resultados no aplican para las intervenciones sociales complementarias incluidas en el Producto 2, las cuales cubren más del 95% de la población atendida por el Programa, si bien a través de beneficios y acciones puntuales no estructuradas ni sistemáticas, por ende de relativa baja incidencia en los resultados referidos.

La dinámica observada en el resultado final obedece a las consecuencias de la pandemia por COVID-19, la cual causó traumatismos directos en la atención en los hogares de día y centros permanentes, en un contexto de impacto socioeconómico que afectó negativamente los niveles de independencia de la población objetivo.

Este factor se conjugó con un efecto de subregistro dado que el EDIAM y el SISDAM apenas se estaban desarrollando y probando en el terreno. El desempeño ha continuado una senda progresiva, si bien a una tasa de crecimiento menor, entre el 2022 y el 2024.

*Gráfico 1: Resultado final - Porcentaje de adultos mayores independientes*



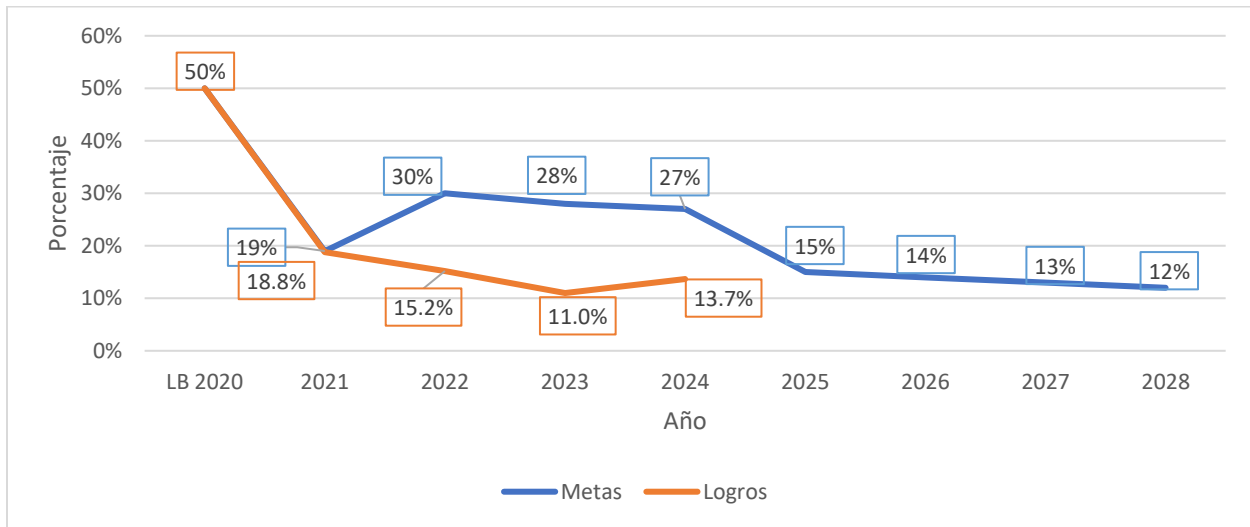
Fuente: elaboración propia con datos de (DIGEPRES, 2025a); CONAPE, Dirección de Planificación y Desarrollo (2025); Ministerio de Hacienda (2025).

El objetivo principal para las metas de resultado final 2025-2028 es el de lograr una tasa de crecimiento del 8,6% para el cuatrienio, con respecto a la reportada para el 2024. En términos marginales, este comportamiento y proyecciones sugieren que el crecimiento rápido del porcentaje de adultos mayores independientes atendidos se empieza a capitalizar, considerando además el reto de mantener el nivel de independencia en una población atendida envejeciente. Por ende, su viabilidad dependerá en buena medida del incremento de la cobertura en la atención, sumado al fortalecimiento institucional y calidad del servicio.

El resultado intermedio de reducción de la tasa de riesgo a dependencia de los adultos mayores ha tenido una tendencia decreciente, traducida en un incremento en el nivel de independencia de los beneficiarios. En el año 2024 se da un incremento leve que en principio no revierte la tendencia y apunta a una posible recuperación del nivel de adultos mayores que estaban en dependencia en centros SECARE y pasaron al nivel de riesgo de dependencia.

Exceptuando el año 2021, las metas hasta el 2024 se han subestimado, con niveles de cumplimiento del 50% e inferiores. Para el período 2025-2028 se han revisado las metas proyectadas con un incremento adicional para el presente año. El universo de medición del resultado lo constituyen los beneficiarios de hogares de día y centros permanentes que aplican el método SECARE. La medición no incluye los hogares de día y centros permanentes NO SECARE, lo cual limita el análisis de efectividad programática.

Gráfico 2: Resultado intermedio - Porcentaje de adultos mayores con riesgo a dependencia



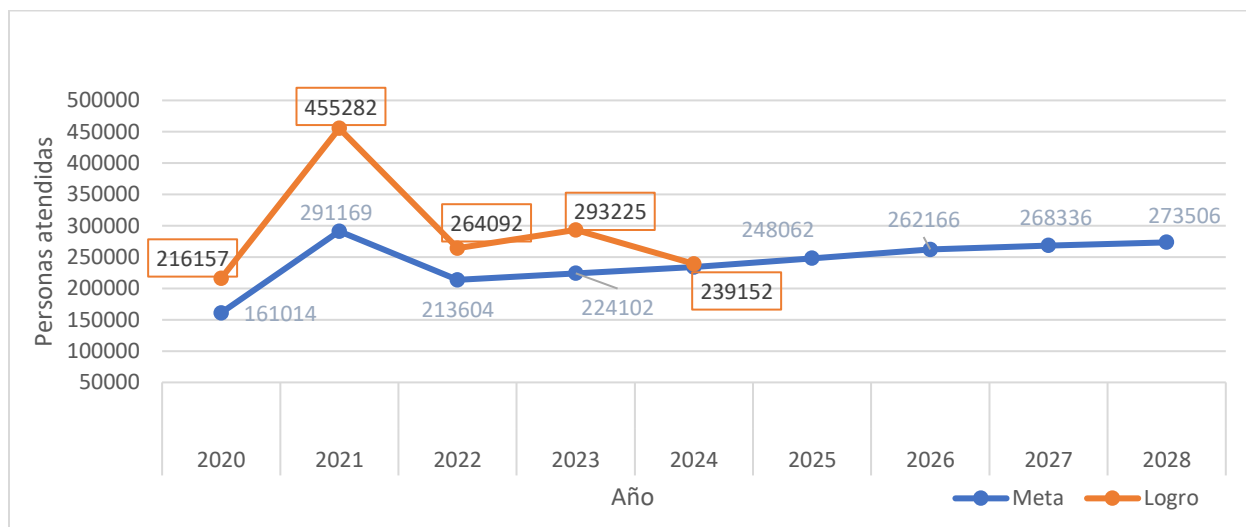
Fuente: ibid.

El resultado intermedio *-Aumentar la participación de adultos mayores en los centros-* refleja un cambio esperado en el comportamiento de la población beneficiaria que conducirá a un cambio positivo en bienestar. Por ende, debe reclasificarse como resultado inmediato y su indicador reemplazarse por uno que refleje el grado de participación del adulto mayor en las actividades ofrecidas por el centro geriátrico, diferenciado por tipo de centro (diurno o permanente) y aplicación del método SECARE.

La evaluación no ha podido determinar el cumplimiento del resultado *-Reducir los ingresos tempranos a centros permanentes-* ya que su indicador no es relevante, ni claro y tampoco obtenible de la base de datos del SISDAM. Se recomienda incluir un indicador focalizado en población en situación de dependencia -leve, moderada o severa- y atendida a través de los centros diurnos, Familias de Cariño y cuidado domiciliario, para medir qué porcentaje de dicha población objetivo requiere pasar a recibir atención institucionalizada en un período determinado.

A nivel de productos, el desempeño observado en el producto 2 ha sido notoriamente superior a las metas definidas debido a la alta variabilidad de los servicios y beneficios sociales complementarios, caracterizados por su alta variabilidad, rotación y rangos de cobertura bajos. Las personas atendidas a través de los servicios y beneficios sociales complementarios representan a más de un 97% del total de beneficiarios del producto 2. En la base SISDAM analizada se encontró que beneficios como las *Raciones alimentarias* cubren al 0,3% de los beneficiarios, 2,7% en el caso de *TE AMA* y presentan rangos entre el 14,4% y el 16,5% de cobertura para beneficiarios de *PROVEE*, *Bonogás*, *Bonoluz*, *Comer es Primero* y *Pensiones*.

Gráfico 3: Producto 2, 2020 - 2024



Fuente: elaboración propia con datos de SIGEF, corte mayo 2025.

Es recomendable por ello estructurar los servicios y beneficios complementarios, actualmente dispersos, en torno a intervenciones sistemáticas y con periodicidad definida, tipo paquetes de servicios que incidan directamente en el logro de los resultados programáticos. La capacidad demostrada de CONAPE para lograr que su población objetivo acceda a servicios de otras instituciones constituye una ventaja comparativa y buena práctica que hace viable este propósito, sumado a su condición de rector de política. Entre los servicios y beneficios de mayor relevancia para conformar los paquetes focalizados están la gestión desde CONAPE del: (i) acceso a pensiones solidarias de personas elegibles; (ii) afiliación al seguro nacional de salud ante el Seguro Nacional de Salud (SeNaSa) para personas elegibles; (iii) acceso a atención primaria a través del Servicio Nacional de Salud (SNS); (iv) mejoramiento o provisión de viviendas adecuadas con el Ministerio de Vivienda y Edificaciones (MIVED); (v) afiliación a Supérate y acceso a oferta de servicios y beneficios respectivos; (vi) acceso a programas de alfabetización con el Ministerio de Educación; (vii) acceso periódico a servicios generales ofrecidos por CONAPE como los de protección legal, recreación, cultura y jornadas sociales.

Estos paquetes deberán focalizarse en los adultos mayores de mayor vulnerabilidad, especialmente en aquellas personas en ICV I y II. El propósito en mención requiere de la gestión intersectorial del CONAPE a través de la Mesa Intersectorial de Cuidado de la Política Nacional de Cuidados.

A su vez, se debe fortalecer las intervenciones de los centros geriátricos y su adopción progresiva del método SECARE, diferenciándolos junto con las Familias de Cariño, como nuevos productos programáticos. Actualmente están implícitos y sin metas establecidas en el marco programático.

El desempeño observado en los productos 3 y 4 ha sido satisfactorio y cercano al 100% del cumplimiento de metas. Sin embargo, las metas proyectadas para los dos productos se mantienen constantes entre el 2025 y el 2028, implicando que la expansión del método SECARE posiblemente se congelará durante el

presente cuatrienio. Esta proyección no es consistente con el propósito de expansión del modelo de atención SECARE hacia los centros que hoy operan en el producto 2.

El Programa incluye mecanismos técnicos para priorizar a la población vulnerable y brindar servicios acorde al diagnóstico integral del adulto mayor, empleando el EDIAM y sus diferentes escalas, las cuales en conjunto garantizan una selección adecuada y técnicamente sustentada. La principal limitación del Programa es su baja cobertura de la población objetivo a través de los servicios de protección y atención integral diurna, permanente, cuidado domiciliario y *Familias de Cariño*. La cobertura es del 4% si se toma como referencia la población de adultos mayores debajo de la línea internacional de pobreza y de 3% en el caso específico de adultos mayores en condición de dependencia moderada o severa cubiertos por los centros permanentes y servicios de cuidados domiciliarios.

El reto de cobertura es considerable. Implica ampliar los servicios de protección y atención integral ofrecidos en su conjunto, expandir el producto de cuidados domiciliarios en por lo menos uno a dos órdenes de magnitud en el mediano plazo, y conformar los paquetes de servicios y beneficios sociales focalizados y estructurados bajo un mecanismo de concurrencia y coordinación institucional liderado por CONAPE.

El programa ha tenido un 97% de ejecución con respecto al presupuesto vigente, reflejando un nivel de ejecución casi óptimo y un manejo financiero gerencial adecuado que ha controlado los gastos de dirección y coordinación.

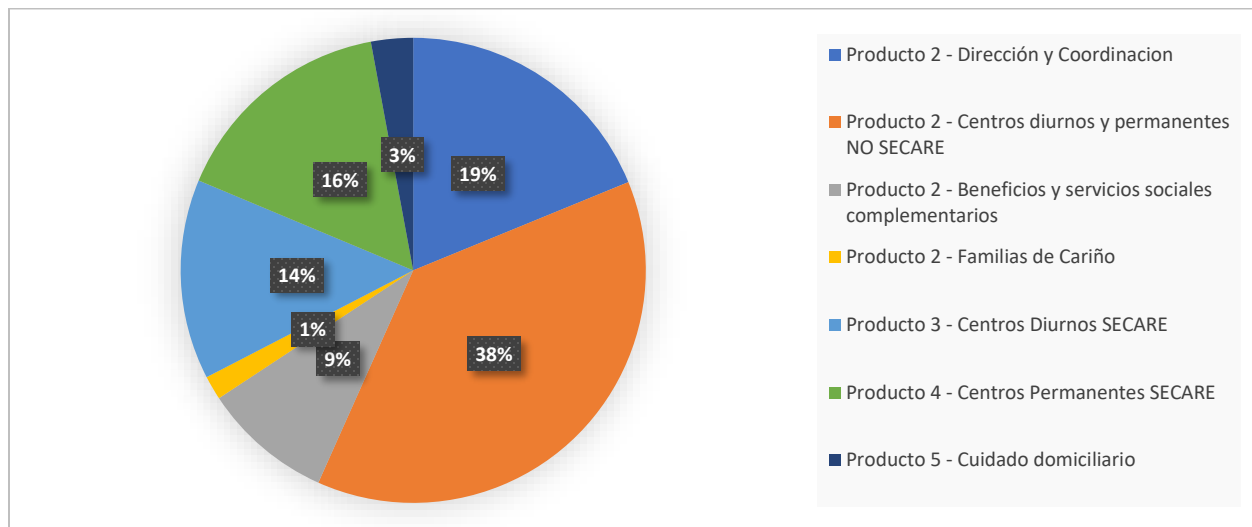
*Tabla 1: Ejecución presupuestal global del programa 2020-2024 (RD\$)*

Año	Vigente	Devengado	Ejecución %
2020	706.320.358	595.950.510	84%
2021	742.259.281	729.769.407	98%
2022	1.142.854.580	1.130.570.033	99%
2023	1.251.388.365	1.241.724.688	99%
2024	1.711.050.953	1.705.694.234	100%
<b>Total general</b>	<b>5.553.873.538</b>	<b>5.403.708.872</b>	<b>97%</b>

Fuente: ibid.

Gracias a ello ha dirigido el 81% de sus recursos a la provisión de productos a los beneficiarios finales. La composición del gasto refleja la promoción gradual del enfoque preventivo, así como la intención de expandir la adopción del método SECARE en la atención integral de los adultos mayores.

*Gráfico 4: Distribución de la ejecución presupuestal del programa 2020-2024*



Fuente: ibid.

El modelo de gestión de CONAPE está orientado hacia el logro de resultados, incluyendo la operación de mecanismos gerenciales de gobernanza que orientan la toma de decisiones informadas en el desempeño observado, con responsabilidades y procedimientos establecidos y operantes.

CONAPE adelanta un seguimiento presupuestal y financiero sistemático que le permite contar con información desagregada a nivel de insumos y actividades de los servicios prestados y así calcular costos unitarios promedio y costos estándar de los centros modelo. Actualmente tienen análisis de costos para el servicio médico, de utilidad en la orientación del gasto; si bien los demás servicios no cuentan con ejercicios completos y actualizados de costeo. Por ello es recomendable realizar su estandarización de acuerdo con el método SECARE para sistematizar así la especificación de las características, alcance y costo de cada servicio en cumplimiento de los parámetros de calidad SECARE, diferenciados por tipo de centro y nivel de independencia del adulto mayor.

Por último, la evaluación no pudo especificar un modelo econométrico debido a diferentes limitantes de información útil para el efecto en el SISDAM. El limitado número de observaciones válidas, inconsistencias y restricciones de calidad y tipo de información relevante para el análisis se conjugaron e impidieron desarrollar un análisis relevante de este tipo. Al respecto, si bien el SISDAM es una herramienta comprehensiva de utilidad central en la gestión programática, es aún de uso reciente y desarrollo modular en progreso. La información del EDIAM se empezó a sistematizar a partir del año 2022 y todavía buena parte del expediente no se ha digitalizado. Se requieren mecanismos de auditoría para mejorar la calidad de los datos y adaptaciones funcionales para llevar registros históricos por cohortes y servicios específicos que apoyen el análisis y evaluaciones futuras sobre el desempeño programático.

## Principales recomendaciones

### Para CONAPE con orientación técnica de MEPyD y DIGEPRES:

1. Resultado final de incremento de adultos mayores independientes y resultado intermedio de reducción de la tasa de riesgo a dependencia. Incluir solo los centros diurnos y permanentes en los dos resultados. Desagregar los indicadores y metas con base en las diferencias en los servicios brindados (centro diurno, permanente, aplicación del método SECARE) y características de la población objetivo respectiva. Una vez se desarrolle integralmente el nuevo producto de paquetes integrados y focalizados de servicios y beneficios, integrarlo en la medición.
2. *Resultado intermedio de aumento de la participación de adultos mayores en los centros.* Reclasificar como resultado inmediato e incluir un indicador, igualmente desagregado, que mida el grado de participación del adulto mayor en las actividades ofrecidas por el centro geriátrico, como es el grado de cumplimiento del plan de intervención individual que incluye el SECARE. Para los centros NO SECARE es altamente recomendable que se promueva la adopción y medición del cumplimiento de planes de intervención acorde a la capacidad y servicios ofrecidos.
3. *Resultado de reducción de ingresos tempranos a centros permanentes.* Incluir un indicador para medir el porcentaje de adultos mayores con dependencia leve, moderada o severa que en un período determinado pasan a requerir cuidado institucionalizado con respecto al total de adultos mayores con dependencia leve, moderada o severa; cubriendo la población atendida por centros diurnos, Familias de Cariño y cuidado domiciliario.

### Para CONAPE y las entidades de la Mesa Intersectorial de Cuidado:

4. *Lógica vertical.* Estructurar intervenciones sistemáticas y con periodicidad definida a través de paquetes de beneficios y servicios focalizados en los adultos mayores de mayor vulnerabilidad, con énfasis en aquellas personas en ICV I y II. Los paquetes incluirán la gestión desde el CONAPE, en el marco de la Mesa Intersectorial de Cuidado, de la totalidad o mayor número posible de servicios hoy desconexos. Definir indicadores y metas específicas de alcance y cobertura para dichas intervenciones.

### Para CONAPE con orientación técnica de DIGEPRES.

5. *Especificación de productos y metas.* Además del caso de los paquetes de servicios, identificar tres productos nuevos (hoy implícitos en el producto 2) y establecer indicadores y metas específicas para (i) los servicios de protección y atención integral de los centros diurnos; (ii) de los centros permanentes, y; (iii) las Familias de Cariño.
6. *Focalización-cobertura.* Ampliar los servicios de protección y atención integral ofrecidos en su conjunto, expandir el producto de cuidados domiciliarios en por lo menos uno a dos órdenes de magnitud en el mediano plazo, y conformar los paquetes de servicios y beneficios sociales



focalizados y estructurados bajo un mecanismo de concurrencia y coordinación institucional liderado por CONAPE. Lo anterior implicará revisar y validar las metas para el período 2025-2028, hoy “congeladas” para los productos 3 y 4 y marginales para el producto 5 en especial.

7. *Eficacia presupuestal.* El gasto de dirección y coordinación, incluido en los productos 2 y 5, debe ser clasificado bajo la orientación de DIGEPRES en un producto 1.

Para CONAPE y SIUBEN.

8. *Focalización de grupos vulnerables.* Fortalecer y acelerar la digitalización del EDIAM, ampliar su cobertura y completitud para hacer un levantamiento que permita determinar grados de vulnerabilidad. De manera simultánea, corregir las deficiencias de acceso a información del SIUBEN.

Para CONAPE y MIVED.

9. *Focalización de grupos vulnerables.* Gestionar intervenciones conjuntas con el MIVED que corrijan la barrera de entrada a los cuidados domiciliarios para los adultos mayores que habitan viviendas que no reúnen las condiciones de seguridad y movilidad requeridas por la intervención.

Para CONAPE y DIGEPRES.

10. *Lógica horizontal.* Especificar la desagregación de cada indicador de resultado en su ficha técnica respectiva, e incluir: (i) una definición suficiente y precisa de las fórmulas de cálculo; (ii) una descripción satisfactoria del indicador; (iii) una especificación correcta de los valores de línea base. A su vez, especificar fichas técnicas para los indicadores de producto, incluyendo medidas de cobertura de la población objetivo.

Para CONAPE.

11. *Lógica horizontal.* Para el producto 5, dado que su indicador no es claro, registrar los beneficiarios cubiertos dada una especificación de horas/día por número de días al año requeridas. De esta manera se va a saber cómo se va cerrando la brecha de cobertura en el tiempo.
12. *Lógica horizontal.* Garantizar en el corto plazo que el SISDAM tenga registros históricos del índice sintético y sus diferentes componentes (subíndices). Se deberá incluir cohortes y registros de entrada y salida para controlar la situación al ingreso de un adulto mayor, realizar análisis por cohortes y llevar históricos de las personas. Así mismo, es prioritario que CONAPE sistematice la totalidad de registros EDIAM en la medida de lo posible y garantice su actualización periódica, conservando datos históricos de cada persona.

El SISDAM debe incorporar estándares de gestión y documentación, empezando por el desarrollo y adopción de mecanismos integrales de auditoría de datos, manuales de usuario, tutoriales y

diccionarios de datos. Todo ello facilitará el entendimiento, trazabilidad y el uso estadístico de la información.

Para DIGEPRES.

13. *Lógica horizontal.* Desarrollar un mecanismo sistemático que reemplace los registros y reportes de Excel y garantice la trazabilidad y auditoría del dato.

## 1. Introducción

El presente documento contiene el informe de evaluación ejecutiva de resultados del Programa Presupuestario Orientado a Resultados (PPoR) *Desarrollo Integral y Protección al Adulto Mayor* para el período 2020-2024. El documento se divide en cuatro secciones además de la presente.

En la sección 2 se hace una descripción general del programa, su focalización y marco de resultados. En este último se presentan las metas y logros para el período 2020-2024 y las metas proyectadas para el período 2025-2028.

La sección 3 se centra en el diseño metodológico de la evaluación. Se expone el enfoque desarrollado, los criterios y aspectos evaluados, así como los métodos empleados y el proceso de recolección y análisis de datos realizado. Se describen los pasos de triangulación, estimación del desempeño y desarrollo de conclusiones, hallazgos y recomendaciones seguidos en desarrollo de la evaluación. La sección finaliza con la determinación de la audiencia y confirmación del cumplimiento de estándares éticos y lineamientos de protección de datos a lo largo de esta.

La sección 4 desarrolla el análisis evaluativo, aplicado a los 6 criterios, 15 aspectos específicos y 18 bloques de preguntas, logrando una visión comprehensiva del desempeño del programa. El análisis triangula las fuentes y hallazgos obtenidos a través del empleo de los diferentes métodos de recolección de datos. Se incluye una subsección que expone diferentes limitantes de gestión de información del SISDAM, junto con algunas recomendaciones para su mejora. El desempeño se puntúa y expone en una tabla síntesis que muestra la calificación general y por cada criterio del programa.

La sección 5 presenta las conclusiones por cada criterio evaluativo, así como los hallazgos y recomendaciones asociadas a los aspectos específicos según aplicaron.

El informe contiene a su vez un anexo detallado con el análisis cuantitativo de tipo descriptivo, realizado a la base de datos del SISDAM. Finalmente, se incluye un anexo con el listado de entrevistas, visitas y grupos focales realizados durante la misión de país.

## 2. El Programa Presupuestario orientado a Resultados: Desarrollo Integral y Protección al Adulto Mayor

1. El Programa *Desarrollo Integral y Protección al Adulto Mayor* es diseñado en el año 2019 e inicia su ejecución en el año 2020. El Programa es ejecutado por el Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE), la entidad rectora responsable de diseñar y orientar a las entidades autorizadas a servir al adulto mayor en la aplicación de las políticas del sector en la República Dominicana (CONAPE,2025).
2. El Programa tiene como objetivo principal y resultado final *aumentar la autonomía, independencia, participación e integración de los adultos mayores*. En este sentido, busca fomentar el envejecimiento saludable y bienestar al fortalecer la capacidad funcional de los adultos mayores<sup>1</sup>. Lo anterior, a partir de su reconocimiento como sujetos de derechos, aplicando un modelo de atención integral y centrada en las personas (AICP). Los resultados intermedios estrechamente relacionados se dirigen a:
  - (i) *Reducir la tasa de riesgo a dependencia de los adultos mayores*; como consecuencia directa de la promoción de la autonomía e independencia de la población objetivo.
  - (ii) *Aumentar la participación de los adultos mayores en centros*; al evitar o reducir la tasa de dependencia de la población objetivo.
  - (iii) *Reducir los ingresos tempranos a los centros permanentes*; este último en consistencia con el propósito de fortalecer la capacidad funcional de la población objetivo para así prevenir o postergar la institucionalización como medida de cuidado y atención.
3. Para el logro de resultados, CONAPE contempla originalmente tres productos y en el año 2024 incorpora un cuarto producto, los cuales se describen a continuación.
4. **Adultos mayores reciben atención y protección integral en centros modelo, según el método SECARE (Producto 3)**<sup>2</sup>. Este producto consiste en la provisión de un conjunto integral e integrado de servicios de atención directa al adulto mayor por parte de centros geriátricos diurnos operados por CONAPE directamente, también denominados hogares de día (8:00am – 4:00pm; lunes a viernes)<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la capacidad funcional como la combinación de la capacidad intrínseca con el entorno donde habita la persona y la capacidad intrínseca como la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona, incluidas las psicológicas. (Definición citada de OPS, 2020; pg6).

<sup>2</sup> En el Programa este producto tiene asignado el código 03, razón por lo cual es referido como **Producto 3**.

<sup>3</sup> En el presente documento los términos “hogar de día” y centro diurno” son sinónimos.

El producto se basa en el modelo AICP promovido por la Organización Iberoamericana de Seguridad Social -OISS- y considerado una buena práctica internacional (OISS, 2018). En consistencia, y como parte de este modelo, el CONAPE ha desarrollado y aplica el método de Servicios, Capacitación y Recreación (SECARE). El método SECARE integra un conjunto de servicios de salud, nutrición, apoyo psicosocial, terapia física y ocupacional, capacitación (incluyendo alfabetización) y recreación, en planes de intervención diseñados individualmente (CONAPE, 2025a y Ministerio de Hacienda, 2020)<sup>4</sup>.

Para ello parte de un diagnóstico realizado mediante la aplicación del Expediente de Desarrollo Integral del Adulto Mayor (EDIAM). A través del EDIAM se valora la situación de cada adulto mayor en una serie de dimensiones para determinar su grado de autonomía e independencia, clasificándolos como independientes, independientes con riesgo o dependientes. Las dimensiones analizadas incluyen: (i) aspectos demográficos; (ii) valoración social; (iii) riesgos socio-sanitarios; (iv) antecedentes de salud; (v) hábitos tóxicos; (vi) factores asociados a riesgo de enfermar; (vii) factores asociados a riesgos de caídas; (viii) escalas de nutrición, (ix) evaluación del desempeño de las actividades básicas de la vida diaria; (x) escalas de depresión, ansiedad, fragilidad, soledad y deterioro cognitivo (CONAPE, 2025b).

El EDIAM es el fundamento principal para determinar el nivel de atención que el adulto mayor requiere y diseñar su plan de intervención individual, incluyendo el conjunto de servicios y sus características específicas, acorde con los diferentes puntajes en las dimensiones analizadas. El diseño es participativo y se enmarca a su vez en el reconocimiento y apoyo al proyecto de vida del adulto mayor. La ejecución del plan de intervención es monitoreada y evaluada periódicamente para ir determinando los cambios y así tomar medidas oportunas de ajuste o adaptación en la provisión de los servicios (CONAPE, 2025a).

Los centros modelo tienen a su vez diseños funcionales, amigables y seguros, equipos humanos facultados, equipos técnicos y facilidades requeridas para brindar los servicios de atención y protección integral SECARE de manera adecuada.

5. **Adultos mayores reciben atención y protección integral permanente, según el método SECARE (Producto 4)**<sup>5</sup>. El producto consiste en la provisión de un conjunto integral e integrado de servicios de atención directa al adulto mayor por parte de centros geriátricos de forma institucionalizada, las 24 horas del día durante la totalidad del año. Los centros son operados por ASFL bajo la habilitación, supervisión, apoyo institucional, financiero y técnico del CONAPE.

La provisión de la atención y protección integral permanente se da igualmente bajo el método SECARE, su aplicación del EDIAM y desarrollo del plan de intervención individual. Al conjunto de

---

<sup>4</sup> Adicionalmente, y para casos en los cuales el adulto mayor no puede ir al hogar de día por alguna incapacidad o condición temporal se le brinda un servicio de visitas domiciliarias de apoyo y monitoreo mientras puede retornar.

<sup>5</sup> En el Programa este producto tiene asignado el código 04, razón por lo cual es referido como **Producto 4**.

servicios se agrega la atención de recuperación y rehabilitación por tratarse de personas que presentan algún grado de dependencia que no puede ser atendida en su hogar, a través del cuidado domiciliario o en hogares de día. A su vez, para efectos de institucionalización de la atención se prioriza a aquellos adultos mayores en condiciones socio-económicas de vulnerabilidad, o que presentan alguna condición de abuso, maltrato, riesgo o abandono (Ministerio de Hacienda, 2020).

Los centros permanentes tienen diseños funcionales amigables y seguros, equipos humanos facultados, equipos técnicos y facilidades requeridas para brindar los servicios de atención y protección integral SECARE de manera adecuada.

6. **Adultos mayores reciben servicios de atención integral (Producto 2)**<sup>6</sup>. El producto contempla un conjunto de servicios de atención y complementarios prestados a los adultos mayores.

En primer lugar están los **servicios de atención en centros geriátricos diurnos (hogares de día) y permanentes**, operados por ASFL, establecimientos públicos y privados. La principal diferencia de estos con los dos productos anteriores radica en que **no aplican el método SECARE**. Si bien emplean el EDIAM para efectos de diagnóstico, no desarrollan un plan de intervención individual y no cuentan con la totalidad de servicios y capacidad operativa e institucional necesarias para cumplir con los requerimientos del SECARE. Los centros son habilitados, supervisados, y reciben apoyo institucional y técnico del CONAPE. A su vez reciben apoyo financiero parcial de CONAPE para su operación, a manera de subvención para su operación.

Adicionalmente, el servicio de atención denominado **Familias de Cariño** está incluido en este producto. En términos generales, Familias de Cariño consiste en:

*... identificar familias de confianza en cada barrio, sobre todo las conformadas por mujeres solas y por adultos mayores jubilados o sin empleo, pasando en convertirse sus casas en “hogares de cariño” donde el Gobierno les apoyará con programas integrales para el cuidado de adultos mayores con dependencia y el pago de RD\$15 mil pesos mensuales por adulto mayor atendido de manera domiciliaria (cita pg. 8 CONAPE, 2024).*

El servicio se focaliza en adultos mayores en situación de dependencia con base en el diagnóstico del EDIAM con el fin de mantener o mejorar su autonomía en el contexto de su núcleo familiar o comunitario, evitando así su institucionalización. Su provisión es diaria (8:00am a 4:00pm) y cubre cuidados en alimentación, higiene, apoyo en medicación, acompañamiento y recreación. Para ello se deben cumplir los siguientes requisitos: (i) los cuidadores son capacitados para brindar los servicios de cuidado con las competencias técnicas, relacionales y éticas adecuadas, y; (ii) las labores de cuidado son compensadas a través de un subsidio y supervisadas por CONAPE en

---

<sup>6</sup> En el Programa este producto tiene asignado el código 02, razón por lo cual es referido como **Producto 2**.

cumplimiento de estándares de atención. Adicionalmente, CONAPE promueve el acceso de los beneficiarios a servicios de inclusión y apoyo social complementarios (CONAPE, 2023).

Por último, el producto abarca **una serie de servicios y beneficios complementarios** puntuales y dispersos, que CONAPE gestiona conjuntamente con otras entidades del gobierno para que los adultos mayores accedan a ellos (CONAPE, 2025). Estos incluyen:

- (i) la gestión de la pensión solidaria a las personas elegibles, equivalente al 60% del salario mínimo mensual (aprox USD\$179);
- (ii) la gestión del seguro nacional de salud ante SeNaSa para personas elegibles;
- (iii) el otorgamiento de un subsidio a través de la tarjeta de Transferencia Económica al Adulto Mayor (TE-AMA) por \$RD600 mensuales (aproximadamente USD\$10), dirigido a adultos mayores que no cuentan con ingresos, con un carácter transitorio hasta que reciban la pensión solidaria;
- (iv) la gestión de subsidio de Protección a la Vejez en Pobreza Extrema (PROVEE), por vía de la Tarjeta Supérate para el consumo de insumos alimenticios por \$RD400 mensuales (USD\$ 6.70 aproximadamente);
- (v) la realización de jornadas de inclusión social gestionadas junto con la Dirección de Proyectos Estratégicos y Especiales de la Presidencia (PROPEEP); (vi) otros beneficios económicos puntuales como la entrega de raciones alimentarias, los bonos de servicios públicos (eg. Bonogás Hogar por \$RD470 (USD\$7.80) y Bonoluz hasta por \$RD716.18 pesos (USD\$11.94) mensuales), actividades específicas de protección legal, salud, educación, cultura, recreación e inserción social (DIGEPRES, 2025). Los rangos de cobertura de estos servicios son relativamente bajos, desde niveles inferiores al 1% para raciones alimentarias, hasta un 16,4% para el caso de pensiones (CONAPE, 2025f). Ello implica que hay un potencial de cobertura importante para los beneficiarios directos por materializar.

**7. Cuidado domiciliario para adultos mayores con dependencia moderada y severa (Producto 5)<sup>7</sup>.**

El producto se incluye en el Programa a finales del año 2024 como contribución desde el CONAPE al desarrollo del ejercicio piloto para la construcción de una Política Nacional de Cuidados. A través de este, cuidadores certificados brindan atención integral diariamente (8:00am a 4:00pm) a los adultos mayores en sus hogares. Adicionalmente, realizan un monitoreo y acompañamiento en salud bajo la orientación y junto con un equipo multidisciplinario compuesto por médicos, enfermeras, trabajadores sociales y terapeutas.

---

<sup>7</sup> En el Programa este producto tiene asignado el código 05, razón por lo cual es referido como **Producto 5**.

Su provisión parte del diagnóstico EDIAM y el conjunto de servicios de cuidado incluye: (i) la atención personal; (ii) la atención básica en salud; (iii) la movilidad y el mantenimiento funcional; (iv) el acompañamiento en estimulación física y cognitiva; (v) la atención de cuidado indirecto, y; (vi) la vinculación social. Se focaliza en adultos mayores con dependencia moderada y severa a quienes se brinda la atención necesaria para que puedan realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria según su autonomía, evitando así su institucionalización. Cabe anotar que las viviendas de los adultos mayores deben tener condiciones habilitantes de seguridad y funcionalidad necesarias para la provisión de los servicios de cuidado. Los cuidadores, además de ser certificados para brindar atención cualificada, cuentan con contratos formales de trabajo. Estos tres últimos aspectos no se aplican en la intervención de *Familias de Cariño*.

*Tabla 2: Datos básicos del Programa*

Nombre del PPor	Desarrollo Integral y Protección al Adulto Mayor	Código: 15		
Resultado final	Aumentar la autonomía, independencia, participación e integración de los adultos mayores			
Resultado intermedio	Reducir la tasa de riesgo a dependencia de los adultos mayores			
Resultado intermedio	Aumentar la participación de los adultos mayores en centros			
Resultado intermedio	Reducir los ingresos tempranos a los centros permanentes			
Unidad Ejecutora (UE)				
Consejo Nacional de la Persona Envejeciente		Código: 0201-02-0010		
Presupuesto (RD\$)				
Año	Inicial (3)	Vigente (1)	Devengado (2)	Porcentaje de Ejecución (2/1)
2020	686.385.358	706.320.358	595.950.510	84,4%
2021	695.776.982	742.259.281	729.769.407	98,3%
2022	1.094.220.284	1.142.854.580	1.130.570.033	98,9%
2023	1.167.387.478	1.251.388.365	1.241.724.688	99,2%
2024	1.488.249.090	1.711.050.953	1.705.694.234	99,7%
SUBTOTAL	5.132.019.292	5.553.873.538	5.403.708.872	97,3%
2025	1.932.937.781	1.932.937.781	540.276.408 <sup>(4)</sup>	28%
2026p	1,964,143,966	n.a.	n.a.	n.a.
2027p	2,042,709,691	n.a.	n.a.	n.a.
2028p	2,124,418,045	n.a.	n.a.	n.a.
TOTAL	13.196.228.775	n.a.	n.a.	n.a.

Fuente: elaboración propia con datos de SIGEF, corte mayo 2025. Notas: (1) Presupuestado; (2) Ejecutado; (3) Inicial; p=proyectado; (4) corte parcial mayo 2025. n.a.=no aplica.



## 2.1. Alineación del programa

8. El Programa responde al mandato misional de CONAPE, conforme a la Ley 352 de 1998 de creación, al mandato Constitucional (en especial los artículos 57, 59 y 60) y al cumplimiento *del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*, del cual el país es signatario (ONU, 2023).
9. El Programa se alinea a la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030 (END 2030), contribuyendo de manera directa a las cuatro líneas de acción del objetivo específico 2.3.5: *Proteger a la población adulta mayor, en particular aquella en condiciones de vulnerabilidad, e impulsar su inclusión económica y social* (MEPyD, 2012). En la END se establece a su vez que el Programa aporta a la meta 10.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS): *Adoptar políticas, especialmente fiscales, salariales y de protección social, y lograr progresivamente una mayor igualdad*.
10. De otra parte, y en consistencia con la END, el Programa se articula al Objetivo Específico 9 de *Protección de adultos mayores en situación de vulnerabilidad* del Plan Nacional Plurianual del Sector Público (PNPSP) 2017-2020 (MEPyD, 2017). Posteriormente, en el período 2021-2024 se incluye en la Política Integral de Creación de Oportunidades, donde contribuye en su totalidad a la producción pública institucional priorizada de esta (MEPyD, 2021a). En este período se inicia la construcción de una *Política Nacional de Cuidados* a través de un ejercicio piloto de *Comunidades de Cuidado* focalizado en hogares pobres y vulnerables beneficiarios del programa *Supérate*, teniendo como población meta a la primera infancia, las personas adultas mayores en situación de dependencia, las personas con discapacidad en situación de dependencia y las personas que se dedican a labores de cuidado (MEPyD, 2021a). Tal y como se ha descrito previamente, el CONAPE juega un rol central en el desarrollo del piloto de la Política de Cuidados, y en consecuencia incorpora como producto adicional del Programa una intervención de *Cuidado domiciliario para adultos mayores con dependencia moderada y severa* finalizando el año 2024.
11. Actualmente, el ejercicio de diseño del PNPSP para el período 2025-2028 liderado por MEPyD, está asegurando la priorización del Programa en coordinación con CONAPE, y en especial de la Política Nacional de Cuidados para consolidar el piloto y posteriormente escalar su alcance a nivel nacional, teniendo al CONAPE como una de las instituciones líderes en este proceso.

## 2.2. Focalización geográfica

12. El programa tiene una cobertura geográfica que varía en sus productos. En el caso del producto de servicios de atención integral la cobertura es nacional, excepto por la Provincia de Samaná. El producto de servicios de atención y protección integral en centros modelo que aplican el método SECARE tienen una cobertura limitada a 11 de las 31 provincias del país. El producto de servicios de atención y protección integral en centros permanentes que aplican el método SECARE se presta solamente en 3 provincias. El producto (piloto) de cuidado domiciliario recientemente iniciado se presta en la Provincia de Azua y en Santo Domingo Este. Por último, todos los productos se prestan en el Distrito Nacional.

*Tabla 3: Cobertura geográfica de los productos del Programa*

<b>Producto</b>	<b>Cobertura</b>
Adultos mayores reciben servicios de atención integral	Distrito Nacional y todas las Provincias del país, menos Samaná.
Adultos mayores reciben atención y protección integral en centros modelo, según el método SECARE	Distrito Nacional y Provincias de Azua, Hato Mayor, Independencia, La Altagracia, Peravia, San Juan, Santo Domingo.
Adultos mayores reciben atención y protección integral permanente, según el método SECARE	Distrito Nacional y Provincias de La Vega y Valverde.
Cuidado domiciliario para adultos mayores con dependencia moderada y severa	Distrito Nacional, Provincia de Azua y Municipio Santo Domingo Este.

Fuente: elaboración propia con datos de CONAPE (2025c).

### 2.3. Resultados y metas del Programa 2020-2028

13. Con base en la revisión y análisis de información de DIGEPRES (2025a) complementada por la Dirección de Planificación de CONAPE para el año 2023, se ha elaborado la Tabla 4. En esta se sintetiza el desempeño a nivel de indicadores de resultado final e intermedio del Programa. Se debe anotar que para el año 2020 no se registraron metas oficialmente, por lo cual se toma como año de línea base con los primeros datos reportados de logros respectivos. Por su parte, el resultado de reducción de ingresos tempranos a los centros permanentes se registra y su meta se programa a partir del año 2022.

*Tabla 4: Desempeño observado y esperado del programa a nivel de resultados 2020-2028*

Resultado	Indicador de resultado	Tipo de resultado	2020 LB (1)	2021 Meta	2021 Logro	2022 Meta	2022 Logro	2023 Meta (2)	2023 Logro	2024 Meta	2024 Logro	2025 Meta	2026 Meta	2027 Meta	2028 Meta
Aumentar la autonomía, independencia, participación e integración de los adultos mayores	Porcentaje de adultos mayores independientes	Final	33%	43%	41,4%	65%	60,5%	70%	67%	75%	75,5%	77%	79%	81%	82%
Reducir la tasa de riesgo a dependencia de los adultos mayores	Porcentaje de adultos mayores con riesgo a dependencia	Intermedio	50%	19%	18,8%	30%	15,2%	28%	11%	27%	13,7%	15%	14%	13%	12%
Aumentar la participación de los adultos mayores en centros	Porcentaje de adultos mayores activos	Intermedio	20%	30%	52,7%	55%	86,0%	57%	90%	60%	89,1%	91%	92%	93%	94%
Reducir los ingresos tempranos a los centros permanentes	Porcentaje de adultos mayores que solicitan asilo	Intermedio	N/D	N/D	N/D	18%	5,9%	16%	1%	14%	2,58%	1%	1%	1%	1%

**Notas:** (1) Logros 2020 se toman como línea base (DIGEPRES, 2025a) y CONAPE, Dirección de Planificación y Desarrollo (2025); (2) CONAPE, Dirección de Planificación y Desarrollo (2025)

Metas 2025-2028 (Ministerio de Hacienda, 2025)

### 3. Diseño de la evaluación

14. La evaluación ejecutiva analizó la lógica vertical del programa, incluyendo su teoría del cambio (TdC) e hipótesis de atribución. Para ello se determinó la solidez de la secuencia lógica en la cadena de resultados del programa. Se indagó qué tanto el modelo lógico ha reunido las condiciones necesarias y suficientes para la producción programática y el logro de resultados intermedios, así como su grado de contribución al resultado final. Se analizó la hipótesis de atribución para determinar el grado de influencia del uso y consumo de los productos del programa por parte de la población objetivo sobre el logro de los resultados esperados.
15. La evaluación abarcó el período 2020-2024 en términos de su desempeño contra los criterios de efectividad, eficiencia, eficacia, calidad, equidad.
  - Efectividad
    - Grado en el cual se han alcanzado los resultados esperados y factores determinantes en su logro; análisis de lógica vertical (TdC e hipótesis de atribución).
  - Eficiencia
    - Asignación óptima de recursos para la obtención de productos.
  - Eficacia
    - Cumplimiento de metas programáticas; focalización y cobertura adecuada de población objetivo.
  - Calidad
    - Percepción y grado de satisfacción de los beneficiarios y equipos de campo sobre los bienes y servicios del programa; cumplimiento de estándares y medidas para mejorar los servicios.
  - Equidad
    - Grado de adopción y transversalización del enfoque de género en el programa; focalización adecuada de grupos vulnerables.
16. A su vez, se analizó la función conjunta de **M&E**, como aspecto central para determinar la lógica horizontal programática, la capacidad de gestión de información útil para la ejecución y toma de decisiones, y el enfoque gerencial orientado al logro de resultados.

17. Otros aspectos cubiertos por el análisis fueron:

- Lecciones y evidencia científica incorporadas en el diseño y orientación del programa.
- Arreglos institucionales, gobernanza y capacidad operativa.
- Vínculos y coordinación entre el programa y otras intervenciones dentro del sector o sectores relevantes.
- Correspondencia con prioridades de política
- Análisis presupuestal y financiero.

### 3.1. Enfoque

18. La evaluación ha tenido un enfoque **sumativo** sobre el progreso para informar sobre el desempeño del programa e identificar áreas de mejora y buenas prácticas. La revisión realizada ha sido **formativa** para mejorar la implementación programática. De esta forma, ha identificado lecciones aprendidas y buenas prácticas de utilidad para la toma de decisiones y orientación del Programa.

19. De acuerdo con el principio de utilización, la evaluación ha sido **participativa** para que las habilidades, el conocimiento, la confianza y el sentido de propiedad entre su audiencia contribuyan y sirvan de incentivo al mejor desempeño programático con sus consiguientes implicaciones positivas sobre el bienestar.

20. Por último, se ha promovido en su desarrollo la participación de las partes interesadas -de acuerdo a su rol- a través de un Comité *ad-hoc* de Evaluación creado como paso previo al inicio del trabajo, además del desarrollo de espacios de interacción durante su realización.

### 3.2. Criterios y aspectos de evaluación

21. Para abordar los criterios y aspectos centrales de la evaluación se ha formulado un conjunto exhaustivo de preguntas que fueron aplicadas en las entrevistas semiestructuradas, grupos focales y en el análisis cuantitativo. Estas se describen en la tabla a continuación.

*Tabla 5: Criterios y preguntas de la evaluación*

Criterio/ Aspecto	Aspecto específico	#	Preguntas
Efectividad	<i>Grado en el cual se han alcanzado los resultados esperados y factores determinantes en su logro; análisis de lógica vertical (Teoría del Cambio e hipótesis de atribución).</i>		
	Avance en el logro de resultados	1	¿El programa está logrando cumplir las metas de resultados esperados? ¿Qué factores han contribuido o dificultado su logro?

Criterio/ Aspecto	Aspecto específico	#	Preguntas
	Lógica vertical	2	¿El modelo lógico del programa ha reunido las condiciones necesarias y suficientes para la producción programática conducente al logro de resultados? ¿El grado de contribución de los resultados inmediatos e intermedios hacia el resultado final es significativo? ¿La Teoría del Cambio del programa es robusta (diseño e implementación)?
	Incentivos a la efectividad	3	¿Se cuenta con responsables de metas y mecanismos gerenciales de contractualización del desempeño que incentiven la efectividad?
	Resultados inesperados	4	¿Se evidencian resultados positivos o negativos inesperados como consecuencia de las intervenciones del programa? <i>(incluyendo efectos secundarios o de derrame tipo spill-over)</i>
<b>Eficiencia</b>	<i>Asignación óptima de recursos para la obtención de productos.</i>		
	Costeo unitario	5	¿El programa ha identificado y cuantificado costos unitarios de los bienes y servicios generados?
	Oportunidad	6	¿Se identifica alguna actividad que no se esté adelantando o cuyo fortalecimiento mejoraría la eficiencia?
	Redundancia	7	¿Se identifican productos y procesos que se llevan a cabo en la actualidad y podrían ser prescindibles o ser sustituidos por otros más eficientes?
	Medición de eficiencia	8	¿Hay indicadores de eficiencia en la operación del programa?
<b>Eficacia</b>	<i>Cumplimiento de metas programáticas; focalización y cobertura adecuada de población objetivo; eficacia presupuestal.</i>		
	Avance en el cumplimiento de metas de producción	9	¿El programa ha provisto los productos oportunamente, en la cantidad y especificaciones esperadas? ¿Qué factores han contribuido o dificultado su logro?
	Focalización	10	¿Los criterios y mecanismos utilizados para seleccionar los beneficiarios son adecuados y técnicamente sustentados? Grado de cobertura de la población objetivo.
	Eficacia presupuestal	11	Grado de ejecución del presupuesto asignado; correspondencia y consistencia con la estructura programática
<b>Calidad</b>	<i>Percepción y grado de satisfacción de los beneficiarios y equipos de campo sobre los bienes y servicios del programa; cumplimiento de estándares y medidas para mejorar los servicios.</i>		
	Buenas prácticas	12	¿Qué tanto se han adoptado buenas prácticas reconocidas nacional o internacionalmente en la provisión de productos del programa?
	Satisfacción	13	¿Los beneficiarios del programa están satisfechos con la oportunidad y calidad de los bienes y servicios recibidos?
	Acceso y participación	14	¿Los beneficiarios cuenta con canales de participación, atención y fácil acceso a los servicios del programa?
	Servicio al ciudadano y rendición de cuentas	15	¿El programa cuenta con mecanismos de peticiones, quejas, reclamos y reconocimiento al servicio accesibles a los

Criterio/ Aspecto	Aspecto específico	#	Preguntas
			beneficiarios? ¿Se adelantan esquemas de rendición de cuentas a los beneficiarios o a la ciudadanía?
<b>Equidad</b>	<i>Grado de adopción y transversalización del enfoque de género en el programa; promoción y protección de los derechos humanos; focalización adecuada de grupos vulnerables.</i>		
	Equidad de género y derechos humanos	16	¿En qué medida está contribuyendo el programa a la equidad de género, el empoderamiento de las mujeres y un enfoque basado en los derechos humanos? ¿Aplica protocolos o guías para identificar y superar posibles barreras y brechas de género en su ejecución?
	Focalización de grupos vulnerables	17	¿La focalización del programa está incluyendo a la población más vulnerable? ¿y a la población de alto riesgo?
<b>M&amp;E</b>	Lógica horizontal	18	¿Se cuenta con indicadores robustos, fichas técnicas y mecanismos de validación de indicadores y metas? ¿Se adelantan análisis periódicos de datos, esquemas de validación y verificación? ¿Se han realizado evaluaciones del programa y sus resultados? ¿Se utiliza el M&E para apoyar la toma de decisiones y el mejor desempeño?

### 3.3. Recolección y análisis de datos

22. En la evaluación se emplearon herramientas y métodos de investigación de carácter mixto. Estos incluyeron la realización de entrevistas con informantes clave, entrevistas grupales, un grupo focal con operadores de hogares de día y centros permanentes y visitas de observación directa. Estas últimas al Centro de Atención Integral para el Adulto Mayor Ciudad Juan Bosch (hogar de día) y al Centro Geriátrico San Joaquín y Santa Ana (centro permanente), realizando a su vez entrevistas a beneficiarios y equipos técnicos y administrativos.
23. El evaluador adelantó para el efecto reuniones virtuales y una misión a República Dominicana para adelantar entrevistas y reuniones de trabajo con la DIGEPRES, el MEPyD, y las diferentes dependencias del CONAPE, en cabeza de su Dirección Ejecutiva. Por último, llevó a cabo reuniones virtuales con expertos de UNFPA y MEPyD.
24. El análisis cuantitativo se basó en el análisis estadístico de registros administrativos disponibles en el SISDAM operado por CONAPE y el SIGEF del Ministerio de Hacienda.
25. En la evaluación, y en especial en el proceso de recolección y análisis de datos, se aplicó el *Compromiso de Conducta Ética* y el *Consentimiento sobre la protección y uso de datos* suscritos por el evaluador en cumplimiento de estándares y buenas prácticas internacionales. Todas las personas participantes, informantes, entrevistadas y los registros de las bases de datos se mantuvieron anónimas y los hallazgos empleados exclusivamente para el análisis evaluativo.

26. Los métodos de recolección de datos e información referidos abarcaron los siguientes aspectos:

- **Revisión documental:** Información secundaria suministrada por la DIGEPRES, el CONAPE y el MEPyD, además de la recabada durante las entrevistas con los diferentes grupos de interés (audiencia) y la investigación propia. Se revisó, entre otros: (i) documentos de diseño del programa; (ii) reportes e informes de ejecución físico y financiera; (iii) presentaciones de los Departamentos y Direcciones de CONAPE; (iii) documentos de política, planes y estrategias; (iv) protocolos y manuales del programa y sus servicios; (v) estudios adelantados por CONAPE y en especial su Dirección de Desarrollo Integral y Protección al Adulto Mayor; (vi) reportes del SISDAM y sus diferentes módulos; (vi) publicaciones académicas indexadas, publicaciones y reportes de la OISS, la OMS y el Instituto para el Cuidado y Mejoramiento de la Salud (IHI).
- **Misión de país:** El evaluador llevó a cabo una misión a República Dominicana donde condujo entrevistas con informantes clave, entrevistas grupales y un grupo focal con hogares de día y centros permanentes. A su vez, realizó dos visitas al Centro de Atención Integral para el Adulto Mayor Ciudad Juan Bosch (hogar de día) y al Centro Geriátrico San Joaquín y Santa Ana (centro permanente) en donde realizó entrevistas con beneficiarios y operadores, además de cotejar aspectos operativos, de equipamiento e infraestructura a través de la observación directa.
- **Entrevistas semiestructuradas:** Las entrevistas aplicadas durante la misión de país fueron semiestructuradas, con base en las preguntas de evaluación descritas en la sección 3.2 (pg29). Estas se utilizaron para complementar y validar la información recopilada a través de la revisión documental, identificando a su vez nuevas fuentes de información. Los participantes incluyeron a la DIGEPRES, MEPyD, CONAPE. Además, se realizaron reuniones virtuales con expertos de UNFPA, y las instituciones anteriormente mencionadas (ver Anexo 2. Listado de entrevistas, visitas y grupo focal realizados en la Misión de País).

Las entrevistas permitieron explorar y entender las perspectivas de los informantes sobre temáticas del desempeño del programa cubiertas en los criterios y aspectos objeto de evaluación. Se indagó con base en su conocimiento y experiencia, generando reflexiones sobre la operación del programa, sus resultados, lecciones, aprendizajes y recomendaciones de mejora para la ejecución en progreso. Se aplicaron los lineamientos desarrollados por Boyce y Neale (2006) para su realización.

- **Grupo focal:** Se adelantó un grupo focal con representantes de hogares de día y centros permanentes, operadores de los productos bajo el método SECARE. El grupo contó con diez participantes y su desarrollo permitió profundizar sobre (i) buenas prácticas adelantadas por los operadores y promovidas por el CONAPE; (ii) principales retos que enfrentan en la operación; (iii) calidad del servicio y mecanismos de control y participación como los de peticiones, quejas y reclamos; (iv) monitoreo y control; (v) focalización y, (vi) logro de resultados. Se aplicaron las técnicas y procedimientos específicos recomendados por Krueger y Casey (2015).



- **Análisis descriptivo** de registros administrativos disponibles en la base SISDAM e información presupuestal y física del SIGEF: Se analizó la información de desempeño correspondiente a los productos y resultados del programa para apoyar la validación de efectividad del programa y robustez de la hipótesis de atribución contenida en su modelo lógico, y se analizó la información cuantitativa para tener una visión comprehensiva de la población objetivo en el período de ejecución del programa (2020-2024).

La evaluación no pudo especificar un modelo econométrico debido a las diferentes limitantes de información útil para el efecto en el SISDAM. El limitado número de observaciones válidas, posibles inconsistencias y limitantes de tipo de información relevante para el análisis se conjugaron e impidieron desarrollar un análisis relevante de este tipo.

### 3.3.1. Alcance

27. Dado su alcance temporal y de recursos, la evaluación no incluyó la realización de encuestas en línea o presenciales, ni operativos de campo para el levantamiento de información primaria especializada con el fin de realizar estimaciones directas de la capacidad funcional y autonomía de la población objetivo.
28. Alternativamente, y considerando el rol central en la operación del Programa del SISDAM, esta herramienta se empleó como fuente principal de data para el análisis cuantitativo mediante el uso de sus registros administrativos; así como el SIGEF en materia de ejecución financiera y física. Al respecto, si bien el SISDAM es una herramienta comprehensiva de utilidad central en la gestión programática, es aún de uso reciente y desarrollo modular en progreso. La información del EDIAM se empezó a sistematizar a partir del año 2022 y todavía buena parte del expediente no se ha digitalizado. Se requieren mecanismos de auditoría para mejorar la calidad de los datos y adaptaciones funcionales para llevar registros históricos por cohortes y servicios específicos que apoyen el análisis y evaluaciones futuras sobre el desempeño programático.
29. Como se ha mencionado, las anteriores limitaciones impidieron la especificación del modelo econométrico, así como la posibilidad de realización de análisis de sensibilidad a nivel de los componentes de los índices sintéticos de resultados.

### 3.4. Triangulación

30. La información cuantitativa y cualitativa registrada a través de los diferentes instrumentos se trianguló para efectos de contraste, síntesis y validación. La triangulación articuló e integró los hallazgos entre las diferentes estrategias de recolección de datos, fundamentando así el análisis para cada criterio y aspecto específico de evaluación. Este análisis se consolidó de manera exhaustiva en la sección 4 Resultados (pg.37ss).

31. De otra parte, el proceso seguido se sintetizó en la matriz de diseño, relacionando para cada criterio: (i) los métodos de recolección; (ii) las fuentes de información; (iii) instituciones o grupos de interés consultados, y; (iv) los instrumentos de recolección de información empleados.

### 3.5. Estimación del desempeño del programa

32. El análisis evaluativo fundamentó las calificaciones para cada criterio, consignadas en una tabla síntesis de desempeño como la descrita a continuación.

*Tabla 6: Síntesis del desempeño programático*

Criterio	Buen Desempeño	Desempeño Suficiente	Desempeño Insuficiente	No demostrado
<b>Efectividad</b>	Resultados positivos y significativos (puntuación>90%).	Resultados positivos con algunas debilidades (puntuación entre 60% y 90%).	Resultados insuficientes o debilidades (puntuación<60%).	Programa con información insuficiente
<b>Eficiencia</b>	Resultados positivos y significativos (puntuación>90%).	Resultados positivos con algunas debilidades (puntuación entre 60% y 90%).	Resultados insuficientes o debilidades (puntuación<60%).	Programa con información insuficiente
<b>Eficacia</b>	Resultados positivos y significativos (puntuación>90%).	Resultados positivos con algunas debilidades (puntuación entre 60% y 90%).	Resultados insuficientes o debilidades (puntuación<60%).	Programa con información insuficiente
<b>Calidad</b>	Resultados positivos y significativos (puntuación>90%).	Resultados positivos con algunas debilidades (puntuación entre 60% y 90%).	Resultados insuficientes o debilidades (puntuación<60%).	Programa con información insuficiente
<b>Equidad</b>	Resultados positivos y significativos (puntuación>90%).	Resultados positivos con algunas debilidades (puntuación entre 60% y 90%).	Resultados insuficientes o debilidades (puntuación<60%).	Programa con información insuficiente
<b>M&amp;E</b>	Resultados positivos y significativos (puntuación>90%).	Resultados positivos con algunas debilidades (puntuación entre 60% y 90%).	Resultados insuficientes o debilidades (puntuación<60%).	Programa con información insuficiente

Fuente: elaboración propia.

### 3.6. Conclusiones, hallazgos y recomendaciones

33. A partir de los pasos anteriores se elaboraron conclusiones por cada criterio, y un conjunto respectivo de hallazgos y recomendaciones a nivel de aspectos específicos. Estas se consignaron en la tabla de conclusiones, hallazgos y recomendaciones (CHR).
34. Una vez sean validadas, las recomendaciones que sean acogidas por el Comité de Evaluación se especificarán en un conjunto de aspectos susceptibles de mejora (ASM). Los ASM se llevarán a planes con compromisos específicos y responsables de su cumplimiento a ser suscritos entre DIGEPRES y las UE.

### 3.7. Audiencia

35. La evaluación realizada está dirigida a:

- La DIGEPRES, autoridad presupuestaria y supervisora de los PPor.
- El CONAPE, responsable de la ejecución del programa y su equipo humano.
- El MEPyD, autoridad de planificación y desarrollo, a cargo de la END 2030, el PNPS y líder del diseño de la Política Nacional de Cuidados, junto con las demás entidades participantes en esta Política y que conforman la Mesa Intersectorial de Cuidados.
- El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS), el Servicio Nacional de Salud (SNS), el Ministerio de Vivienda y Edificaciones (MIVED), y demás entidades con responsabilidades que concurren en el desarrollo de políticas de protección y atención integral al adulto mayor en la República Dominicana.
- Las ASFL y demás operadores de los hogares de día y centros permanentes.
- La OISS, UNFPA, OMS, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y demás organismos de cooperación internacional que apoyan el desarrollo de políticas de protección y atención integral al adulto mayor en la República Dominicana.
- Comunidades y beneficiarios que acceden a los servicios prestados por el Programa.

### 3.8. Cumplimiento de estándares éticos y lineamientos de protección de datos

36. En desarrollo de la evaluación se aplicó el *Compromiso de Conducta Ética* y el *Consentimiento sobre la protección y uso de datos* suscritos por el evaluador en cumplimiento de estándares y buenas prácticas internacionales. Todas las personas participantes, informantes y encuestadas han sido anónimas y los hallazgos empleados exclusivamente para el análisis evaluativo. A los participantes en la evaluación se les informó sobre el propósito del ejercicio y la información recopilada de los informantes se mantendrá confidencial.

37. Respeto a los derechos de las personas e instituciones: Se otorgó a los informantes la oportunidad de participar voluntariamente manteniendo su anonimato, y de tomar una decisión independiente de participar sin presión o temor a sanciones (consentimiento/asentimiento informado).
38. Respeto a las identidades y sensibilidades culturales: Se ha respetado las diferencias en etnias, cultura, creencias religiosas, género, discapacidad, edad.
39. Responsabilidades y obligaciones profesionales del evaluador: El evaluador ha ejercido un juicio independiente y operado de manera imparcial.

## 4. Resultados

### 4.1. Efectividad

#### 4.1.1. Avance en el logro de resultados

*¿El programa está logrando cumplir las metas de resultados esperados? ¿Qué factores han contribuido o dificultado su logro?*

#### *Resultado final*

40. El resultado final del programa es *Aumentar la autonomía, independencia, participación e integración de los adultos mayores*. Su medición está definida para realizarse a través de un indicador sintético diseñado por CONAPE con apoyo de la Oficina Nacional de Estadística (ONE), a partir de medidas internacionales recomendadas por la OISS (2018) y la OPS (2020). Mediante este índice se determina la capacidad funcional y autonomía de cada adulto mayor, valorando determinantes de salud, salud mental, aspectos sociodemográficos y actividades básicas de la vida diaria. De esta manera, y aplicando un método de análisis multicriterio, se calculan puntajes asociados a tres grandes niveles: (i) independiente; (ii) independiente con riesgo de dependencia, y; (iii) dependiente (ver Gráfico 5 a continuación).

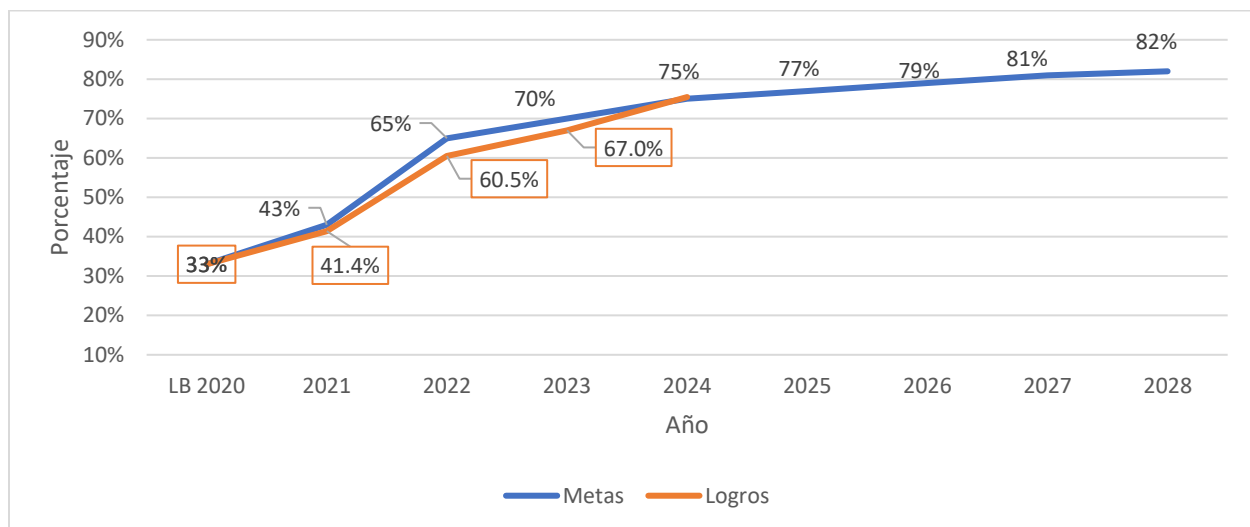
*Gráfico 5: Composición del índice sintético para determinar el nivel de independencia del adulto mayor*

ITM	CATEGORIA	FACTORES	PESO
1	Determinantes de Salud	III- Factores de riesgos sociosanitarios IV- Antecedentes de salud V- Hábitos tóxicos VI- Factores asociados al riesgo a enfermar VII- Factores asociados a riesgo de caídas VIII- Mini-tamizaje de nutrición IX- Fragilidad	40
2	Salud Mental	X- Escala de depresión geriátrica Yesavage XI- Escala de soledad este II XII- Estado mental, escala mini mental	30
3	Valoración Sociodemográfica	I- Datos demográficos II- Valoración social	20
4	Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria	XIII- ABVD XIV- AIVD	10
<p>Los 14 factores de incidencia están compuestos por 38 variables que se califican de acuerdo con pesos asignados a cada una. La sumatoria de puntajes conforma un índice sintético de 0 a 100.</p> <p>El índice maneja tres niveles de acuerdo con los puntajes agregados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>De 0 a 10 el adulto mayor se clasifica como independiente;</li> <li>De 11 a 40 se clasifica como independiente con riesgo de dependencia;</li> <li>De 41 a 100 se clasifica como dependiente.</li> </ul>			

Fuente: tabla de CONAPE (2025d).

41. El levantamiento y seguimiento del índice se realiza aplicando el EDIAM de manera semestral, y se calcula y actualiza en el SISDAM para apoyar el seguimiento y gestión gerencial adelantados por CONAPE. En consecuencia, el indicador *Porcentaje de adultos mayores independientes* mide el número de adultos mayores que registran el nivel “independiente” en el índice sintético con respecto al número de adultos mayores atendidos. El universo de medición lo constituyen los beneficiarios de: (i) hogares de día y centros permanentes que aplican el método SECARE, incluidos en los productos 3 y 4; (ii) hogares de día y centros permanentes que no aplican el método SECARE, incluidos en el producto 2, y; (iii) *Familias de Cariño*, incluidos en el producto 2 (CONAPE, 2025e). Ello implica que el resultado **no aplica para la población atendida a través de los beneficios y servicios sociales complementarios** brindados en el Producto 2, los cuales concentran la mayor cobertura poblacional del Programa. En el período 2020-2024 el promedio de atención anual de estos servicios fue de aproximadamente 290 mil personas y específicamente en el año 2024 de aproximadamente 239 mil personas, frente a un total aproximado de 6,160 personas cubiertas por los centros diurnos y permanentes (SECARE y NO SECARE) y de 290 personas por Familias de Cariño.
42. Adicionalmente, el resultado se reporta de manera agregada para los tres tipos de servicios. Dadas las diferencias en las características de la población objetivo en términos de su composición por nivel de independencia y de los servicios brindados por los hogares de día y centros permanentes es importante poder entender el desempeño diferenciado a nivel de los resultados por tipo de servicio, desagregando el indicador en consecuencia. En el caso de Familias de Cariño, considerando que prioriza a la población en situación de dependencia, vale la pena reconsiderar su medición en este resultado.
43. Considerando las anteriores limitaciones, y tal como se aprecia en el Gráfico 6, el desempeño del Programa a este nivel ha sido progresivo y positivo, siendo marcado en los primeros años con una tasa de crecimiento decreciente. El cumplimiento de metas anuales ha sido satisfactorio, oscilando entre un 93% y 101% entre 2020 y 2024.

Gráfico 6: Porcentaje de adultos mayores independientes



Fuente: elaboración propia con datos de (DIGEPRES, 2025a); CONAPE, Dirección de Planificación y Desarrollo (2025); Ministerio de Hacienda (2025). Nota: la medición corresponde a los productos 3 y 4 más hogares de día, centros permanentes y Familias de Cariño del Producto 2 del Programa.

44. La dinámica observada ha obedecido principalmente a los siguientes tres factores:

- Durante el período 2020-2022, etapa de despegue y en cierta medida de pilotaje del Programa, se estaban desarrollando y probando en el terreno el EDIAM y el SISDAM. Lo anterior se tradujo en un subregistro y consiguiente bajo porcentaje relativo de personas independientes reportadas. Es decir, es probable que haya habido un efecto subregistro que redujo las metas y porcentajes reportados. Las limitantes de medición referidas se han ido superando a partir del 2022, generando información más ajustada a la realidad del índice sintético.
- El período 2020-2021 fue afectado sensiblemente por la pandemia por COVID-19, generando traumatismos directos en la atención en los hogares de día y centros permanentes, los cuales vieron limitados sus servicios y sufrieron altibajos en la demanda, en un contexto de impacto socioeconómico que afectó negativamente los niveles de independencia de la población objetivo.
- Entre el 2022 y el 2024 se suavizó la tendencia previa pero aun así esta correspondió a un cambio porcentual del 15% significativo (y una tasa de crecimiento respectiva del 25% en el período), asociado a la **progresión gradual de la estrategia programática y del modelo de atención**; en un contexto de reactivación postpandemia COVID-19.

45. El objetivo principal para las metas de resultado final 2025-2028 es el de lograr una tasa de crecimiento del 8,6% para el cuatrienio, con respecto a la reportada para el 2024. En términos marginales, este comportamiento y proyecciones sugieren que el crecimiento rápido del

porcentaje de adultos mayores independientes atendidos se empieza a capitalizar, considerando además el reto de mantener el nivel de independencia en una población atendida envejeciente. Por ende, su viabilidad dependerá en buena medida del incremento de la cobertura en la atención, sumado al fortalecimiento institucional y calidad del servicio. (El análisis respectivo se expone en la sección 4.6.1.)

#### *Resultados intermedios*

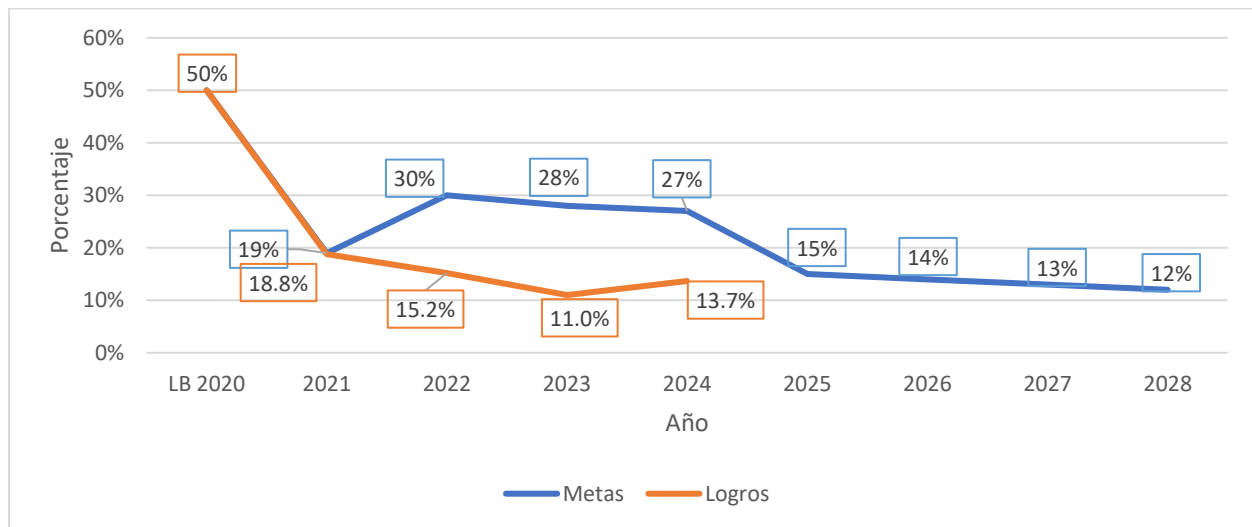
46. El Programa ha especificado tres resultados intermedios: (i) Reducir la tasa de riesgo a dependencia de los adultos mayores; (ii) Aumentar la participación de los adultos mayores en centros, y; (iii) Reducir los ingresos tempranos a los centros permanentes. A continuación se expone su desempeño en el período.

#### *Reducir la tasa de riesgo a dependencia en los adultos mayores*

47. El riesgo a dependencia se mide a través del mismo índice sintético del resultado final, constituyendo el nivel siguiente (inferior) al de independencia. Su dinámica está correlacionada, toda vez que un incremento en el porcentaje de adultos mayores independientes implica generalmente la reducción de aquellos con riesgo de dependencia, para una población objetivo determinada. De otra parte, una reducción de la tasa de riesgo a dependencia está dirigida a aumentar el nivel de independencia, si bien puede ocurrir que implique un incremento en la tasa de dependencia, como resultado no deseado.
48. El universo de medición del resultado lo constituyen los beneficiarios de hogares de día y centros permanentes que aplican el método SECARE, es decir, aquellos cubiertos por los productos 3 y 4 del Programa respectivamente (CONAPE, 2025e). Para el año 2024 se alcanzó una atención de 765 adultos mayores en el producto 3 y de 359 en el producto 4. La medición no incluye los hogares de día y centros permanentes NO SECARE, lo cual da una lectura parcial y de limitada utilidad para el análisis de efectividad programática. Al igual que el resultado final, el indicador y su meta no se ha desagregado por tipo de servicio, limitando el entendimiento del comportamiento de la tasa en públicos objetivo diferenciados.
49. En el Gráfico 7 se aprecia el comportamiento de la tasa de adultos mayores con riesgo a dependencia. Un primer aspecto para referir es que el subregistro del indicador de resultado final se tradujo probablemente en un porcentaje elevado (50%) para el año 2020, aun considerando el efecto negativo de la pandemia por COVID-19 que aumentó la tasa. Las mejoras de gestión de información y monitoreo que introdujo progresivamente CONAPE se reflejan en mediciones más confiables en los años siguientes.



Gráfico 7: Porcentaje de adultos mayores con riesgo a dependencia



Fuente: ibid. Nota: la medición corresponde a los productos 3 y 4 del Programa.

50. La tendencia para el período, aún sin considerar el valor del año 2020, es decreciente. Esta dinámica refleja una gestión efectiva de la tasa de riesgo a dependencia, traducida en un incremento en el nivel de independencia de los beneficiarios. En el año 2024 hay un incremento leve que en principio no revierte la tendencia. El incremento apunta a una posible recuperación del nivel de adultos mayores que estaban en dependencia en centros SECARE y pasaron al nivel de riesgo de dependencia; dado el incremento observado en el nivel de independencia y del porcentaje de adultos activos.
51. Exceptuando el año 2021, las metas hasta el 2024 se han subestimado, con niveles de cumplimiento del 50% e inferiores. Para el período 2025-2028 se han revisado las metas proyectadas con un incremento adicional para el presente año. Es recomendable por ello analizar detenidamente la dinámica desde el 2022 para entender mejor las causas del incremento del 2024 (13,7%). Con base en ello, y en las proyecciones de recursos e intervenciones programáticas, revisar las metas proyectadas para evitar malas estimaciones de nuevo.

#### Aumentar la participación de los adultos mayores en centros

52. El resultado busca incrementar la participación de adultos mayores en actividades recreativas, ocupacionales y sociales ofrecidas por los centros, por ende incidir en su comportamiento de manera positiva y que incidirá consecuentemente sobre su nivel de independencia (CONAPE, 2025e).
53. El indicador definido para el efecto toma el porcentaje de adultos mayores independientes o con riesgo de dependencia cubiertos por los hogares de día SECARE (producto 3) con respecto al total de adultos mayores cubiertos por los hogares de día SECARE (ibid.). Es decir, asume que la

actividad está definida por el nivel y por ello los adultos mayores dependientes no se consideran activos.

54. Esta medición tiene las siguientes limitaciones:

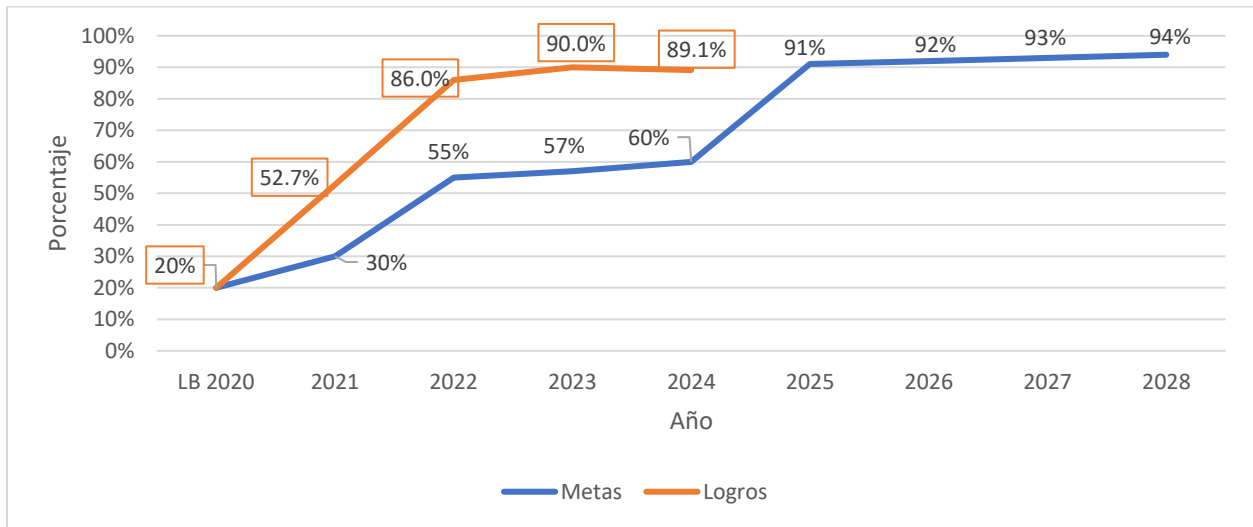
- En primer lugar maneja un supuesto que no necesariamente se cumple, ya que los adultos mayores presentan diferentes grados de participación en las actividades y servicios específicos ofrecidos por los centros, independientemente de su nivel de independencia. Ello puede llevar a conclusiones erróneas al respecto. El indicador por lo tanto no es adecuado y en consecuencia se recomienda sea reemplazado por uno que mida el grado de cumplimiento de las actividades ofrecidas por los centros.
- Adicionalmente, el indicador se limita a la población beneficiaria de los hogares de día SECARE (producto 3), debiendo cubrir también a todos los hogares de día y centros permanentes de los productos 2 y 4 respectivamente.

55. Actualmente, solo los hogares de día y centros permanentes SECARE definen planes de intervención individual. Por ello inicialmente puede aplicarse un indicador de su cumplimiento como medida de participación, ya que cada adulto mayor es libre de tomar parcial o totalmente los servicios contenidos en el plan. Para los hogares de día y centros permanentes NO SECARE, se recomienda promover la adopción de planes de intervención acorde a los servicios y capacidad ofrecidos. En todos los casos es importante que cada adulto mayor participe en la definición del plan bajo orientación de los equipos técnicos, buscando así generar un acuerdo voluntario de cumplimiento.

56. En suma, al ser la participación una dimensión del comportamiento, entendido como condición necesaria para el logro de incremento en el nivel de independencia, este corresponde a un resultado inmediato. En otras palabras, la decisión de un adulto mayor de mejorar su participación en términos del cumplimiento del plan de intervención probablemente incidirá en mejorar o mantener su nivel de independencia.

57. A parte de las anteriores recomendaciones de ajuste, es preciso anotar que la medida actual completa implícitamente la lectura de composición por niveles de la población objetivo para el producto 3. El gráfico a continuación muestra el efecto del incremento de adultos mayores independientes logrado en los hogares de día CONAPE en especial, con las mismas consideraciones realizadas para los resultados final e intermedio previos. La principal diferencia obedece a las características de la población objetivo, en su mayoría independiente, y a los servicios diferenciados del método SECARE, los cuales se han traducido en la reducción progresiva de los adultos independientes con riesgo a la dependencia y en menor medida, de dependientes.

Gráfico 8: Porcentaje de adultos mayores activos



Fuente: ibid. Nota: la medición corresponde al producto 3 del Programa.

58. En el gráfico se evidencia una subestimación de metas igualmente hasta el año 2024 y un ajuste para el cuatrienio en curso, que ratifica la estabilización en la composición por niveles, manteniendo una tendencia de reducción de la población objetivo dependiente.

#### *Reducir los ingresos tempranos a los centros permanentes*

59. A través de este resultado se busca evitar el servicio institucionalizado cuando este se puede prevenir a través de servicios de atención y protección integral en el entorno del hogar y comunitario, como los ofrecidos por los hogares de día, Familias de Cariño y cuidado domiciliario. La opción de los centros permanentes es una alternativa de cuidado priorizada para condiciones complejas de vulnerabilidad o dependencia, por lo que un objetivo programático es evitar o postergarla en lo posible, más considerando su alto costo unitario relativo.

60. Sin embargo, el cumplimiento de este resultado no se ha podido determinar, debido a que el indicador definido para este propósito no permite corroborar si efectivamente se están reduciendo los ingresos tempranos a los centros permanentes como consecuencia de las intervenciones programáticas. El indicador no es relevante ni claro (Kusek y Rist, 2005), ya que:

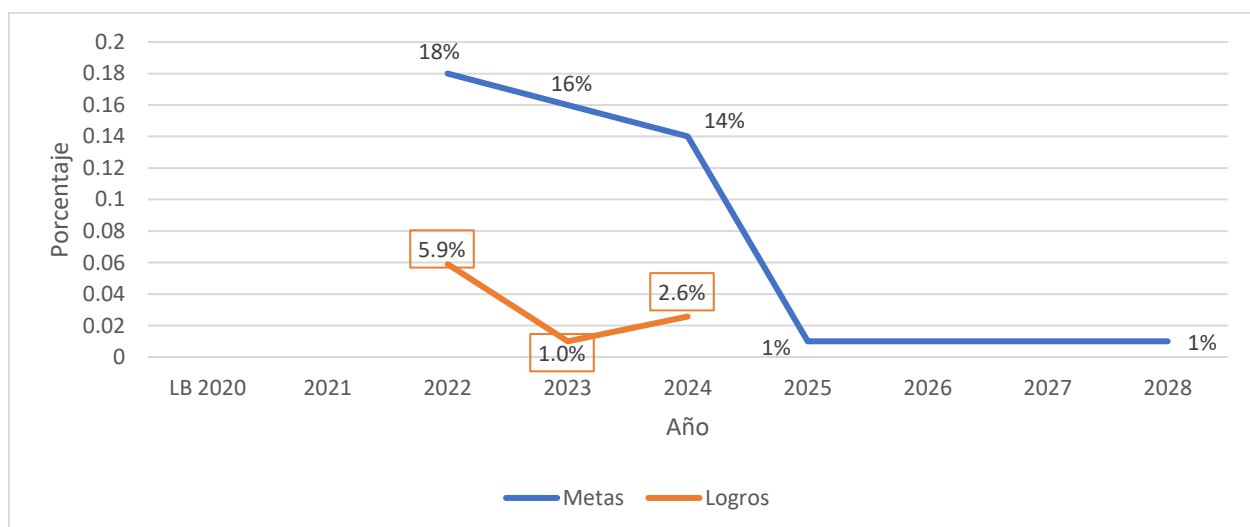
- La fórmula definida implica que entre más solicitudes de asilo no se aprueben menor va a ser el valor del indicador.
- No considera la capacidad de oferta del servicio como factor que puede estar restringiendo la aprobación de solicitudes de asilo. Es decir, las solicitudes de personas que requieren el servicio y deben tenerlo pueden ser altas e insatisfechas, pero la fórmula no permite ver esta posible situación.

- El denominador toma la población total que recibe servicios del producto 2 (además del producto 4), asumiendo que en su totalidad es objeto potencial de institucionalización, lo cual no es correcto.
- Salvo los hogares de día y Familias de Cariño, los servicios complementarios del producto 2 no corresponden a intervenciones sistemáticas y estructuradas de protección y atención integral sino a servicios puntuales, con periodicidad variable y alcance limitado.
- Además, el tamaño considerable y variabilidad de la población que recibe servicios complementarios en el producto 2 (eg. 239 mil personas en el año 2024) frente al total de adultos mayores atendidos en centros permanentes (1037 en 2024) se traduce en un efecto dilución, equivalente a un porcentaje bajo que no brinda una lectura adecuada del objetivo de medición.

61. Una medida alternativa podría centrarse en la medición del porcentaje de adultos mayores con dependencia leve, moderada o severa que en un período determinado pasan a requerir cuidado institucionalizado con respecto al total de adultos mayores con dependencia leve, moderada o severa; cubriendo la población atendida por centros diurnos, Familias de Cariño y cuidado domiciliario.

62. Los reportes de logros y metas del indicador de resultado empleado hasta la fecha reflejan las limitaciones descritas, incluyendo además de la subestimación considerable de metas un comportamiento algo errático en los registros de logros disponibles desde el año 2022, tal y como se aprecia en el Gráfico 9.

*Gráfico 9: Porcentaje de adultos mayores que solicitan asilo*



Fuente: *ibid.* Nota: la medición corresponde a los centros permanentes de los productos 2 y 4 del Programa y la totalidad de servicios del producto 2.

### *Resultados inmediatos*

63. El Programa no define resultados inmediatos. En la siguiente sección se analiza la importancia de identificarlos, como medida de atribución directa del consumo de los productos programáticos, específicamente de efectos positivos en el comportamiento de la población objetivo.
64. Al respecto, tal y como se menciona previamente, se recomienda revisar el resultado de Aumentar la participación mayores en centros, reclasificándolo como resultado inmediato y medido a través del grado de cumplimiento del plan de intervención del adulto mayor.

### *Consideración sobre un resultados asociado al producto 5: Cuidado domiciliario para adultos mayores con dependencia moderada y severa.*

65. Si bien la incorporación del producto 5 es muy reciente, no se ha definido aún un resultado asociado. Por ende se recomienda hacer lo correspondiente, acorde con la focalización del producto en la población objetivo con dependencia moderada y severa. Su incidencia sobre el nivel de independientes e incluso sobre el nivel de independientes con riesgo a dependencia es poco probable, por lo cual podría concentrarse en la reducción del grado de dependencia en sus diferentes subniveles (leve, moderada, severa), o en evitar su agudización (eg. de moderada a severa), entre otros aspectos.
66. Alternativamente, podría asociarse al resultado de reducción de ingresos tempranos a los centros permanentes a través de la medición arriba propuesta del porcentaje de adultos mayores con dependencia leve, moderada o severa que en un período determinado pasan a requerir cuidado institucionalizado con respecto al total de adultos mayores con dependencia leve, moderada o severa; cubriendo la población atendida a través del cuidado domiciliario, y además los centros diurnos y Familias de Cariño, bajo un tratamiento desagregado. Considerando la fase de pilotaje en la que se encuentra este producto, es conveniente explorar las anteriores y otras opciones desde el CONAPE, con apoyo de la ONE.

#### **4.1.2. Lógica vertical**

*¿El modelo lógico del programa ha reunido las condiciones necesarias y suficientes para la producción programática conducente al logro de resultados? ¿El grado de contribución de los resultados inmediatos e intermedios hacia el resultado final es significativo? ¿La Teoría del Cambio del programa es robusta (diseño e implementación)?*

67. La Teoría del Cambio (TdC) del Programa es robusta y está sustentada en buenas prácticas internacionales de demostrada efectividad (U. Suragarn, D. Hain y G. Pfaf, 2021). La estrategia programática se basa en el modelo AICP promovido por la OISS y, en parte, en su similar de atención integrada de las personas mayores (ICOPE), promovido por la OMS (OISS, 2018 y OPS, 2020). A partir de, y en consistencia con estos, CONAPE ha desarrollado el método SECARE de atención integrada e integral, dirigido a fortalecer la autonomía, independencia, participación e integración social de los adultos mayores, partiendo de su reconocimiento como sujetos de

derechos. El enfoque promueve el cuidado en los entornos familiar y comunitario, previniendo y postergando al máximo la institucionalización como medida de última instancia en el cuidado. En los casos en los cuales el cuidado en centros permanentes es requerido, el método SECARE igualmente se aplica para propiciar un envejecimiento digno, saludable y de bienestar.

68. El modelo lógico del Programa, si bien estructurado bajo el enfoque descrito, tiene tres limitantes que afectan su lógica vertical: (i) adolece de resultados inmediatos explícitos; (ii) no define un resultado atribuible al producto 5 de Cuidado Domiciliario y a Familias de Cariño, y; (iii) la función de producción programática incluye una serie de servicios y beneficios complementarios puntuales y dispersos, que no corresponden a intervenciones sistemáticas y estructuradas de protección y atención integral; por ende tienen una baja incidencia en los resultados del Programa.
69. En la especificación del modelo lógico y subsecuente desarrollo del marco de resultados programático no se incluye un resultado inmediato. El bienestar esperado, medido a través del índice sintético de nivel de independencia, tiene un componente de comportamiento que es condición previa para su logro. Este se puede expresar al reclasificar y redefinir el indicador del resultado intermedio que busca aumentar la participación de adultos mayores en las actividades ofrecidas por los centros geriátricos, para que mida el grado de cumplimiento del plan de intervención individual que incluye el SECARE. En los centros NO SECARE se debe promover la adopción y medición de cumplimiento de planes de intervención, de acuerdo con la capacidad y servicios ofrecidos.
70. El producto 5 de reciente incorporación en fase de pilotaje no tiene un resultado definido al cual contribuya. A su vez, la intervención de Familias de Cariño, de características similares al producto 5 se incluyó en el resultado final, en el cual tiene una baja incidencia ya que su población objetivo está en situación de dependencia. En este sentido, el resultado intermedio de reducción de ingresos tempranos a centros permanentes puede servir para fortalecer el modelo lógico al atribuirlo a estas dos intervenciones. Ello implica necesariamente redefinir su indicador, de tal forma que mida el porcentaje de adultos mayores con dependencia leve, moderada o severa que en un período determinado pasan a requerir cuidado institucionalizado con respecto al total de adultos mayores con dependencia leve, moderada o severa atendidos, aplicado a la población cubierta por Familias de Cariño y cuidados domiciliarios.
71. La mayor parte de la población beneficiaria del programa (más del 95%) solo cuenta con uno o más servicios y beneficios puntuales y disconexos, con periodicidad variable y alcance limitado, sin estar cubiertos por los centros geriátricos, el cuidado domiciliario o Familias de Cariño. Si bien los servicios corresponden a actividades que benefician a adultos mayores, quienes de otra forma no estarían atendidos en absoluto, no reúnen las condiciones para incidir en el logro de resultados definidos por el Programa. Adicionalmente, sus rangos de cobertura son relativamente bajos, desde niveles inferiores al 1% para raciones alimentarias, hasta un 16,4% para el caso de

pensiones (CONAPE, 2025f). Ello implica que hay un potencial de cobertura importante para los beneficiarios directos por materializar.

72. Una alternativa para fortalecer el modelo lógico en este aspecto es la de estructurar intervenciones sistemáticas y con periodicidad definida a través de paquetes de beneficios y servicios focalizados en los adultos mayores de mayor vulnerabilidad, con énfasis en aquellas personas con un Índice de Calidad de Vida (ICV) I y II. La capacidad demostrada de CONAPE para lograr que su población objetivo acceda a servicios de otras instituciones constituye una ventaja comparativa y buena práctica que hace viable este propósito, sumado a su condición de rector de política. Entre los servicios y beneficios de mayor relevancia para conformar los paquetes focalizados están la gestión desde CONAPE del: (i) acceso a pensiones solidarias de personas elegibles; (ii) afiliación al seguro nacional de salud ante SeNaSa para personas elegibles; (iii) acceso a atención primaria a través del SNS; (iv) mejoramiento o provisión de viviendas adecuadas con el MIVED; (v) afiliación a Supérate y acceso a oferta de servicios y beneficios respectivos; (vi) acceso a programas de alfabetización con el Ministerio de Educación; (vii) acceso a servicios generales ofrecidos por CONAPE como los de protección legal, recreación, cultura y jornadas sociales.
73. Además de propender por que la población objetivo se beneficie de la totalidad o el mayor número de servicios de los paquetes descritos, es importante que sea registrada en el EDIAM y reciba un seguimiento periódico. Ello permitirá monitorear el cumplimiento en la provisión regular de los servicios y acompañar su evolución, en términos del nivel de independencia, para así identificar de manera temprana medidas de manejo, como su posible inclusión en los demás productos estructurados del Programa.
74. Este propósito requiere del concurso de varias instituciones con CONAPE como eje de su gestión coordinada a través de la Mesa Intersectorial de Cuidado, nivel de gobernanza política y coordinación a nivel central de la Política Nacional de Cuidados (MEPyD, 2021a).

#### **4.1.3. Incentivos a la efectividad**

*¿Se cuenta con responsables de metas y mecanismos gerenciales de contractualización del desempeño que incentiven la efectividad?*

75. El modelo de gestión de CONAPE está orientado hacia el logro de resultados, incluyendo la operación de mecanismos gerenciales de gobernanza que orientan la toma de decisiones informadas en el desempeño observado, con responsabilidades y procedimientos establecidos y operantes. La institución ha estructurado toda su gestión en torno al Programa de manera estratégica para alinear a sus dependencias en torno al cumplimiento de las metas programáticas trazadas.
76. La Comisión Institucional CONAPE es el órgano rector del seguimiento, siendo presidida por la Dirección Ejecutiva de la entidad, junto con áreas de planificación, monitoreo y evaluación, como

la Dirección de Planificación y Desarrollo y el Departamento de Formulación, MyE de Planes, Programas y Proyectos. En esta instancia se analiza el desempeño a nivel de productos y resultados y se toman las decisiones estratégicas de gestión. Las diferentes dependencias del CONAPE tienen responsabilidades claramente establecidas en torno a los servicios que se prestan en el Programa, reportando a la Comisión por vía del área de MyE (CONAPE, 2025e). El mecanismo incentiva la efectividad a través de procedimientos de contractualización del desempeño de las diferentes áreas sustantivas y de apoyo en la institución.

77. Adicionalmente, el Programa cuenta con un Comité Técnico de carácter operativo, en donde se analiza el desempeño a nivel de productos y actividades programáticas. La coordinación técnica del Programa articula en este espacio a las diferentes áreas técnicas asegurando el cumplimiento de metas, propendiendo por una gestión eficaz con responsabilidades específicas claramente definidas (CONAPE, 2025e).
78. Cabe destacar a su vez que CONAPE hace parte de las 45 entidades priorizadas a nivel nacional de Evaluación de Desempeño Institucional (EDI) conducida por el Sistema de Monitoreo de la Administración Pública (SISMAP, 2025). La EDI se basa en las metas priorizadas por la Presidencia de la República y establece bonificaciones para los servidores públicos de acuerdo a su desempeño, actuando como mecanismo de contractualización. La EDI tiene en sus objetivos, además de los relacionados con el fortalecimiento y efectividad de la gestión, el promover la rendición de cuentas y la satisfacción de los ciudadanos.

#### **4.1.4. Resultados inesperados**

*¿Se evidencian resultados positivos o negativos inesperados como consecuencia de las intervenciones del programa? (incluyendo efectos secundarios o de derrame tipo spill-over)*

79. La evaluación evidenció dos efectos positivos destacables y no contemplados en el marco de resultados, los cuales se derivan del enfoque de gestión gerencial (orientada al logro de resultados) desarrollado por CONAPE.
80. En primer lugar, la capacidad de gestión de alianzas estratégicas efectivas se ha traducido en la suscripción de 118 convenios en el período 2020-2025, con entidades públicas (30), privadas (1), internacionales (3) y de la sociedad civil (84) (CONAPE, 2025c). Las alianzas alcanzadas, además de incrementar la presencia del Programa en el territorio, generan un apalancamiento de la inversión. CONAPE ha entendido claramente a lo largo de la ejecución del Programa la importancia de operar en torno al desarrollo y expansión de alianzas como un factor determinante en su efectividad.
81. Otro efecto no contemplado en el marco de resultados ha sido el fortalecimiento del capital social, representado en las organizaciones de sociedad civil, tanto las ASFL locales que operan en el territorio como aquellas de las cadenas de suministro. El modelo de gestión descentralizado de CONAPE ha permitido contribuir a procesos endógenos locales que además fortalecen la imagen



y receptividad de CONAPE. La institución viene acompañando y asistiendo a estas organizaciones en su fortalecimiento institucional bajo el entendimiento de que con ello está forjando aliados en el territorio que prestan servicios de calidad (CONAPE, 2025i).

## 4.2. Eficiencia

### 4.2.1. Costeo unitario

*¿El programa ha identificado y cuantificado costos unitarios de los bienes y servicios generados?*

82. El Departamento Financiero de CONAPE adelanta un seguimiento presupuestal y financiero sistemático que le permite contar con información desagregada a nivel de insumos y actividades de los servicios prestados y así calcular costos unitarios promedio (por persona) de los productos programáticos (CONAPE, 2025g; MEPyD, 2024). Además, han diferenciado costos unitarios por nivel de independencia.

83. La División de Ingeniería tiene costos estandarizados de los centros modelo diferenciados en cuatro tipos de acuerdo a su capacidad de atención, con base en los requerimientos de diseño arquitectónico, funcionalidad y seguridad (CONAPE, 2025h). Esta información se emplea para apoyar las proyecciones de costos y consecuente expansión de los centros SECARE.

84. Adicionalmente, cuentan con análisis de costos por servicios. Para el caso del servicio médico, identificando costos directos e indirectos. Sin embargo, este análisis está desactualizado y es parcial para los demás servicios ofrecidos, siendo importante su revisión presente. A su vez, es recomendable realizar su estandarización de acuerdo con el método SECARE para sistematizar así la especificación de las características, alcance y costo de cada servicio en cumplimiento de los parámetros de calidad SECARE, diferenciados por tipo de centro y nivel de independencia del adulto mayor.

### 4.2.2. Oportunidad

*¿Se identifica alguna actividad que no se esté adelantando o cuyo fortalecimiento mejoraría la eficiencia?*

Las siguientes actividades se consideran relevantes para ser fortalecidas con el fin de mejorar la eficiencia programática.

85. Como se ha expuesto en la sección 4.1.2 (pg45) el producto 2 del programa incluye una serie de servicios y beneficios puntuales y desconexos, con periodicidad variable, alcance limitado y una baja cobertura relativa de los beneficiarios, dada su atomización. En consecuencia, si son estructurados en intervenciones sistemáticas con periodicidad definida, a través de paquetes de beneficios y servicios que reciba cada adulto mayor se logrará mejorar la eficiencia en la asignación. Este razonamiento parte del entendimiento de los beneficios que genera la entrega dispersa de beneficios y servicios esporádicos a beneficiarios con una alta rotación frente a los que genera un abordaje sistemático, focalizado y regular de paquetes integrados. En términos de

focalización, dada la baja cobertura relativa poblacional del Programa debido a los recursos financieros de los que dispone es imperativo concentrar la atención en los adultos mayores de mayor vulnerabilidad, con énfasis en aquellas personas en ICV I y II.

86. La estandarización de los servicios incluidos en el SECARE para centros diurnos y permanentes y nivel de independencia es crítica para la expansión del método hacia los operadores que actualmente no lo aplican. Actualmente hay una varianza importante en el número de servicios que ofrece cada operador, tanto SECARE como NO SECARE (CONAPE, 2025f), siendo oportuno poder, a partir de un estándar definido, determinar cuáles servicios son necesarios y suficientes para el cumplimiento del método SECARE. La estandarización implica además sistematizar las características, alcance y costo de cada servicio y así optimizar las asignaciones por persona y centro. El ejercicio podrá ayudar a identificar aquellos servicios que generan economías de escala al ser brindados a más de un centro, dada su cobertura y disponibilidad propia del servicio. La estandarización ayudará a determinar también el grado de cumplimiento de los *benchmarks* por parte de cada centro y así identificar planes de acción para su fortalecimiento y migración gradual hacia el método SECARE.
87. Una de las principales ventajas del producto 5 de cuidados domiciliarios es su costo unitario relativamente bajo, no solo como medida que evita la institucionalización del cuidado y su consiguiente costo, sino por los gastos evitados en salud que hace posible este tipo de atención (MEPyD, 2024). Actualmente la escala de atención del producto es micro, considerando su carácter de pilotaje, si bien las metas de cobertura del 2025 al 2028 se mantienen bajas (de 236 personas en 2025 a 273 para el 2028). Es oportuno por ende, acelerar la expansión de la cobertura del producto para reducir el efecto de los costos fijos y de establecimiento, y por el contrario, alcanzar las economías de escala de una operación con un potencial considerablemente superior en términos de cobertura y eficiencia.

#### **4.2.3. Redundancia**

*¿Se identifican productos y procesos que se llevan a cabo en la actualidad y podrían ser prescindibles o ser sustituidos por otros más eficientes?*

88. La varianza de servicios referida en la sección anterior apunta a que el proceso de estandarización recomendado será útil para identificar cuáles servicios son necesarios y suficientes para el cumplimiento del método SECARE, y también para determinar cuáles son redundantes.
89. Actualmente existe el riesgo de poliformulación de medicamentos entre el Programa y SeNaSa. Internamente el Programa aplica controles con su cuerpo médico para evitar dicha situación. En el caso de SeNaSa no se tiene este control, con el consiguiente riesgo de que un paciente reciba medicamentos por las dos fuentes, repetidos o no adecuados. La superación de esta situación requiere establecer mecanismos de información compartida y coordinación en la atención.

#### 4.2.4. Medición de eficiencia

*¿Hay indicadores de eficiencia en la operación del programa?*

90. Las medidas de costos unitarios por centro y persona, así como los costos estandarizados de los centros modelo son empleados en la operación del programa, para informar los requerimientos de recursos en la expansión del Programa.
91. La estandarización propuesta a nivel de servicios diferenciados por tipo de centro y nivel de independencia bajo *benchmarks* del método SECARE arrojará un conjunto de indicadores de eficiencia de utilidad para la gestión gerencial del Programa.

#### 4.3. Eficacia

##### 4.3.1. Avance en el cumplimiento de metas de producción.

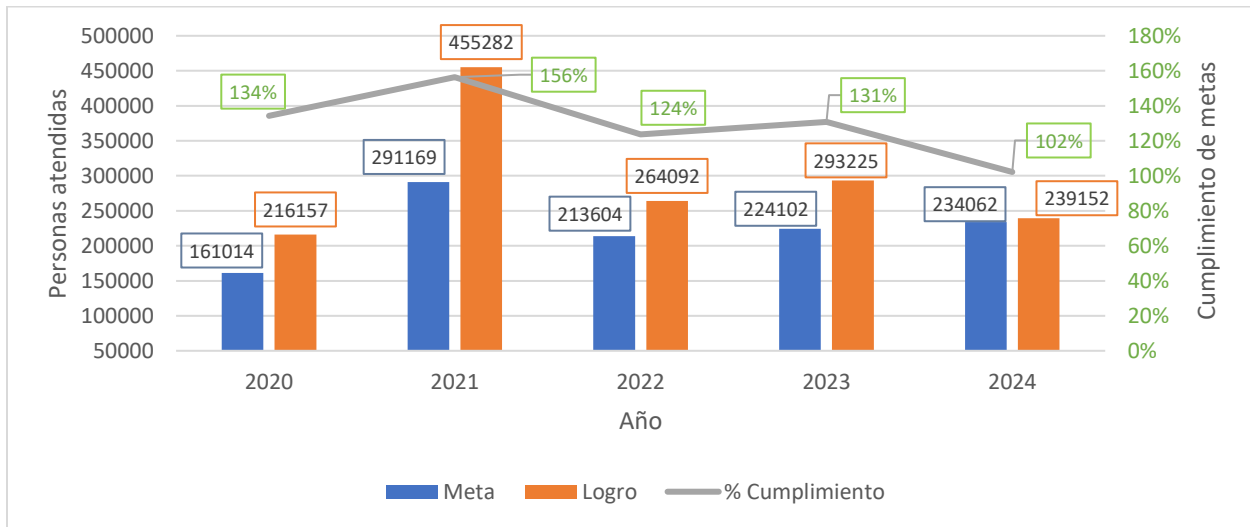
*¿El programa ha provisto los productos oportunamente, en la cantidad y especificaciones esperadas? ¿Qué factores han contribuido o dificultado su logro?*

92. A continuación, se describe el avance en el cumplimiento de los tres productos definidos en el marco de resultados del programa desde su diseño hasta el año 2024. Su desempeño se ha reportado periódicamente en los diferentes reportes e informes de gestión desde el 2020. No se incluye lo relativo al producto 5, dado su reciente inicio en el último trimestre de 2024.

*Producto 2: Adultos mayores reciben servicios de atención integral*

93. El desempeño observado en el producto 2 ha sido notoriamente superior a las metas definidas, con rangos superiores al cumplimiento total que han oscilado entre el 24% y 56% para el periodo 2020-2023 (ver Gráfico 10). Esta situación refleja tanto una subestimación de metas como una baja predictibilidad de los servicios y beneficios complementarios que el Programa brinda, especialmente en el caso de las jornadas de inclusión social de carácter masivo. Para el año 2024 ya se logra un desempeño acorde a la meta anual estimada.
94. Las metas no están desagregadas entre los servicios de atención integral de los centros diurnos, centros permanentes y *Familias de Cariño*. Este aspecto debe subsanarse a través de la identificación de tres productos adicionales a los existentes y la determinación de metas físicas anuales y trimestrales para cada uno. En el caso de los centros diurnos y permanentes es importante además aclarar que no aplican el método SECARE, a diferencia de los análogos en los productos 3 y 4. Esta diferencia adquiere mayor relevancia al considerar el propósito expreso de CONAPE de lograr en el futuro la adopción generalizada del método SECARE.

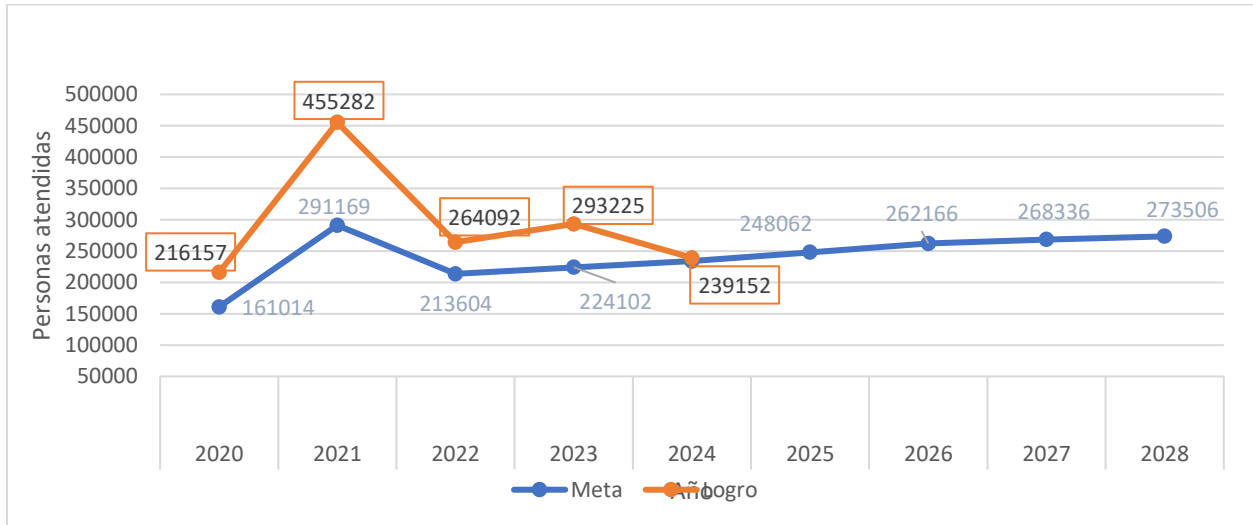
Gráfico 10: Desempeño observado en el producto 2, 2020 - 2024



Fuente: elaboración propia con datos de SIGEF, corte mayo 2025.

95. Se destaca que las personas atendidas a través de los servicios y beneficios sociales complementarios corresponde a más de un 97% del total de beneficiarios del producto 2. La composición de los servicios y beneficios tiene una alta variabilidad; desde jornadas sociales puntuales hasta la gestión de pensiones solidarias o gestión de subsidios monetarios básicos y parciales de apoyo en el pago de servicios públicos o alimentación. La rotación de beneficiarios es alta y los rangos de cobertura bajos. En la base SISDAM analizada se encontró que beneficios como las *Raciones alimentarias* cubren al 0,3% de los beneficiarios, 2,7% en el caso de *TE AMA* y presentan rangos entre el 14,4% y el 16,5% de cobertura para beneficiarios de *PROVEE*, *Bonogás*, *Bonoluz*, *Comer es Primero* y *Pensiones*. No se definen metas de cobertura diferenciadas para estos servicios y beneficios.
96. Para el período 2025-2028 se definen metas con un crecimiento de cobertura leve (entre el 2% y 6% anual en el cuatrienio), si bien no se diferencia su proyección. Por ende es asumible que corresponda a niveles cercanos de atención a los actuales a través de centros diurnos y permanentes y *Familias de Cariño*, con cambios en el margen en la cobertura de servicios y beneficios complementarios. Es por ello recomendable hacer explícitas estas metas para determinar dónde estarán los énfasis estratégicos de la gestión del cuatrienio en curso. En ese sentido, y en consistencia con los objetivos programáticos, los esfuerzos institucionales dirigidos a fortalecer las intervenciones de los centros geriátricos y su adopción progresiva del método SECARE serían las indicadas. A su vez, la estructuración de paquetes de servicios integrados y focalizados (descrita en las secciones anteriores) contribuirá a incrementar la efectividad programática, hoy limitada al alcance y cobertura de los centros diurnos, permanentes. Esta medida puede que disminuya la cobertura absoluta de personas del producto 2 pero incrementará el alcance poblacional cubierto de manera efectiva.

Gráfico 11: Desempeño observado y metas 2025- 2028 (producto 2)

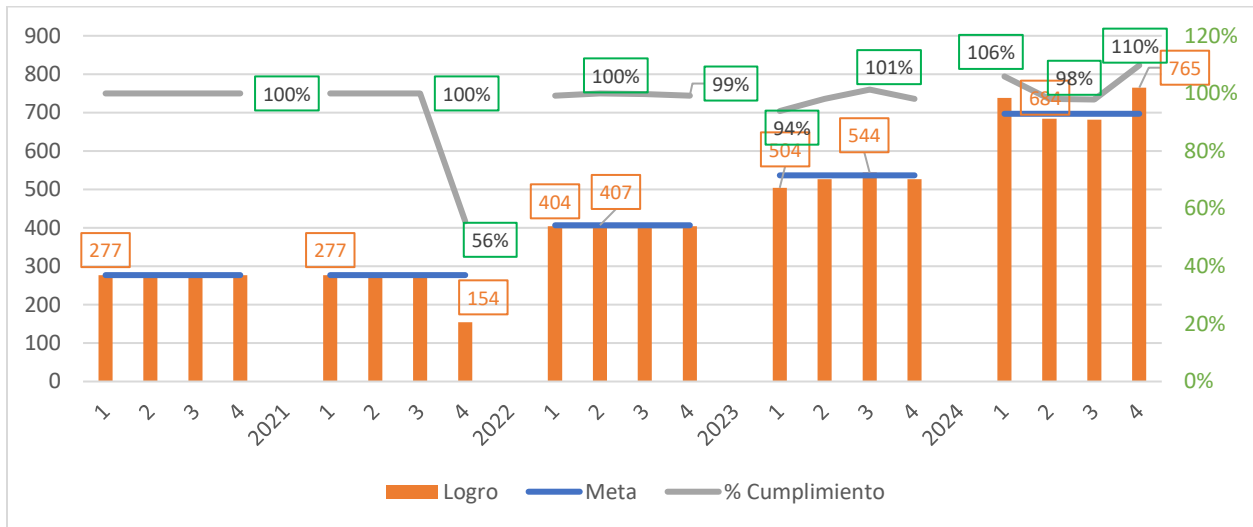


Fuente: ibid.

*Producto 3: Adultos mayores reciben atención y protección integral en centros modelo, según el método SECARE*

97. El desempeño observado en el producto 3 ha sido satisfactorio y cercano al 100% del cumplimiento de metas (ver Gráfico 12), con la única excepción del cuarto trimestre del 2021 donde hubo una caída en la atención de los centros diurnos modelo por la dinámica de los efectos de la pandemia por COVID-19, según lo reportado por CONAPE (2021).
98. En ese año solo estaban en funcionamiento los centros SECARE Juan Bosch y Boca de Cachón atendiendo a 277 personas, por lo que cualquier situación que afectase su operación se traduciría en un cambio sensible en el desempeño esperado. Para el año 2022, con la entrada en operación de los centros SECARE Wilfredo Medina y Yuma se incrementó la cobertura y en el 2024 alcanzó los 765 adultos mayores beneficiados por los centros diurnos que aplican el método SECARE. Para este año se incorporaron los centros Los Mameyes, Azua y 24 de abril.

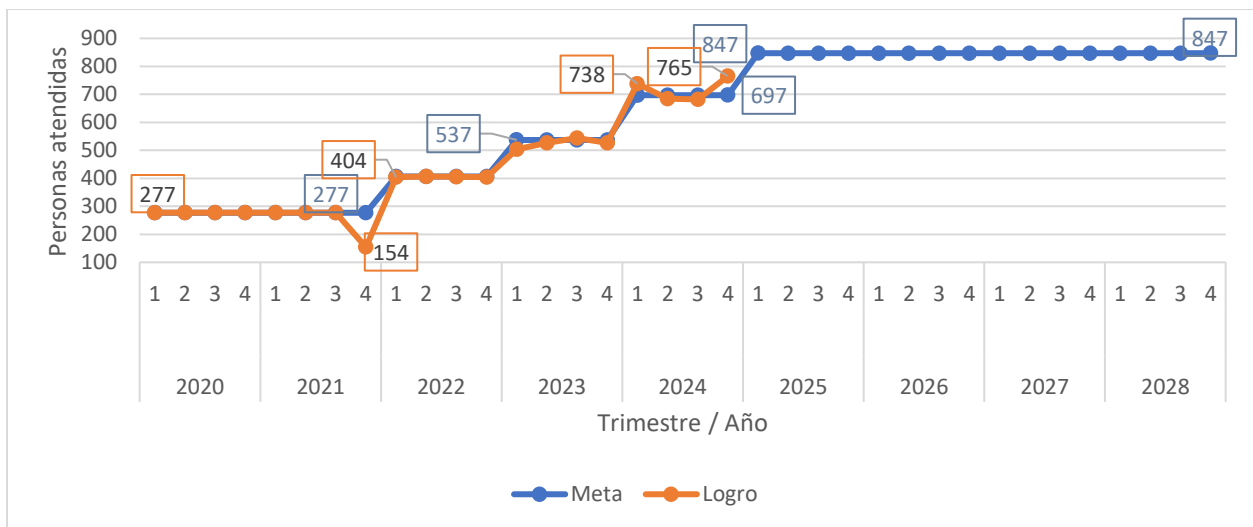
Gráfico 12: Desempeño observado en el Producto 3, 2020-2024



Fuente: ibid.

99. En el año 2025 se están incorporando los centros Hato Mayor, Capotillo y Nizao, con una meta proyectada de atención de 847 personas (ver Gráfico 13). La meta se mantiene constante hasta el año 2028, implicando que la expansión de los hogares de día SECARE se congelará durante el presente cuatrienio. Esta proyección no es consistente con el propósito de expansión del modelo de atención SECARE hacia los centros diurnos que hoy operan como parte del producto 2. Es recomendable por lo tanto hacer una revisión de acuerdo con los objetivos institucionales y programáticos y, de acuerdo con las restricciones presupuestales, adoptar estrategias graduales hacia la expansión del modelo, el cual todavía está en una escala de operación micro.

Gráfico 13: Desempeño observado y metas 2025- 2028 (producto 3)



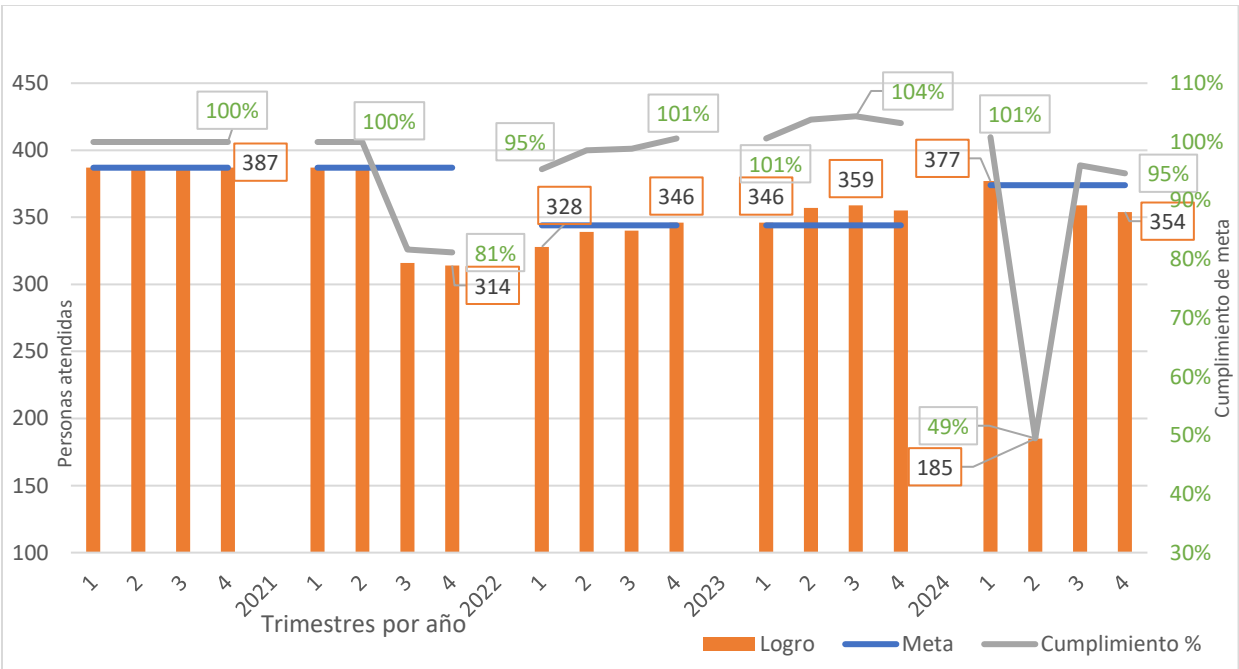
Fuente: ibid.

Producto 4: Adultos mayores reciben atención integral permanente, según el método SECARE

100. El desempeño observado del producto 4 ha sido satisfactorio y cercano al 100% del cumplimiento de metas (ver Gráfico 14). Se presentan dos caídas en el desempeño físico. La primera ocurre en el tercer y cuarto trimestres del 2021 debido a efectos coyunturales por la dinámica de la pandemia por COVID-19, la cual afectó igualmente al producto 3. La segunda, más pronunciada, se da en el segundo trimestre del año 2024 debido al cierre temporal de un pabellón del centro San Francisco de Asís.

101. Desde el año 2020 han operado tres centros permanentes SECARE: (i) San Francisco de Asís; (ii) San Joaquín y Santa Ana (La Vega), y; (iii) Mao. Su nivel de atención ha variado, pasando de 387 personas en los años 2020-2021 a un rango entre 328 y 359 personas entre 2022 y 2023. Para el año 2024 inicia en 377 personas y cierra el último trimestre con 354. En términos generales, lo anterior obedece a una capacidad dada y las dinámicas propias de este tipo de centros. Dado que son solo tres centros con una cobertura micro, cualquier cambio operacional afecta el desempeño esperado sensiblemente.

Gráfico 14: Desempeño observado en el Producto 4, 2020-2024

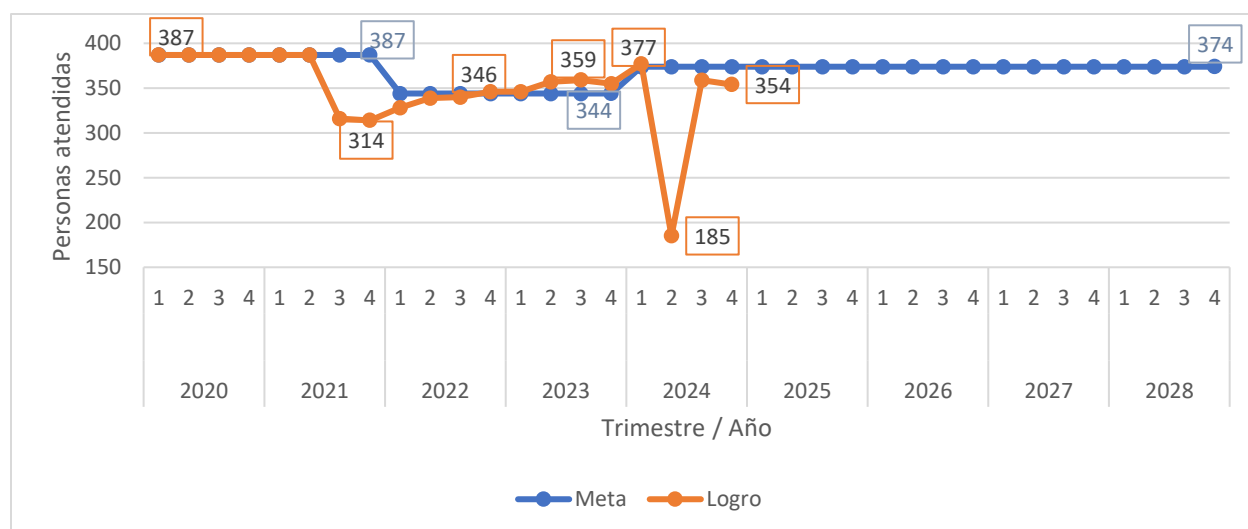


Fuente: elaboración propia con datos de SIGEF, corte mayo 2025.

102. Para el año 2025 y hasta el 2028, la meta se mantiene constante en 374 personas, reflejando una estabilización en la capacidad de los tres centros SECARE, sin proyecciones de incorporar nuevos centros. Al igual que en el caso del producto 3, la proyección no es consistente con el propósito de expansión del modelo de atención SECARE, en este caso hacia los centros permanentes que hoy operan como parte del producto 2. Es recomendable por lo tanto hacer

una revisión de acuerdo con los objetivos institucionales y programáticos y, de acuerdo con las restricciones presupuestales, adoptar estrategias graduales hacia la expansión del modelo, el cual todavía está en una escala de operación micro.

*Gráfico 15: Desempeño observado y metas 2025- 2028 (producto 4)*



Fuente: ibid.

### 4.3.2. Focalización

*¿Los criterios y mecanismos utilizados para seleccionar los beneficiarios son adecuados y técnicamente sustentados? Grado de cobertura de la población objetivo.*

103. El Programa maneja criterios de focalización a partir de la Ley 352 de 1998 y su reglamento 1372-04. Incluye mecanismos técnicos para priorizar a la población vulnerable y brindar servicios acorde al diagnóstico integral del adulto mayor, empleando el EDIAM y sus diferentes escalas, las cuales en conjunto garantizan una selección adecuada y técnicamente sustentada. El análisis cuantitativo realizado al reporte de la base de datos del SISDAM evidenció una focalización adecuada por nivel de independencia, edad y sexo, destacando la mayor composición relativa de mujeres beneficiarias.

104. La principal limitación del Programa es su baja cobertura de la población objetivo. De manera indicativa, si se toma la población estimada con 65 años de edad o más para 2022 de 1,004,224 personas (ONE, 2024) y el 17,9% de población en pobreza según la línea internacional (Banco Mundial, 2025<sup>8</sup>), se tiene que, bajo el criterio de vulnerabilidad socioeconómica, cerca de 180 mil personas conforman el potencial de población objetivo del Programa a ser cubierta por los servicios de protección y atención integral diurna, permanente, cuidado domiciliario y *Familias*

<sup>8</sup> La línea internacional de pobreza para países de ingreso medio alto es de USD 6.85/día.



*de Cariño*. En suma, las anteriores intervenciones actualmente cubren a menos del 4% de este potencial indicativo.

105. Si se toman los cálculos de MEPyD (2024), la población objetivo de centros permanentes y cuidados domiciliarios asciende a 67,448 personas (adultos mayores de 65 años o más en condiciones de dependencia moderada o severa). La cobertura actual de estos servicios es del orden del 3%. No se incluye en estos cálculos a la población beneficiaria de servicios y beneficios sociales complementarios por sus características descritas de atomización, dispersión y baja cobertura relativa, y que de hecho CONAPE los ha excluido del cálculo de metas de resultados programáticos.

106. En consecuencia, el reto de cobertura, aun asumiendo escenarios conservadores que reduzcan la demanda potencial bajo criterios de focalización estrictos, es considerable. Implica ampliar los servicios de protección y atención integral ofrecidos en su conjunto, si bien por razones de costo-efectividad (ibid.) la expansión del producto de cuidados domiciliarios resulta de valor estratégico si amplía su escala de operación en por lo menos uno a dos órdenes de magnitud en el mediano plazo, sumado a la conformación de paquetes de servicios y beneficios sociales focalizados y estructurados con intervenciones de carácter preventivo, bajo un mecanismo de concurrencia y coordinación institucional liderado por CONAPE.

### 4.3.3. Eficacia presupuestal

*Grado de ejecución del presupuesto asignado; correspondencia y consistencia con la estructura programática.*

107. El programa ha ejecutado cerca de RD\$5,554 millones entre el 2020 y el 2024. Esta cifra equivale a un 97% de ejecución con respecto al presupuesto vigente, reflejando un nivel de ejecución casi óptimo. La ejecución relativa más baja con respecto al vigente (84%) se dio en el año 2020, como consecuencia de la pandemia por COVID-19 y su efecto marcado sobre la operación de centros diurnos y permanentes. Dadas estas condiciones, este nivel se considera más que satisfactorio.

*Tabla 7: Ejecución presupuestal global del programa 2020-2024 (RD\$)*

Año	Vigente	Devengado	Ejecución %
2020	706.320.358	595.950.510	84%
2021	742.259.281	729.769.407	98%
2022	1.142.854.580	1.130.570.033	99%
2023	1.251.388.365	1.241.724.688	99%
2024	1.711.050.953	1.705.694.234	100%
Total general	5.553.873.538	5.403.708.872	97%

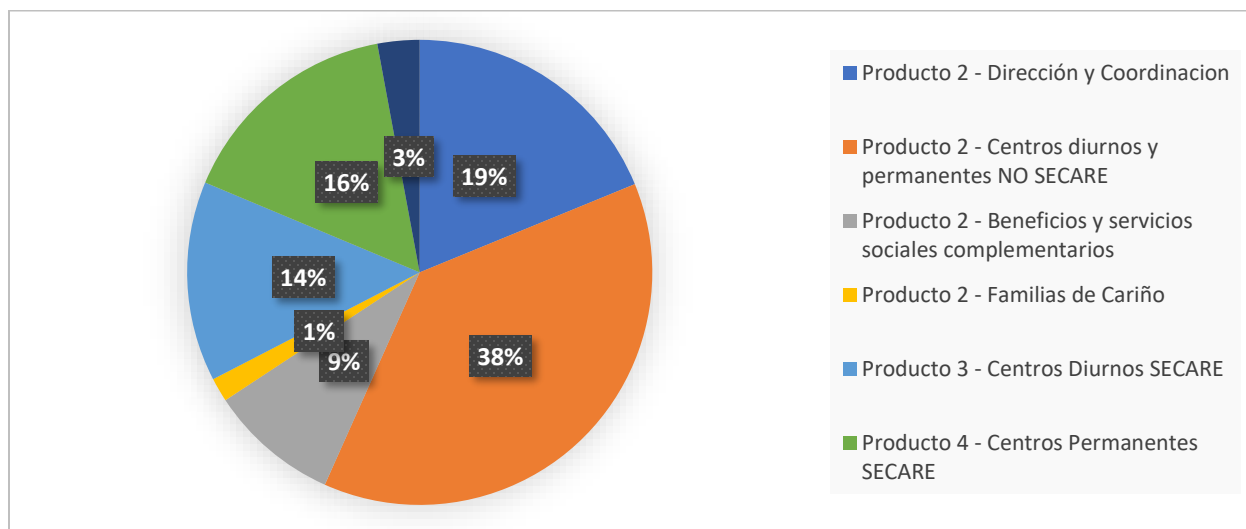
Fuente: ibid.

108. La asignación del periodo tuvo un crecimiento del 242% entre el año 2020 y el 2024. Esta tendencia creciente se ha mantenido para el año 2025, con RD\$ 1.932.937.781 millones asignados.

#### *Distribución de la ejecución presupuestal del programa*

109. Para analizar la distribución de la ejecución presupuestal del período 2020-2024 con base en la estructura programática vigente, se han hecho explícitos los servicios prestados en el producto 2, así como los gastos de Dirección y Coordinación. La categoría de beneficios y servicios sociales complementarios agrupa los servicios de protección legal, educación, cultura, recreación, salud, subsidios, inserción social y PROPEEP listados dentro del producto 2 igualmente.
110. Un primer aspecto para destacar en la composición del gasto es el alto peso relativo de los servicios prestados a los beneficiarios finales a través del Programa (81%). Los gastos de Dirección y Coordinación se han mantenido en un 19%, reflejando una gestión gerencial que busca controlar el gasto de soporte, priorizando la entrega de productos finales. No obstante el gasto de Dirección y Coordinación debe reclasificarse a un nuevo producto 1 en donde se registran las acciones de soporte transversales al programa. Esta recomendación incluye a los gastos recientemente respectivos del producto 5, los cuales deben ser reclasificados dentro del nuevo producto 1.

*Gráfico 16: Distribución de la ejecución presupuestal del programa 2020-2024*



Fuente: ibid.

111. En el período, los centros diurnos y permanentes -NO SECARE- han concentrado el 38% del gasto, seguidos por los centros permanentes -SECARE-(16%) y centros diurnos -SECARE- con un 14%. La categoría agrupada de servicios y beneficios sociales complementarios alcanza un 9% y *Familias de Cariño* tiene una participación marginal del 1%.

112. La Tabla 8 a continuación muestra la composición detallada y la dinámica de cambio en el peso relativo de cada rubro para el período analizado.

*Tabla 8: Ejecución presupuestal de productos del programa 2020-2024*

	Peso Relativo						Peso Relativo	Total	Peso Relativo
	2020	2020	2021	2022	2023	2024	2024	2020-2024	Total
<b>02 - Adultos mayores reciben atención integral</b>	<b>457.640.477</b>	<b>77%</b>	<b>551.343.452</b>	<b>756.736.659</b>	<b>864.135.614</b>	<b>1.012.515.596</b>	<b>59%</b>	<b>3.642.371.797</b>	<b>67%</b>
0001 - Dirección y Coordinación	126.122.231	21%	146.162.220	213.977.015	238.513.584	291.544.946	17%	1.016.319.996	19%
0002 - Protección legal	4.006.921	1%	5.991.079	8.251.598	11.664.035	14.466.910	1%	44.380.542	1%
<b>0003 - Acogida en centros geriátricos</b>	<b>290.707.571</b>	<b>49%</b>	<b>351.184.196</b>	<b>427.315.450</b>	<b>449.779.757</b>	<b>527.995.648</b>	<b>31%</b>	<b>2.046.982.621</b>	<b>38%</b>
0004 - Educación básica y técnica, cultura y recreación	1.441.056	0%	1.888.594	5.097.031	6.349.189	8.741.699	1%	23.517.568	0%
0005 - Adultos mayores reciben subsidios sociales (Transferencia económica)	23.671.800	4%	23.673.600	47.673.600	51.593.526	51.631.800	3%	198.244.326	4%
0006 - Inserción social	4.254.929	1%	11.077.574	14.441.739	13.850.573	16.374.554	1%	59.999.369	1%
0007 - Servicio de salud	7.076.791	1%	7.621.997	24.980.225	27.180.141	32.715.340	2%	99.574.495	2%
0008 - DIGEPEP Grupos vulnerables	359.179	0%	3.744.191	15.000.000	29.253.329	14.622.988	1%	62.979.687	1%
0009 - Familia de Cariño		0%			35.951.480	54.421.712	3%	90.373.192	2%
<b>03 - Adultos mayores reciben atención y protección integral en centros modelos, según el método SECARE</b>	<b>38.309.623</b>	<b>6%</b>	<b>62.143.350</b>	<b>171.172.322</b>	<b>167.072.650</b>	<b>312.708.405</b>	<b>18%</b>	<b>751.406.350</b>	<b>14%</b>
0001 - Servicio de atención integral Juan Bosch	17.014.594	3%	41.237.572	60.886.585	56.539.501	78.928.628	5%	254.606.880	5%
0002 - Servicio de atención integral AMA	10.892.392	2%	1.857.598				0%	12.749.990	0%
0003 - Servicio de atención Integral Boca de Cachón	10.402.637	2%	19.048.180	35.084.835	27.277.711	40.516.035	2%	132.329.398	2%
0004 - Servicios de Atención Integral en el Hogar de Día San Rafael De Yuma		0%		37.263.579	41.509.706	44.796.826	3%	123.570.110	2%
0005 - Servicios de Atención Integral Estancia de Día Lic. Wilfredo Medina		0%		37.937.323	41.745.733	34.585.947	2%	114.269.003	2%
0006 - Servicios de atención integral en el Hogar de Anciano los Mameyes		0%				33.531.635	2%	33.531.635	1%
0007 - Servicios de atención integral Estancia de día 24 de Abril		0%				42.417.339	2%	42.417.339	1%
0008 - Servicios de atención integral en el Hogar de de día Azua		0%				37.931.995	2%	37.931.995	1%
<b>04 - Adultos mayores reciben atención y protección integral permanente, según el método SECARE</b>	<b>100.000.409</b>	<b>17%</b>	<b>116.282.606</b>	<b>202.661.052</b>	<b>210.516.424</b>	<b>222.680.089</b>	<b>13%</b>	<b>852.140.580</b>	<b>16%</b>
0001 - Servicio de atención integral permanente	100.000.409	17%	116.282.606				0%	216.283.015	4%
0001 - Servicio de atención integral permanente en el Centro San Francisco de Asís		0%		96.894.553	103.932.345	104.896.446	6%	305.723.344	6%
0002 - Servicio de Atención Integral en el Centro San Joaquín y Santa Ana		0%		66.124.166	66.058.125	69.320.586	4%	201.502.876	4%
0003 - Servicio de Atención Integral en el Centro Mao		0%		39.642.334	40.525.955	48.463.057	3%	128.631.345	2%
<b>05 - Cuidado domiciliario para adultos mayores con dependencia moderada y severa</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>157.790.144</b>	<b>9%</b>	<b>157.790.144</b>	<b>3%</b>
0001 - Dirección y Coordinación		0%				12.656.532	1%	12.656.532	0%
0002 - Servicio de Cuidado Domiciliario		0%				145.133.612	9%	145.133.612	3%
<b>Total general</b>	<b>595.950.510</b>	<b>100%</b>	<b>729.769.407</b>	<b>1.130.570.033</b>	<b>1.241.724.688</b>	<b>1.705.694.234</b>	<b>100%</b>	<b>5.403.708.872</b>	<b>100%</b>

Fuente: ibid.

113. El gasto absoluto ha sido creciente a lo largo del período para todos los productos. El peso relativo en el gasto total de las actividades de Dirección y Coordinación pasó del 21% en el año 2020 al 17% en el 2024, reiterando un enfoque gerencial adecuado. Los centros diurnos y permanentes -NO SECARE- pasaron de un 49% a un 31% como consecuencia del mayor crecimiento relativo de la atención a través de los centros diurnos SECARE (producto 3), los cuales pasaron de un 6% a un 18% del total del gasto<sup>9</sup>. A su vez, la introducción en el año 2024 del producto 5 de cuidados domiciliarios ocupó un 9% del presupuesto ejecutado. Los centros permanentes -SECARE-, pasaron de un 17% a un 13%, reflejando el énfasis programático hacia la

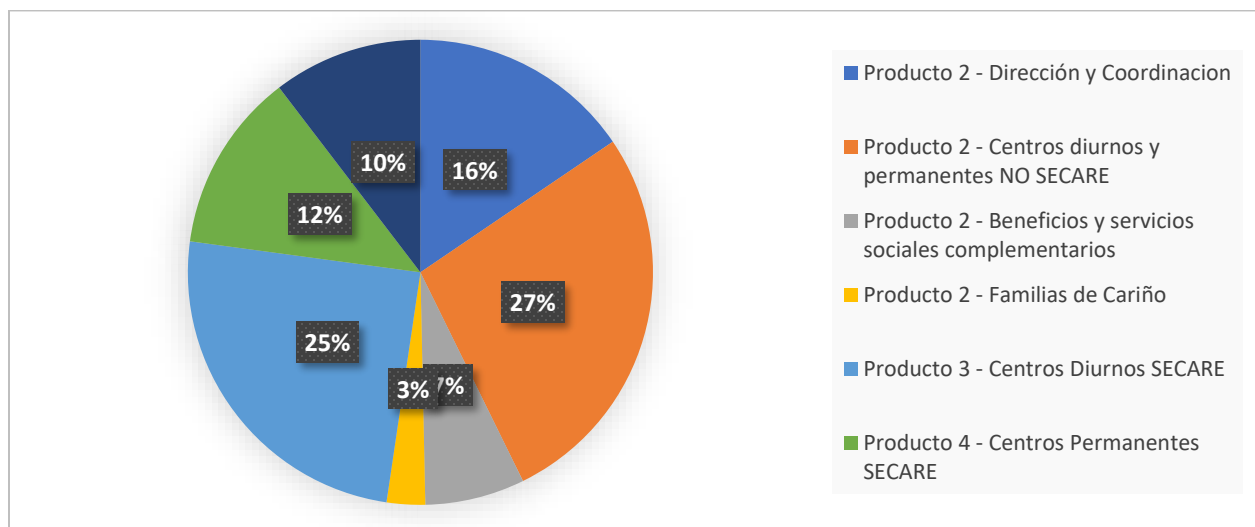
<sup>9</sup> A pesar de la exclusión del servicio AMA, el cual no correspondía a este tipo de atención, y que dejó de financiarse a partir del 2022.

atención en entornos de hogar y comunitarios propia de los centros diurnos, el cuidado domiciliario y *Familias de Cariño*.

114. Cabe anotar que la clasificación vigente no especifica la asignación hacia centros diurnos y permanentes -NO SECARE-, impidiendo entender la composición y cambio en el gasto desagregado. Es recomendable por ello diferenciar el gasto por tipo y nombre de centro y contemplar la posibilidad de generar nuevos productos programáticos respectivos dado que cumplen con sus condiciones de definición. Esta recomendación aplica también para *Familias de Cariño* y los servicios sociales complementarios, especialmente si se articulan como paquetes focalizados de atención, tal y como se ha recomendado en las secciones previas.

115. La distribución del presupuesto vigente para 2025 reitera la tendencia descrita, tal y como se aprecia en el gráfico a continuación.

*Gráfico 17: Distribución del presupuesto vigente del programa - 2025*



Fuente: ibid.

116. El gasto en Dirección y Coordinación sigue su reducción relativa (16%) con respecto al 2024 (17%), así como los centros -NO SECARE- que pasan del 31% al 27% y en menor medida los centros permanentes SECARE que pasan de un 13% a un 12%. Los servicios sociales complementarios pasan de 9% a 7% por su parte.

117. En contraste, los centros diurnos -SECARE- alcanzan un 27% del presupuesto con respecto al 18% del año 2024 debido especialmente a la entrada en operación de los centros de Capotillo, Hato Mayor y Nizao. El producto 5 por su parte, tiene un incremento en el margen del 9% al 10%.

118. *Familias de cariño* mantiene un peso relativo constante con un leve incremento en la asignación para el 2025, ya que sigue operando a la misma escala micro.

119. En síntesis, el programa ha tenido un alto nivel de eficacia en la ejecución y ha tenido un manejo financiero gerencial adecuado que ha controlado los gastos de dirección y coordinación. Gracias a ello ha dirigido el 81% de sus recursos a la provisión de productos a los beneficiarios finales, llegando al 84% en el presente año. La composición del gasto refleja la promoción gradual del enfoque preventivo en el cual la atención en entornos de hogar y comunitario (centros diurnos, *Familias de cariño*, y cuidado domiciliario) tiene un mayor peso que la institucionalizada, así como la intención de expandir la adopción del método SECARE en la atención integral de los adultos mayores.
120. Sin embargo aún hay un potencial de migración alto hacia el método SECARE, el cual, en consistencia con los objetivos programáticos, debería concentrar mayores esfuerzos en la transición de los centros hacia su adopción durante los próximos años. Las metas físicas para el período 2025-2028, tal y como están definidas, no respaldan dicha perspectiva, ya que se mantienen constantes para los productos 3 y 4. En el caso de los cuidados domiciliarios y *Familias de cariño* se observa una situación análoga que amerita revisión hacia una expansión mucho más agresiva con mayor cobertura poblacional.
121. Por último, los servicios del producto 2 deben hacerse explícitos como nuevos productos diferenciados en: (i) centros diurnos -NO SECARE-; (ii) centros permanentes -NO SECARE-; (iii) Familias de Cariño; (iv) servicios sociales complementarios integrados y focalizados. El gasto de dirección y coordinación, incluido en los productos 2 y 5, debe ser clasificado en un producto 1, siguiendo los lineamientos de la presupuestación orientada a resultados.

#### 4.4. Calidad

##### 4.4.1. Buenas prácticas.

*¿Qué tanto se han adoptado buenas prácticas reconocidas nacional o internacionalmente en la provisión de productos del programa?*

122. La estrategia programática se basa en buenas prácticas reconocidas internacionalmente. En primer lugar, el modelo AICP promovido por la OISS y, en parte, en su similar de atención integrada de las personas mayores (ICOPE), promovido por la OMS (OISS, 2018 y OPS, 2020). A partir de, y en consistencia con estos, CONAPE ha desarrollado el método SECARE de atención integrada e integral, dirigido a fortalecer la autonomía, independencia, participación e integración social de los adultos mayores.
123. Recientemente, CONAPE recibió un reconocimiento como entidad priorizada de la EDI y entre 45 entidades obtuvo la novena posición para el año 2024 a nivel nacional, en reconocimiento a sus buenas prácticas de gestión (ver Sección 4.1.3).

124. Actualmente, el CONAPE está desarrollando una herramienta de medición de la calidad del servicio con apoyo técnico de UNFPA. La herramienta va a generar un indicador sintético de calidad para ser aplicado a los operadores con un puntaje mínimo aceptable para su habilitación.

#### **4.4.2. Satisfacción**

*¿Los beneficiarios del programa están satisfechos con la oportunidad y calidad de los bienes y servicios recibidos?*

125. La sede central de CONAPE realiza encuestas mensuales presenciales y telefónicas, además de las visitas de supervisión y control a los operadores, en las cuales miden e indagan sobre la satisfacción de los beneficiarios con respecto a la calidad y oportunidad de los servicios prestados.
126. Los supervisores de área realizan las encuestas, enfocadas en los servicios de: (i) alimentación; (ii) recreación y capacitación; (iii) salud, y; (iv) trato recibido en la atención. Las encuestas han presentado niveles del 100% o cercanos en el último año.

#### **4.4.3. Acceso y participación**

*¿Los beneficiarios cuentan con canales de atención y fácil acceso a los servicios del programa?*

127. Los beneficiarios tienen diferentes canales y mecanismos de comunicación y acceso al Programa (CONAPE, 20225). Estos incluyen: (i) chat de contacto virtual en la página institucional del CONAPE en [internet](#); (ii) línea telefónica y correo electrónico; (iii) atención física en la Sede Central de Santo Domingo, y; (iv) atención por vía de la red nacional de operadores del Programa en el territorio.

#### **4.4.4. Servicio al ciudadano y rendición de cuentas**

*¿El programa cuenta con mecanismos de peticiones, quejas, reclamos y reconocimiento al servicio accesibles a los beneficiarios? ¿Se adelantan esquemas de rendición de cuentas a los beneficiarios o a la ciudadanía?*

128. La participación de CONAPE en la EDI cobija la aplicación de buenas prácticas en materia de calidad del servicio, atención al usuario y rendición de cuentas. La institución hace parte del [Portal de Transparencia](#). En la página institucional, como parte del citado portal, se presenta información legal, presupuestal, de compras, proyectos, recursos humanos, estadísticas institucionales, publicaciones y demás de consulta pública.
129. A su vez incluye un enlace directo al [Portal 311](#) de quejas, reclamaciones, sugerencias o denuncias abierto para todo el público a nivel nacional.

## 4.5. Equidad

### 4.5.1. Equidad de género y derechos humanos.

*¿En qué medida está contribuyendo el programa a la equidad de género, el empoderamiento de las mujeres y un enfoque basado en los derechos humanos?*

130. El Programa busca *aumentar la autonomía, independencia, participación e integración de los adultos mayores*. Lo anterior, a partir de su reconocimiento como sujetos de derechos, aplicando un modelo de atención integral y centrada en las personas. El mandato legal de CONAPE y su alineación de política respaldan el enfoque basado en derechos humanos del Programa.
131. La Política Nacional de Cuidados, que da origen a la intervención de cuidados domiciliarios del Programa (producto 5) tiene un enfoque de género: *al reconocer y redistribuir de manera más equitativa la carga de trabajo de cuidado no remunerado, históricamente colocada de manera desproporcionada sobre las mujeres. Producto de esta política, el trabajo de cuidados podría ser asumido en mayor medida por el Estado para aquellos hogares que lo soliciten y cumplan las condiciones de priorización. Esto permitiría la liberación de horas que pueden ser utilizadas en trabajar de forma remunerada, formarse, o tener espacio de descanso permitiendo una mayor participación femenina en la fuerza laboral y el desarrollo profesional.* (cita pg. 67; MEPyD, 2024).
132. Adicional a este efecto positivo, el piloto de cuidados domiciliarios está generando empleos calificados y formales para un número importante de mujeres, dada su mayor especialización relativa en el cuidado, quienes empiezan a recibir remuneración en condiciones laborales dignas.
133. En el caso de *Familias de Cariño*, las labores de cuidado son compensadas a través de un subsidio que opera como un reconocimiento a una labor ejercida mayoritariamente por mujeres que realizaban estas funciones previamente sin ningún ingreso monetario.
134. Los manuales de buenas prácticas de *Familias de Cariño* y los hogares de día se han desarrollado con un enfoque de género explícito que promueve la equidad y el empoderamiento de las mujeres, tanto en roles de cuidado como de beneficiarias del Programa (CONAPE, 2023 y 2023a). Las prácticas de cuidado y atención cotidianas se adelantan observando este enfoque.
135. La focalización de las diferentes intervenciones del programa presenta una mayor composición relativa de mujeres beneficiarias, en consistencia con su mayor nivel de vulnerabilidad y riesgo.
136. Los procesos de compras de CONAPE, bajo su modelo descentralizado de operación priorizan a la vez la selección de proveedores que correspondan a empresas lideradas y compuestas por mujeres. Esta práctica, además de sus beneficios sobre el empoderamiento y la equidad de la mujer, ha mejorado los estándares de entrega, oportunidad y cumplimiento.

#### 4.5.2. Focalización de grupos vulnerables

*¿La focalización del programa está incluyendo a la población más vulnerable? ¿y a la población de alto riesgo?*

137. Como se ha mencionado previamente, el análisis cuantitativo realizado al reporte de la base de datos del SISDAM evidenció una focalización adecuada por nivel de independencia, edad y sexo, destacando la mayor composición relativa de mujeres beneficiarias, catalogadas como población vulnerable.
138. En cuanto a la vulnerabilidad socioeconómica, no fue posible determinar qué tanto la focalización de la atención prioriza a las personas en condición de pobreza o pobreza extrema. Los datos disponibles del SIUBEN para el ICV son limitados. En el caso de los beneficiarios de centros diurnos se tienen datos para un poco más del 50% de las personas y en el de los centros permanentes apenas superan el 20%. Esta limitación obedece a fallas del mecanismo de transferencia de información en principio. Adicionalmente, los datos disponibles corresponden al año 2018, previo a la pandemia, por ende desactualizados.
139. El EDIAM contiene secciones de utilidad para hacer un levantamiento que permiten determinar grados de vulnerabilidad en aspectos socioeconómicos, de salud, nutrición y de condiciones de vida. Buena parte de esta información no está aún sistematizada en el SISDAM y por ello no se ha podido incorporar al análisis cuantitativo. Es recomendable fortalecer y acelerar la digitalización del EDIAM, ampliar su cobertura y completitud. De manera simultánea, corregir las deficiencias de acceso a SIUBEN y emplear la información obtenida en conjunto para garantizar que el Programa priorice la selección de adultos mayores con mayor vulnerabilidad socioeconómica relativa (observando otros tipos de vulnerabilidad) en concordancia con lo establecido en la END 20230, la Política Nacional de Cuidados y los ODS.
140. En el caso del producto 5, se ha evidenciado un efecto *descreme*, ya que se ha generado una barrera de entrada para los adultos mayores que habitan viviendas que no reúnen las condiciones de seguridad y movilidad requeridas por la intervención. Dado que existe una relación directa entre las condiciones inadecuadas de la vivienda y la pobreza la selección de beneficiarios en el pilotaje está excluyendo a las personas en mayores niveles de vulnerabilidad relativa. Al ser un ejercicio piloto la falla evidenciada en focalización amerita gestionar intervenciones conjuntas con el Ministerio de Vivienda y demás instituciones de la Mesa Intersectorial de Cuidados que corrijan dicha situación.

#### 4.6. M&E

##### 4.6.1. Lógica horizontal.

*¿Se cuenta con indicadores robustos, fichas técnicas y mecanismos de validación de indicadores y metas? ¿Se adelantan análisis periódicos de datos, esquemas de validación y verificación? ¿Se han realizado*



*evaluaciones del programa y sus resultados? ¿Se utiliza el M&E para apoyar la toma de decisiones y el mejor desempeño?*

141. Los indicadores de resultado del Programa tienen diversas limitaciones descritas en la sección 4.1: (i) no cuentan con la desagregación requerida por tipo de centro y por la aplicación (o no) del método SECARE, por ende tampoco las metas en el caso del resultado final y del intermedio de reducción de la tasa de riesgo a dependencia; (ii) no son relevantes ni claros en el caso de los resultados de aumento de la participación de adultos mayores en los centros y de reducción de ingresos tempranos a centros permanentes.
142. Las fichas técnicas de los indicadores de resultado publicadas en el Anexo III del Proyecto de Ley Presupuesto General del Estado 2024 son diferentes a las expuestas por CONAPE durante la evaluación y por tanto se deben homologar. Las fichas tienen, además de la falencia de no especificar la desagregación del indicador las siguientes limitantes: (i) una definición insuficiente e imprecisa de las fórmulas de cálculo; (ii) una descripción no satisfactoria del indicador; (iii) especificación errónea de los valores de línea base.
143. Existen también diferencias entre los valores presentados por CONAPE y los publicados en los Anexos III del Presupuesto a nivel de metas. Estas diferencias se derivan probablemente de la carencia de un mecanismo sistemático de monitoreo de resultados al que puedan acceder las UE y DIGEPRES como usuarios, garantizando su trazabilidad y homogeneidad.
144. A nivel de productos, el indicador empleado para el producto 2 no es claro, ya que mezcla cuatro productos: (i) centros diurnos -NO SECARE-; (ii) centros permanentes – NO SECARE-; (iii) Familias de Cariño, y; (iv) servicios y beneficios sociales complementarios. Por lo tanto, no especifica metas diferenciadas.
145. El indicador del producto 5 no es claro. En lugar de medir las horas de atención resultaría de mayor utilidad un indicador que permita registrar los beneficiarios cubiertos dada una especificación de horas/día por número de días al año requeridas. De esta manera se va a poder saber cómo se va cerrando la brecha de cobertura en el tiempo.
146. No se manejan fichas técnicas para los indicadores de producto y estas son necesarias para mejorar su gestión y trazabilidad.
147. La proyección de metas se ha ido mejorando gradualmente en el tiempo, sin embargo las metas constantes de productos para el 2025-2028 no son consistentes con las esperadas para los resultados y los propósitos programáticos, como se ha expuesto en secciones previas. No se evidencia el uso de mecanismos de validación de metas.
148. Con respecto al registro y trazabilidad de la información de desempeño, hay una limitante sensible en el caso de los resultados, ya que el cálculo del índice sintético en el sistema se actualiza

automáticamente sin guardar registros históricos. Esta debilidad en la gestión de información impidió a la evaluación analizar la evolución en el tiempo de los beneficiarios.

149. El sistema no maneja cohortes, sumadas a registros de entrada y salida, las cuales sería útiles para controlar la situación al ingreso de un adulto mayor, realizar análisis por cohortes y llevar históricos de las personas.
150. CONAPE ha adelantado diferentes estudios y evaluaciones, las cuales han servido para orientar y fortalecer el Programa. La Dirección de Desarrollo Integral y Protección al Adulto Mayor ha liderado estos ejercicios, siendo el eje para apoyar la gestión basada en evidencia. Actualmente se está preparando la realización de una evaluación de impacto a cargo del BID para la intervención de cuidados domiciliarios.
151. A pesar de las limitaciones descritas, la información de desempeño es empleada para apoyar la toma de decisiones, especialmente a nivel táctico, de gestión de actividades y productos para garantizar su gestión y entrega oportuna y de calidad.

#### 4.7. Limitantes del SISDAM en la gestión de información para fines evaluativos.

152. El SISDAM tiene un enfoque altamente operativo, lo que representa una ventaja para el día a día de la implementación del programa. No obstante, esta es una limitación para evaluar el avance del programa, debido a que no existe una construcción de las bases de datos que conecte con indicadores de resultados.
153. **Limitantes en la gestión de bases de datos:** Una adecuada estructura de bases de datos es esencial para realizar evaluaciones confiables. Sin embargo, el análisis realizado evidencia que la base actual carece de estándares básicos de gestión y documentación (por ejemplo manuales de usuario, tutoriales y diccionarios de datos), lo que dificulta el entendimiento, la trazabilidad y el uso estadístico de la información.
154. Esta falta de organización limita la posibilidad de construir modelos de análisis robustos y de evaluar de manera precisa el impacto del programa. Por ejemplo, la interpretación de variables críticas como el indicador sintético EDIAM (nivel) depende en gran medida de conocimientos no documentados y de explicaciones orales brindadas en reuniones, lo que pone en riesgo la transferencia de conocimiento a largo plazo.
155. No existe un registro histórico sobre la evolución de la base, lo que impide conocer cambios en su diseño y la incorporación o eliminación de variables.

156. A continuación, se describen las buenas prácticas que deberían implementarse para mejorar la calidad de las bases de datos y facilitar la evaluación del Programa:

- **Creación de un diccionario de variables:** documentar cada variable de la base de datos, definiendo su significado, unidad de medida, valores posibles y relación con otras variables, permitiendo así la comprensión del contenido sin depender de explicaciones externas.
- **Jerarquización y agrupamiento de variables:** organizar las variables en categorías o bloques temáticos (ej. datos personales, componentes del EDIAM, indicadores de servicios) para facilitar su análisis. También es crucial explicar los casos de valores faltantes (NA) e indicar cuándo corresponden a datos no aplicables o no registrados.
- **Manual de construcción y evolución de la base:** generar un documento que detalle el proceso de diseño y crecimiento de la base de datos, incluyendo fechas de incorporación o eliminación de variables, ajustes de formatos y cambios metodológicos.

157. **Falencias en la base de centros diurnos y permanentes:** Al momento de analizar la base de datos disponible para la evaluación del programa SECARE, se identificó la ausencia de una base consolidada que conecte a las personas con las características de los centros diurnos y permanentes, esto fue hecho a petición de la evaluación, pero antes no existía. Esto se traduce en no contar con un panorama claro sobre el entorno en el que las personas reciben los servicios de SECARE y no tener el poder de identificar factores relacionados con las condiciones del centro que pueden influir directamente en la calidad y el impacto del programa.

158. Además, se observó que existe información altamente relevante que no ha sido recolectada, pese a estar disponible o ser relativamente fácil de obtener. Variables como el total de personas trabajadoras en cada centro, el área en metros cuadrados, la localización en zonas rurales o urbanas, la disponibilidad de recursos e infraestructura, entre otros, son datos que aportarían un valor significativo al avance del SECARE.

159. **Bases de datos de personas incompleta:** La base de datos de personas tiene muchos datos faltantes que dificulta hacer análisis segmentados. Entre las variables clave que tienen información parcial está el ICV, la variable de provincia y la variable de enfermedades. En este último caso, la variable tiene datos en blanco donde no se especifica si es porque no existe registro o porque la persona no tiene ninguna enfermedad.

160. De otra parte, existen inconsistencias en la base de datos, por ejemplo, se utiliza dos términos para designar lo mismo, este es el caso de “Domiciliario” y “Domiciliario Impactado” en la variable Afiliación. También existen registros del producto 2 que registran estar en ASFL Permanentes con afiliación activo domiciliario, sin embargo, esto no es posible ya que las personas institucionalizadas solo están en afiliación activo.

161. **Falta de medición de resultados e impacto.** Evaluar rigurosamente el SECARE a nivel cuantitativo no es posible debido a obstáculos importantes que existen derivados de restricciones en la calidad y estructura de la información disponible. A continuación, se detallan las principales limitaciones.
162. **Ausencia de línea base:** No se cuenta con el primer valor del indicador sintético por persona, lo que impide establecer un valor de referencia desde el cual medir avances o retrocesos en el nivel de independencia.
163. **Falta de información histórica:** La base de datos no registra la evolución temporal del indicador sintético ni de sus componentes, lo cual imposibilita realizar análisis longitudinales que permitan evaluar cambios atribuibles a los productos o diferenciar el efecto del método SECARE.
164. **Inexistencia de variables de resultado:** Los datos entregados carecen de variables diseñadas para capturar de forma directa los resultados o impactos del SECARE, lo que limita la capacidad de vincular intervenciones con efectos observables.
165. **Limitaciones estructurales de la base de datos:** Como se expone a lo largo de este apartado, la información presenta vacíos críticos que afectan la trazabilidad, comparación entre grupos y el análisis riguroso de causalidad.
166. Dentro del ejercicio cuantitativo se realizaron varias reuniones aclaratorias sobre la base de datos derivada del SISDAM, correspondiente a información de personas y centros. En estos encuentros se definieron aspectos técnicos clave para enmarcar adecuadamente el modelo econométrico, y se solicitó información adicional sobre el indicador sintético de nivel de independencia y sus componentes, especialmente en relación con su histórico. Sin embargo, no fue posible contar con una base robusta de información histórica.
167. Como alternativa, se optó por recolectar información sobre la variable de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) a través de copias de seguridad, de las cuales se obtuvieron 755 observaciones, pero solo 398 pudieron conectarse con la base principal de trabajo.
168. Esta información adicional presentaba tres limitaciones: (i) representaba una proporción muy reducida frente al universo de 6.160 personas analizadas; (ii) correspondía únicamente a personas que reciben el programa bajo la metodología SECARE, lo que impedía estimar el efecto del programa al no contar con un grupo de referencia. Adicionalmente, los niveles de independencia entre el estado actual y el estado histórico entregado eran invariables, por lo que al calcular el cambio, no se pudo analizar efectos causales.

#### 4.8. Tabla síntesis de desempeño

Con base en el análisis evaluativo realizado se presentan a continuación las calificaciones por criterio. El puntaje total obtenido ha sido de **72%**, medido como un promedio simple de las calificaciones por criterio.

*Tabla 9: Síntesis del desempeño programático*

Criterio	Buen Desempeño ≥90%	Desempeño Suficiente 60-89%	Desempeño Insuficiente <60%	No demostrado Información insuficiente o deficiente
<b>Efectividad</b>		65%		
<b>Eficiencia</b>		65%		
<b>Eficacia</b>		70%		
<b>Calidad</b>	95%			
<b>Equidad</b>		80%		
<b>M&amp;E</b>			55%	

Fuente: elaboración propia.

## 5. Conclusiones, hallazgos y recomendaciones

### 5.1. Efectividad

Tabla 10 Matriz CHR – criterio de efectividad

Conclusiones / Aspecto Específico	Hallazgos	Recomendaciones
<p>Conclusión:</p> <p>El Programa ha tenido un desempeño positivo en el período 2020-2024 en sus resultados final e intermedio, expresados en términos de un incremento en el nivel de independencia y reducción del riesgo a dependencia de los adultos mayores beneficiarios de los centros diurnos y permanentes. Estos resultados no aplican para las intervenciones sociales complementarias incluidas en el Producto 2, las cuales cubren más del 95% de la población atendida por el Programa, si bien a través de beneficios y acciones puntuales no estructuradas ni sistemáticas, por ende de relativa baja incidencia en los resultados referidos.</p> <p>Los resultados tienen limitaciones en su medición que impiden un análisis de efectividad comprehensivo y preciso. Los resultados intermedios no son consistentes con el universo de medición de los centros diurnos y permanentes. Adicionalmente, los indicadores no se han desagregado por tipo de centro y por la aplicación (o no) del método SECARE, por ende tampoco las metas. Considerando las diferencias en los servicios brindados y en las características de la población objetivo en cada uno de ellos es importante incluir desagregaciones y metas sustentadas, diferenciadas acorde a los niveles de independencia plausibles.</p> <p>El resultado intermedio <i>-Aumentar la participación de adultos mayores en los centros-</i> refleja un cambio esperado en el comportamiento de la población beneficiaria que conducirá a un cambio positivo en bienestar. Por ende, debe reclasificarse como resultado inmediato y su indicador reemplazarse por uno que refleje el grado de participación del adulto mayor en las actividades ofrecidas por el centro geriátrico, diferenciado por tipo de centro (diurno o permanente) y aplicación del método SECARE.</p> <p>La evaluación no ha podido determinar el cumplimiento del resultado <i>-Reducir los ingresos tempranos a centros permanentes-</i> ya que su indicador no es relevante, ni claro. Se recomienda incluir un indicador focalizado en población en situación de dependencia -leve, moderada o</p>		

Conclusiones / Aspecto Específico	Hallazgos	Recomendaciones
	<p>severa- y atendida a través de los centros diurnos, Familias de Cariño y cuidado domiciliario, para medir qué porcentaje de dicha población objetivo requiere pasar a recibir atención institucionalizada en un período determinado.</p> <p>El Programa cuenta con una Teoría del Cambio (TdC) robusta y sustentada en buenas prácticas internacionales de demostrada efectividad, a partir de las cuales CONAPE ha desarrollado el método SECARE para la provisión integrada e integral de servicios de protección y atención, centrados en la persona. No obstante su modelo lógico debe fortalecerse atendiendo las recomendaciones arriba descritas a nivel de resultados. De mayor relevancia para ampliar la cobertura de manera efectiva, se recomienda estructurar los servicios y beneficios complementarios, actualmente dispersos, en torno a intervenciones sistemáticas y con periodicidad definida, tipo paquetes de servicios. Estos paquetes deben focalizarse en los adultos mayores de mayor vulnerabilidad, especialmente en aquellas personas en ICV I y II. El propósito en mención requiere de la gestión intersectorial del CONAPE, en su condición de rector de política, a través de la Mesa Intersectorial de Cuidado de la Política Nacional de Cuidados.</p> <p>El modelo de gestión de CONAPE está orientado hacia el logro de resultados, incluyendo la operación de mecanismos gerenciales de gobernanza que orientan la toma de decisiones informadas en el desempeño observado, con responsabilidades y procedimientos establecidos y operantes. Adicionalmente, CONAPE es parte de las 45 entidades priorizadas para el desarrollo de la EDI, la cual se basa en las metas priorizadas por la Presidencia de la República y establece bonificaciones para los servidores públicos de acuerdo a su desempeño.</p> <p>La evaluación evidenció dos efectos positivos destacables y no contemplados en el marco de resultados, los cuales se derivan del enfoque de gestión gerencial desarrollado por CONAPE: (i) la gestión de alianzas estratégicas, representadas en 118 convenios con entidades de diferente naturaleza, las cuales generan un efecto de apalancamiento de la inversión y fortalecen el alcance del Programa; y (ii) el fortalecimiento del capital social local, gracias al modelo descentralizado de ejecución y acompañamiento a las ASFL y organizaciones de las cadenas de suministro.</p>	
<b>Resultado final y resultado intermedio de reducción de la tasa de riesgo a dependencia.</b>	Los resultados no cubren el universo de medición de centros permanentes y diurnos de manera consistente. A su vez, no desagregan los indicadores y metas considerando las diferencias en los servicios brindados y características de la población objetivo respectiva.	Incluir solo los centros diurnos y permanentes en los dos resultados. Desagregar los indicadores y metas con base en las diferencias en los servicios brindados (centro diurno, permanente, aplicación del método SECARE) y características de la población objetivo respectiva.

Conclusiones / Aspecto Específico	Hallazgos	Recomendaciones
	Dado que <i>Familias de Cariño</i> prioriza a la población en situación de dependencia, no es adecuada su inclusión en el resultado final.	Una vez se desarrolle integralmente el nuevo producto de paquetes integrados y focalizados de servicios y beneficios, integrarlo en la medición.
<b>Resultado intermedio de aumento de la participación de adultos mayores en los centros</b>	Corresponde a un resultado inmediato y su indicador actual no es relevante ni claro.	Reclasificar como resultado inmediato e incluir un indicador, igualmente desagregado, que mida el grado de participación del adulto mayor en las actividades ofrecidas por el centro geriátrico, como es el grado de cumplimiento del plan de intervención individual que incluye el SECARE. Para los centros NO SECARE es altamente recomendable que se promueva la adopción y medición del cumplimiento de planes de intervención acorde a la capacidad y servicios ofrecidos.
<b>Resultado de reducción de ingresos tempranos a centros permanentes</b>	No se ha podido determinar la efectividad en este resultado ya que su indicador no es relevante ni claro.	Incluir un indicador para medir el porcentaje de adultos mayores con dependencia leve, moderada o severa que en un período determinado pasan a requerir cuidado institucionalizado con respecto al total de adultos mayores con dependencia leve, moderada o severa; cubriendo la población atendida por centros diurnos, Familias de Cariño y cuidado domiciliario.
<b>Lógica vertical</b>	El programa carece de resultados inmediatos explícitos y no define un resultado atribuible al producto 5 de Cuidado Domiciliario y a Familias de Cariño.	Las recomendaciones arriba descritas para los resultados de aumento de la participación de los adultos mayores y reducción de ingresos tempranos permanentes fortalecerán igualmente la lógica vertical del Programa.
	La función de producción programática incluye una serie de servicios y beneficios complementarios puntuales y dispersos, que no corresponden a intervenciones sistemáticas y estructuradas de protección y atención integral; por ende tienen una baja incidencia en los resultados del Programa aun	Estructurar intervenciones sistemáticas y con periodicidad definida a través de paquetes de beneficios y servicios focalizados en los adultos mayores de mayor vulnerabilidad, con énfasis en aquellas personas en ICV I y II. Los paquetes incluirán la gestión desde el CONAPE en el marco de la Mesa Intersectorial de Cuidado de la totalidad o mayor número posible de servicios hoy



Conclusiones / Aspecto Específico	Hallazgos	Recomendaciones
	cuando son administrados a la mayor parte de la población objetivo.	disconexos. Estos incluyen el acceso a pensiones solidarias, afiliación al SeNaSa, acceso a atención primaria a través del SNS, mejoramiento o provisión de viviendas con el MIVED, afiliación a Supérate, entre otros. La población beneficiaria será registrada en el EDIAM, acompañada y monitoreada.

Fuente: elaboración propia.

## 5.2. Eficiencia

*Tabla 11 Matriz CHR – criterio de eficiencia*

Conclusiones / Aspecto Específico	Hallazgos	Recomendaciones
<p>Conclusión:</p> <p>CONAPE adelanta un seguimiento presupuestal y financiero sistemático que le permite contar con información desagregada a nivel de insumos y actividades de los servicios prestados y así calcular costos unitarios promedio y costos estándar de los centros modelo. Actualmente tienen análisis de costos para el servicio médico, de utilidad en la orientación del gasto; si bien los demás servicios no cuentan con ejercicios completos y actualizados de costeo. Por ello es recomendable realizar su estandarización de acuerdo con el método SECARE para sistematizar así la especificación de las características, alcance y costo de cada servicio en cumplimiento de los parámetros de calidad SECARE, diferenciados por tipo de centro y nivel de independencia del adulto mayor. Gracias a este ejercicio se determinará el grado de cumplimiento de los <i>benchmarks</i> por parte de cada centro y así identificar planes de acción para su fortalecimiento y migración gradual hacia el método SECARE. A su vez, se podrán identificar actividades o servicios específicos redundantes en cumplimiento del método referido y gestionar indicadores de eficiencia para incorporar en la gestión gerencial programática.</p> <p>De otra parte, y reforzando la recomendación de fortalecimiento de la lógica vertical, la estructuración de los servicios y beneficios sociales complementarios del producto 2 en intervenciones sistemáticas con periodicidad definida, a través de paquetes integrados que reciba cada adulto mayor logrará mejorar la eficiencia en la asignación.</p>		

Conclusiones / Aspecto Específico	Hallazgos	Recomendaciones
El producto 5 tiene un costo unitario relativamente bajo por sus implicaciones en reducción de gastos de institucionalización y costos evitados en salud. Para materializarlos, el Programa debe ampliar su cobertura considerablemente hasta el 2028. Las metas propuestas actualmente se mantienen a una escala micro que no logra las economías de escala de este tipo de servicio.		
<b>Costeo unitario</b>	Salvo el servicio médico, CONAPE no cuenta con análisis de costos actualizados y completos para los demás servicios.	Estandarizar los servicios de acuerdo con el método SECARE para sistematizar así la especificación de las características, alcance y costo de cada servicio en cumplimiento de los parámetros de calidad SECARE, diferenciados por tipo de centro y nivel de independencia del adulto mayor.
<b>Oportunidad</b>	La función de producción programática incluye una serie de servicios y beneficios complementarios puntuales y dispersos, que no corresponden a intervenciones sistemáticas y estructuradas de protección y atención integral ( <i>ver lógica vertical</i> ).	La estructuración de los servicios y beneficios sociales complementarios del producto 2 en intervenciones sistemáticas con periodicidad definida, a través de paquetes integrados que reciba cada adulto mayor logrará mejorar la eficiencia en la asignación.
	Salvo el servicio médico, CONAPE no cuenta con análisis de costos actualizados y completos para los demás servicios.	La estandarización propuesta ayudará a determinar el grado de cumplimiento de los <i>benchmarks</i> por parte de cada centro y así identificar planes de acción para su fortalecimiento y migración gradual hacia el método SECARE
<b>Redundancia</b>	Actualmente hay una varianza importante en el número de servicios que ofrece cada operador, tanto SECARE como NO SECARE, siendo oportuno poder, a partir de un estándar definido, determinar cuáles servicios son necesarios y suficientes para el cumplimiento del método SECARE.	La estandarización de los servicios permitirá identificar actividades o servicios específicos redundantes en cumplimiento del método SECARE.
	Existe un riesgo de poliformulación de medicamentos entre el Programa y SeNaSa.	Se requiere establecer mecanismos de información compartida y coordinación en la atención entre CONAPE y SeNaSa.

Conclusiones / Aspecto Específico	Hallazgos	Recomendaciones
<b>Medición de eficiencia</b>	Salvo el servicio médico, CONAPE no cuenta con análisis de costos actualizados y completos para los demás servicios.	La estandarización propuesta arrojará un conjunto de indicadores de eficiencia de utilidad para la gestión gerencial del Programa.

Fuente: elaboración propia.

### 5.3. Eficacia

*Tabla 12 Matriz CHR – criterio de eficacia*

Conclusiones / Aspecto Específico	Hallazgos	Recomendaciones
<p><b>Conclusión:</b></p> <p>El desempeño observado en el producto 2 ha sido notoriamente superior a las metas definidas debido a la alta variabilidad de los servicios y beneficios sociales complementarios, caracterizados por su alta variabilidad, rotación y rangos de cobertura bajos. Es recomendable por ello estructurar paquetes de servicios integrados y focalizados con metas explícitas definidas. A su vez, se deben diferenciar los centros diurnos y permanentes (NO SECARE) y las Familias de Cariño como nuevos productos programáticos, hoy implícitos y sin metas establecidas en el marco programático.</p> <p>El desempeño observado en los productos 3 y 4 ha sido satisfactorio y cercano al 100% del cumplimiento de metas. Sin embargo, las metas proyectadas para los dos productos se mantienen constantes entre el 2025 y el 2028, implicando que la expansión del método SECARE posiblemente se congelará durante el presente cuatrienio. Esta proyección no es consistente con el propósito de expansión del modelo de atención SECARE hacia los centros que hoy operan en el producto 2.</p> <p>El Programa incluye mecanismos técnicos para priorizar a la población vulnerable y brindar servicios acorde al diagnóstico integral del adulto mayor, empleando el EDIAM y sus diferentes escalas, las cuales en conjunto garantizan una selección adecuada y técnicamente sustentada.</p> <p>La principal limitación del Programa es su baja cobertura de la población objetivo; del 4% si se toma como referencia la población de adultos mayores debajo de la línea internacional de pobreza y de 3% en el caso específico de adultos mayores en condición de dependencia moderada</p>		

Conclusiones / Aspecto Específico	Hallazgos	Recomendaciones
<p>o severa. El reto de cobertura es considerable. Implica ampliar los servicios de protección y atención integral ofrecidos en su conjunto, expandir el producto de cuidados domiciliarios en por lo menos uno a dos órdenes de magnitud en el mediano plazo, y conformar los paquetes de servicios y beneficios sociales focalizados y estructurados bajo un mecanismo de concurrencia y coordinación institucional liderado por CONAPE.</p> <p>El programa ha tenido un 97% de ejecución con respecto al presupuesto vigente, reflejando un nivel de ejecución casi óptimo y un manejo financiero gerencial adecuado que ha controlado los gastos de dirección y coordinación. Gracias a ello ha dirigido el 81% de sus recursos a la provisión de productos a los beneficiarios finales, llegando al 84% en el presente año. La composición del gasto refleja la promoción gradual del enfoque preventivo, así como la intención de expandir la adopción del método SECARE en la atención integral de los adultos mayores.</p> <p>Sin embargo aún hay un potencial de migración alto hacia el método SECARE, el cual, en consistencia con los objetivos programáticos, debería concentrar mayores esfuerzos en la transición de los centros hacia su adopción durante los próximos años. Las metas físicas para el período 2025-2028, tal y como están definidas, no respaldan dicha perspectiva. En el caso de los cuidados domiciliarios y Familias de cariño se observa una situación análoga que amerita revisión hacia una expansión mucho más agresiva con mayor cobertura poblacional.</p>		
<b>Avance en el cumplimiento de metas de producción</b>	Existen 3 productos implícitos en el producto 2: (i) los servicios de protección y atención integral de los centros diurnos; (ii) de los centros permanentes, y; (iii) las <i>Familias de Cariño</i> .	Identificar tres productos nuevos correspondientes y establecer metas específicas.
	Los servicios y beneficios sociales complementarios han tenido una alta variabilidad y subestimación de metas.	Estructurar paquetes de servicios integrados y focalizados con metas explícitas definidas
	Las metas 2025-2028 de los productos 3 y 4 se mantienen constantes, implicando la posible “congelación” en la adopción del SECARE.	Revisar las metas y adoptar estrategias graduales hacia la expansión del modelo SECARE en el presente cuatrienio, el cual todavía está en una escala de operación micro.
<b>Focalización</b>	Baja cobertura relativa de la población objetivo	Ampliar los servicios de protección y atención integral ofrecidos en su conjunto, expandir el producto de cuidados domiciliarios en por lo menos uno a dos órdenes de magnitud en el mediano plazo, y conformar los paquetes de servicios y beneficios sociales

Conclusiones / Aspecto Específico	Hallazgos	Recomendaciones
		focalizados y estructurados bajo un mecanismo de concurrencia y coordinación institucional liderado por CONAPE.
<b>Eficacia presupuestal</b>	Productos implícitos dentro del producto 2.	Los siguientes servicios del producto 2 deben hacerse explícitos como nuevos productos diferenciados en la estructura programática. A saber: (i) centros diurnos -NO SECARE-; (ii) centros permanentes -NO SECARE-; (iii) Familias de Cariño; (iv) servicios sociales complementarios integrados y focalizados.
	Gasto de dirección y coordinación incluido en dos productos programáticos	El gasto de dirección y coordinación, incluido en los productos 2 y 5, debe ser clasificado bajo la orientación de DIGEPRES en un producto 1, siguiendo los lineamientos de la presupuestación orientada a resultados.

Fuente: elaboración propia.

#### 5.4. Calidad

*Tabla 13 Matriz CHR – criterio de calidad*

Conclusiones / Aspecto Específico	Hallazgos	Recomendaciones
<p><b>Conclusión:</b></p> <p>La estrategia programática se basa en buenas prácticas reconocidas internacionalmente. En primer lugar, el modelo AICP promovido por la OISS y, en parte, en su similar de atención integrada de las personas mayores (ICOPE), promovido por la OMS. A partir de, y en consistencia con estos, CONAPE ha desarrollado el método SECARE. Recientemente, CONAPE recibió un reconocimiento como entidad priorizada de la EDI y entre 45 entidades obtuvo la novena posición para el año 2024 a nivel nacional, en reconocimiento a sus buenas prácticas de gestión.</p> <p>La sede central de CONAPE realiza encuestas mensuales presenciales y telefónicas, además de las visitas de supervisión y control a los operadores, en las cuales miden e indagan sobre la satisfacción de los beneficiarios. Los beneficiarios tienen múltiples canales y mecanismos de</p>		

Conclusiones / Aspecto Específico	Hallazgos	Recomendaciones
comunicación y fácil acceso al Programa. La institución hace parte del <a href="#">Portal de Transparencia</a> y por esta vía incluye un enlace directo al <a href="#">Portal 311</a> de quejas, reclamaciones, sugerencias o denuncias abierto para todo el público a nivel nacional.		

Fuente: elaboración propia.

## 5.5. Equidad

*Tabla 14 Matriz CHR – criterio de equidad*

Conclusiones / Aspecto Específico	Hallazgos	Recomendaciones
<p><b>Conclusión:</b></p> <p>El Programa busca aumentar la autonomía, independencia, participación e integración de los adultos mayores. Lo anterior, a partir de su reconocimiento como sujetos de derechos, aplicando un modelo de atención integral y centrada en las personas. El mandato legal de CONAPE y su alineación de política respaldan el enfoque basado en derechos humanos del Programa. A su vez, aplica un enfoque de género que, en el caso de los cuidados domiciliarios está en el eje de la Política Nacional de Cuidados, y en las demás intervenciones en los manuales, estándares de atención, selección de beneficiarios, procesos de compras, contratación y formación de cuidadores.</p> <p>La focalización ha sido adecuada por nivel de independencia, edad y sexo, destacando la mayor composición relativa de mujeres beneficiarias, catalogadas como población vulnerable. No ha sido posible determinar qué tanto la focalización de la atención prioriza a las personas en condición de pobreza o pobreza extrema por limitaciones de gestión de información con el SIUBEN. El EDIAM contiene secciones de utilidad para hacer un levantamiento que permiten determinar grados de vulnerabilidad, pero no se han sistematizado en el SISDAM en buena medida. En el caso del producto 5, se ha evidenciado un efecto descreme, ya que se ha generado una barrera de entrada para los adultos mayores que habitan viviendas que no reúnen las condiciones de seguridad y movilidad requeridas por la intervención.</p>		
<b>Focalización de grupos vulnerables</b>	El EDIAM contiene secciones de utilidad para hacer un levantamiento que permiten determinar grados de vulnerabilidad, pero no se han sistematizado en el SISDAM en buena medida	Fortalecer y acelerar la digitalización del EDIAM, ampliar su cobertura y completitud. De manera simultánea, corregir las deficiencias de acceso a SIUBEN.

Conclusiones / Aspecto Específico	Hallazgos	Recomendaciones
	En el caso del producto 5, se ha evidenciado un efecto descreme, ya que se ha generado una barrera de entrada para los adultos mayores que habitan viviendas que no reúnen las condiciones de seguridad y movilidad requeridas por la intervención	Gestionar intervenciones conjuntas con el MIVED que corrijan esta barrera.

Fuente: elaboración propia.

## 5.6. M&E

*Tabla 15 Matriz CHR – criterio de M&E*

Conclusiones / Aspecto Específico	Hallazgos	Recomendaciones
<p><b>Conclusión:</b></p> <p>El Programa debe hacer una revisión en la especificación de resultados y sus indicadores respectivos para contar con indicadores adecuados, en especial relevantes, claros, desagregados de acuerdo con las características de la población objetivo y tipos de servicios del Programa. La revisión incluye fortalecer las fichas técnicas y los mecanismos de soporte a la estimación de metas basada en evidencia. Los indicadores de producto requieren fichas técnicas. En el caso del producto 2, tras la escisión de productos implícitos, su especificación. En el caso del producto 5, la especificación de un indicador que dé cuenta de la cobertura en la atención.</p> <p>Las metas de productos son constantes para el período 2025-2028, por ende inconsistentes con las esperadas para los resultados y los propósitos programáticos, como se ha expuesto en secciones previas. No se evidencia el uso de mecanismos de validación de metas.</p> <p>Con respecto al registro y trazabilidad de la información de desempeño, hay una limitante sensible en el caso de los resultados, ya que el cálculo del índice sintético en el sistema se actualiza automáticamente sin guardar registros históricos. Esta debilidad en la gestión de información impidió a la evaluación analizar la evolución en el tiempo de los beneficiarios.</p>		

Conclusiones / Aspecto Específico	Hallazgos	Recomendaciones
<p>El sistema no maneja cohortes, sumadas a registros de entrada y salida, las cuales sería útiles para controlar la situación al ingreso de un adulto mayor, realizar análisis por cohortes y llevar históricos de las personas. Los registros EDIAM son parciales y con periodicidad variada.</p> <p>A pesar de las limitaciones descritas, la información de desempeño es empleada para apoyar la toma de decisiones, especialmente a nivel táctico de gestión de actividades y productos para garantizar su gestión y entrega oportuna y de calidad.</p>		
<b>Lógica horizontal</b>	Indicadores de resultados no están desagregados y no son relevantes ni claros en el caso de los resultados de aumento de la participación de adultos mayores en los centros y de reducción de ingresos tempranos a centros permanentes.	<p>Desagregar los indicadores y metas con base en las diferencias en los servicios brindados (centro diurno, permanente, aplicación del método SECARE) y características de la población objetivo respectiva.</p> <p>Incluir un indicador, que mida el grado de participación del adulto mayor en las actividades ofrecidas por el centro geriátrico, como es el grado de cumplimiento del plan de intervención individual que incluye el SECARE. Para los centros NO SECARE es altamente recomendable que se promueva la adopción y medición del cumplimiento de planes de intervención acorde a la capacidad y servicios ofrecidos.</p> <p>Incluir un indicador para medir el porcentaje de adultos mayores con dependencia leve, moderada o severa que en un período determinado pasan a requerir cuidado institucionalizado con respecto al total de adultos mayores con dependencia leve, moderada o severa; cubriendo la población atendida por centros diurnos, Familias de Cariño y cuidado domiciliario.</p>
	Falencias en las fichas técnicas de los indicadores de resultados y carencia de fichas técnicas de indicadores de producto.	Especificar la desagregación del indicador, e incluir: (i) una definición suficiente y precisa de las fórmulas de cálculo; (ii) una



Conclusiones / Aspecto Específico	Hallazgos	Recomendaciones
		<p>descripción satisfactoria del indicador; (iii) una especificación correcta de los valores de línea base.</p> <p>Especificar fichas técnicas para los indicadores de producto, incluyendo medidas de cobertura de la población objetivo.</p>
	Se carece de un mecanismo sistemático de monitoreo de resultados al que puedan acceder las UE y DIGEPRES como usuarios, garantizando su trazabilidad y homogeneidad	Desarrollar un mecanismo sistemático que reemplace los registros y reportes de Excel y garantice la trazabilidad y auditoría del dato.
	El indicador del producto 2 no es claro.	Diferenciar cuatro productos, sus indicadores y metas respectivas para: (i) centros diurnos -NO SECARE-; (ii) centros permanentes – NO SECARE-; (iii) Familias de Cariño, y; (iv) servicios y beneficios sociales complementarios.
	El indicador del producto 5 no es claro.	Registrar los beneficiarios cubiertos dada una especificación de horas/día por número de días al año requeridas. De esta manera se va a saber cómo se va cerrando la brecha de cobertura en el tiempo.
	Las metas constantes de productos para el 2025-2028 no son consistentes con las esperadas para los resultados y los propósitos programáticos, como se ha expuesto en secciones previas. No se evidencia el uso de mecanismos de validación de metas	Revisar las metas de productos para 2025-2028 e incluir mecanismos de validación de metas.
	El cálculo del índice sintético en el sistema se actualiza automáticamente sin guardar registros históricos.	Corregir en el corto plazo esta limitante para tener registros históricos del índice sintético y sus diferentes componentes (subíndices).

Conclusiones / Aspecto Específico	Hallazgos	Recomendaciones
	El SISDAM no maneja estándares de gestión y documentación, cohortes, ni registros de traza para la entrada y salida de beneficiarios. Los registros EDIAM son parciales y con periodicidad variada.	<p>Incluir cohortes y registros de entrada y salida para controlar la situación al ingreso de un adulto mayor, realizar análisis por cohortes y llevar históricos de las personas.</p> <p>Sistematizar la totalidad de registros EDIAM en la medida de lo posible y garantizar su actualización periódica, conservando datos históricos de cada persona.</p> <p>El SISDAM debe incorporar estándares de gestión y documentación, empezando por el desarrollo y adopción de mecanismos integrales de auditoría de datos, manuales de usuario, tutoriales y diccionarios de datos. Todo ello facilitará el entendimiento, trazabilidad y el uso estadístico de la información.</p>

Fuente: elaboración propia.

## 6. Referencias

(Banco Mundial, 20225) *Poverty and Equity Brief*. April 2025. Dominican Republic. The World Bank.

(Boyce,C. y Neale, P., 2006) Conducting in-depth interviews: A Guide for Designing and Conducting In-Depth Interviews for Evaluation Input Carolyn Boyce, MA, Evaluation Associate. Pathfinder International Tool Series. Disponible en: Interviews

(CONAPE, 2025) Página Institucional Web del CONAPE <https://www.conape.gob.do/index.cfm>. Consulta realizada el 1 de junio de 2025. Consejo Nacional de la Persona Envejeciente. Gobierno de la República Dominicana.

(CONAPE, 2025a) Presentación del Sistema Nacional de Desarrollo Integral para el Adulto Mayor (SISDAM). Realizada el 13 de mayo de 2025 como parte de la Evaluación de Resultados. Consejo Nacional de la Persona Envejeciente. Gobierno de la República Dominicana.

(CONAPE, 2025b) Presentación del Expediente de Desarrollo Integral del Adulto Mayor (EDIAM). Realizada el 12 de mayo de 2025 como parte de la Evaluación de Resultados. Consejo Nacional de la Persona Envejeciente. Gobierno de la República Dominicana.

(CONAPE, 2025c) Presentación de Arreglos Institucionales y Coordinación. Realizada el 8 de mayo de 2025 como parte de la Evaluación de Resultados. Consejo Nacional de la Persona Envejeciente. Gobierno de la República Dominicana.

(CONAPE, 2025d) *EDIAM actualizado*. Documento de la Dirección de Desarrollo Integral y Protección al Adulto Mayor. Consejo Nacional de la Persona Envejeciente. Gobierno de la República Dominicana.

(CONAPE, 2025e) Presentación de Monitoreo y Evaluación. Realizada el 9 de mayo de 2025 como parte de la Evaluación de Resultados. Consejo Nacional de la Persona Envejeciente. Gobierno de la República Dominicana.

(CONAPE, 2025f) Reportes planos de la base de datos del Sistema Nacional de Desarrollo Integral para el Adulto Mayor (SISDAM). Consejo Nacional de la Persona Envejeciente. Gobierno de la República Dominicana.

(CONAPE, 2025g) *Costo promedio por adulto Mayor en centros del Producto 2*. Consejo Nacional de la Persona Envejeciente. Gobierno de la República Dominicana.

(CONAPE, 2025h) *Datos y costos de los modelos tipo A, B, C y D para hogares de día del CONAPE*. División de Ingeniería. Consejo Nacional de la Persona Envejeciente. Gobierno de la República Dominicana.

(CONAPE, 2025i) *Documento de respuestas a preguntas de evaluación*. Dirección Administrativa y Financiera. Consejo Nacional de la Persona Envejeciente. Gobierno de la República Dominicana.

(CONAPE, 2024) Informe de investigación sobre adultos mayores en República Dominicana. Artículo “Factores de riesgo para la inclusión social en la República Dominicana. Diana Mejía, Directora Desarrollo Integral y Protección al Adulto Mayor, CONAPE. Consejo Nacional de la Persona Envejeciente. Gobierno de la República Dominicana.

(CONAPE, 2023) Manual de Buenas Prácticas y Procesos Asistenciales con enfoque de género y orientado hacia la persona del SERVICIO DE FAMILIAS DE CARIÑO. Lourdes Bermejo. Consejo Nacional de la Persona Envejeciente. Gobierno de la República Dominicana.

(CONAPE, 2023a) Manual de Buenas Prácticas y Procesos Asistenciales con enfoque de género y orientado hacia la persona de los HOGARES DE DÍA. Lourdes Bermejo. Consejo Nacional de la Persona Envejeciente. Gobierno de la República Dominicana.

(CONAPE, 2021) Informe de Autoevaluación del Desempeño de Programas orientados a Resultados. Cuarto Trimestre de 2021. Consejo Nacional de la Persona Envejeciente. Gobierno de la República Dominicana.

(DIGEPRES, 2025) Reporte SIGEF de ejecución financiera del Programa 15, 2020-2025. Corte mayo 29 de 2025. Dirección General de Presupuesto. Gobierno de la República Dominicana.

(DIGEPRES, 2025a) Reporte SIGEF de ejecución físico-financiera del Programa 15, 2020-2025 y metas 2025-2028. Corte mayo 29 de 2025. Dirección General de Presupuesto. Gobierno de la República Dominicana.

(DIGEPRES, 2024) Ley Núm. 80-23 de Presupuesto General del Estado 2024. Anexo III. Presupuesto Físico Financiero y Orientado a Resultados Dirección General de Presupuesto. Gobierno de la República Dominicana.

(DIGEPRES, 2024a) Informe Anual de Evaluación del Desempeño Presupuestario Físico Financiero. Período Fiscal 2023. Dirección General de Presupuesto. Gobierno de la República Dominicana.

(DIGEPRES, 2024b). Programas Presupuestarios Orientados a Resultados. Dirección General de Presupuesto. Gobierno de la República Dominicana.

(DIGEPRES, 2023) Informe Anual de Evaluación del Desempeño Presupuestario Físico Financiero. Período Fiscal 2022. Dirección General de Presupuesto. Gobierno de la República Dominicana.

(DIGEPRES, 2023a) *Programas Presupuestarios Orientados a Resultados*. Dirección General de Presupuesto. Gobierno de la República Dominicana.

(DIGEPRES, 2022) Informe Anual de Evaluación del Desempeño Presupuestario Físico Financiero. Período Fiscal 2021. Dirección General de Presupuesto. Gobierno de la República Dominicana.

(DIGEPRES, 2021) Guía Metodológica para el Diseño de Programas Presupuestarios orientados a Resultados (PPoR). Dirección General de Presupuesto. Gobierno de la República Dominicana.

(Krueger, R. y Casey, M., 2015) Focus Group Interviewing Research Methods. University of Minnesota. Disponible en: Focus Groups.

(Kusek y Rist, 2005) “Diez pasos hacia un sistema de seguimiento y evaluación basado en resultados” Banco Mundial. Geraldine Kusek y Ray Rist.

(MEPyD, 2024) Invertir en cuidados: empleos que garantizan derechos. Microsimulación de los beneficios socioeconómicos y la inversión necesaria para la expansión de la Política Nacional de Cuidados en República Dominicana. Rosa Cañete Alonso y Jean David de Jesús Adón. Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo. Gobierno de la República Dominicana.

(MEPyD, 2021) *Plan Nacional Plurianual del Sector Público 2021-2024*. Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo. Gobierno de la República Dominicana.

(MEPyD, 2021a) *Comunidades de Cuidado: Construyendo una Política Nacional de Cuidados con los actores del territorio*. Resumen Ejecutivo. Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo. Gobierno de la República Dominicana.

(MEPyD, 2017) *Plan Nacional Plurianual del Sector Público 2017-2020*. Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo. Gobierno de la República Dominicana.

(MEPyD, 2012) *Ley 1-12 Estrategia Nacional de Desarrollo 2030*. Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo. Gobierno de la República Dominicana.

(Ministerio de Hacienda, 2025). Proyecto de Ley Presupuesto General del Estado 2025, Anexo III. Dirección General de Presupuesto. Gobierno de la República Dominicana.

(Ministerio de Hacienda, 2024). Proyecto de Ley Presupuesto General del Estado 2024, Anexo III. Dirección General de Presupuesto. Gobierno de la República Dominicana.

(Ministerio de Hacienda, 2023). Proyecto de Ley Presupuesto General del Estado 2023, Anexo III. Dirección General de Presupuesto. Gobierno de la República Dominicana.

(Ministerio de Hacienda, 2022). Proyecto de Ley Presupuesto General del Estado 2022, Anexo III. Dirección General de Presupuesto. Gobierno de la República Dominicana.

(Ministerio de Hacienda, 2020). Hacia un Nuevo Diseño de Políticas Públicas en República Dominicana. Programas Presupuestarios Orientados a Resultados 2020-2023. Dirección General de Presupuesto, Ministerio de Hacienda. República Dominicana.

(OISS, 2018) Guía sobre atención a personas adultas mayores en centros de día especializados en enfermedades neurodegenerativas según el modelo de atención integral centrada en la persona en Iberoamérica. Pilar Rodríguez Rodríguez y Carlos Mirete Valmala. Organización Iberoamericana de Seguridad Social.

(ONE, 2024) *Adultos mayores en República Dominicana: Un breve análisis*. Boletín demográfico y social 2024. No. 10 Septiembre 2024. Oficina Nacional de Estadística

(ONU, 2023). Informe de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad, Claudia Mahler. Visita a la República Dominicana. Naciones Unidas, Asamblea General. A/HRC/54/26/Add.3

(OPS, 2020). Atención integrada para las personas mayores (ICOPE). Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud. Washington D.C. Organización Panamericana de la Salud 2020.

SISMAP, 2025). *Evaluación de Desempeño Institucional (EDI)*. Sistema de Monitoreo de la Administración Pública. Disponible en: [EDI](#)

(U. Suragarn, D. Hain y G. Pfaf, 2021) *Approaches to enhance social connection in older adults: an integrative review of literature*. Aging and Health Research 1 (2021) 100029. Usar Suragarn, Debra Hain, Glenn Pfaff. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ahr.2021.100029>

## 7. Anexo 1. Análisis de información cuantitativa

### 7.1. Construcción de la base de datos de evaluación

#### 7.1.1. Depuración de datos.

La base de datos entregada por CONAPE para el análisis contenía inicialmente 163.402 registros<sup>10</sup>. Esta base se sometió a una serie de depuraciones sucesivas con el objetivo de construir una base de evaluación consistente para medir los resultados del programa SECARE, los cuales se enumeran a continuación.

- No se incluyó de entrada la población beneficiaria del producto de cuidado domiciliario (piloto) dado su reciente inicio.
- Se descontaron los registros correspondientes a personas fallecidas, reduciendo el total a 158.647.
- Se excluyeron aquellos casos cuya provincia de residencia figuraba como “no especificada” o con valor nulo, dejando un total de 156.979 observaciones.
- Adicionalmente, se eliminaron los registros de personas de 90 años o más, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población de estudio y posibles limitaciones de información de la Junta Central Electoral, lo cual redujo la base a 151.229 casos.
- Posteriormente, fueron descontados de acuerdo con la afiliación de las personas, aquellas que se registraban como inactivos, domiciliarios y domiciliario impactado<sup>11</sup>, dejando un total de 8.018 observaciones.
- El siguiente paso fue definir el grupo de evaluación, compuesto por dos grupos, uno que recibió la metodología SECARE y otro que asistió a centros diurnos y permanentes pero que no recibió el programa por medio de la metodología SECARE. Una vez hecho esto, se eliminaron las observaciones que no correspondían al grupo definido.

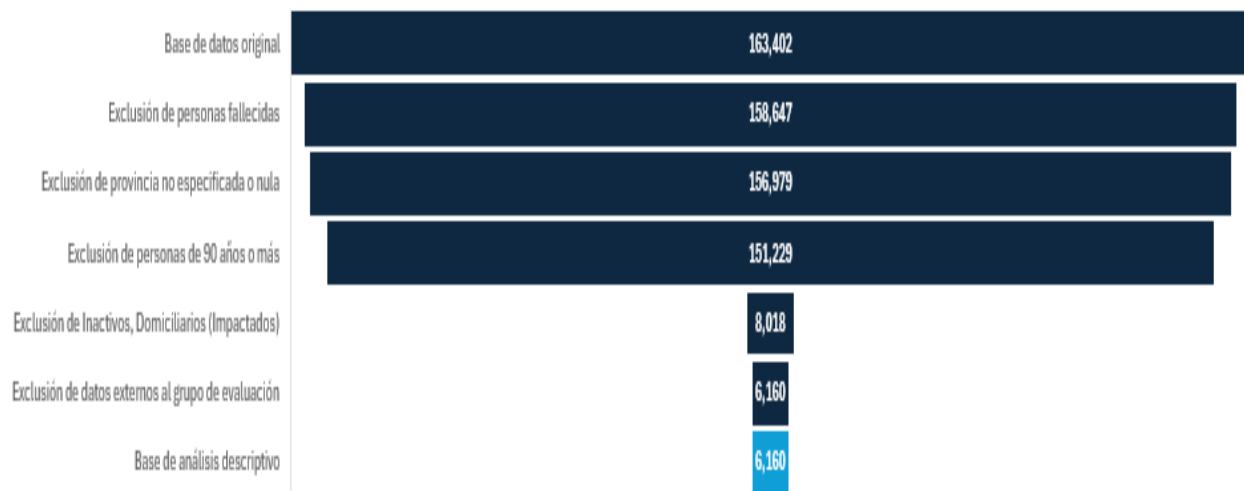
El embudo de depuración de datos se ilustra en el Gráfico a continuación.

---

<sup>10</sup> Esta base no contiene la totalidad de los registros sino solo aquellos que contaban con información en el módulo de SECARE.

<sup>11</sup> En el caso de las inactivas, este grupo contiene personas que ya no asistieron al programa por más de 15 días. En el caso de los domiciliarios impactados y domiciliarios, se trata de personas que asistieron a un evento comunitario de inclusión social o jornada, pero no reciben los servicios de protección y atención integral en centros de día o permanentes ni la intervención de familias de cariño.

Gráfico 18. Embudo de depuración de datos



Fuente: elaboración propia a partir de SISDAM 2025 – CONAPE.

### 7.1.2. Listado de variables

La Tabla 16 a continuación muestra las variables consideradas en el análisis cuantitativo, organizadas por tipo. Las variables de identificación y perfil sociodemográfico provienen principalmente de una base provista por CONAPE desde el SISDAM y permiten caracterizar a las personas que participan de las diferentes intervenciones del CONAPE. Entre ellas se encuentran la fecha de ingreso, expediente, afiliación, edad, sexo, localización (municipio y provincia), condición económica (pensión y sueldo), así como enfermedades y el Índice de Condiciones de Vida (ICV)<sup>12</sup>. También se incluye un rango etario construido para facilitar el análisis.

Tabla 16: Listado de variables dispuestas para el análisis cuantitativo

Tipo de variable	Variable	Tipo de variable	Variable	Tipo de variable	Variable
Identificación	Fecha de ingreso	EDIAM	Actual EDIAM ABVD	Centros	NOMBRE DEL CENTRO
	Expediente		Fecha ABVD actual		PRODUCTO AL QUE PERTENECE
	Afiliación		Histórico EDIAM ABVD		TIPO DE CENTRO
Socio Demográficas	Sexo		Fecha ABVD histórico		REGION
	Edad		Actual EDIAM AIVD		OPERADOR
	Municipio		Histórico EDIAM AIVD		NUMERO DE EMPLEADOS

<sup>12</sup> Dentro de las variables sociodemográficas la base de datos también agregaba la identificación de alfabetización de las personas, no obstante, no fue tenida en cuenta porque el sistema registra una respuesta negativa cuando se ignora esta pregunta al ingresar un expediente nuevo, por lo que existen registros que pueden ser falsos negativos de alfabetización.



Tipo de variable	Variable	Tipo de variable	Variable	Tipo de variable	Variable
	Provincia		Actual EDIAM Depresión		EMPLEADOS DE ATENCIÓN DIRECTA
	Pensión		Histórico EDIAM Depresión		CAPACIDAD
	Sueldo		Actual EDIAM Fragilidad		PLAZAS OCUPADAS
	Enfermedades		Histórico EDIAM Fragilidad		PLAZAS DISPONIBLES
	Sabe leer y escribir		Actual EDIAM Soledad		SERVICIOS DISPONIBLES
	ICV		Histórico EDIAM Soledad		Servicios Alimentación
	Rango etario		Actual EDIAM Estado mental		Servicios Salud
Programa	Familias de Cariño	Beneficios ofrecidos	Histórico EDIAM Estado mental		Servicios Recreación
	Producto 2		Beneficio TE-AMA		Servicios Capacitación
	Producto 3		Beneficio Raciones alimenticias		Servicios Donaciones
	Producto 4		Beneficio PROVEE		Servicios Imagen Positiva
	Productos SUM		Beneficio Comer es primero	Variables de filtro	Provincia definida
	Servicios ofrecidos		Beneficio Bono gas		90+
	Cumplimiento		Beneficio Bono luz		Fallecido
	SECARE		Beneficio BEEP		
			Beneficio ILAE		
			Beneficio MAPRE		

Fuente: ibid.

En segundo lugar, se encuentran las variables relativas a la participación en el programa y beneficios asociados, que permiten identificar si una persona está recibiendo atención y protección integral en centros diurnos<sup>13</sup> y centros permanentes a través del método SECARE (Producto 3 o 4) o sin el método SECARE (Producto 2). Además, si ha recibido beneficios complementarios como TE-AMA, PROVEE, MAPRE, ayudas alimentarias, entre otros, y si participa en la intervención de "Familias de Cariño " (Producto 2). También se incluyen variables creadas que agrupan los servicios ofrecidos en diferentes categorías: alimentación, salud, recreación, capacitación, donaciones e imagen positiva. Esta sección permite analizar la cobertura y diversificación de la intervención sobre cada persona.

Por último, se incorporan las variables del módulo EDIAM, que recogen información funcional y de estado mental crucial para evaluar niveles de dependencia. Estas valoraciones incluyen actividades básicas (ABVD) e instrumentales de la vida diaria (AIVD), así como componentes de depresión, fragilidad, soledad y estado mental. Se considera tanto la evaluación actual como la evaluación histórica que para cada persona varía en términos de fecha de ejecución.

También se incluyen variables de filtro que fueron creadas para depurar la base (ver sección anterior) y variables de los centros (nombre, tipo, operador, capacidad, servicios, entre otras), provenientes de la

<sup>13</sup> Los centros diurnos también son referidos como hogares de día. En la sección se emplea el primer término entendiéndose que son sinónimos.

base de centros, empleadas para relacionar los resultados individuales con el entorno institucional en el que se brinda atención.

Luego de analizar la ventajas y desventajas de cada variable fueron descartadas algunas que no agregaban valor al análisis descriptivo. Estas se mencionan a continuación por tipo:

- Sociodemográficas: no fueron utilizadas las variables de provincia y municipio debido a que la base de centros contenía la variable región que permite hacer comparaciones más agregadas. Además, la variable enfermedades no se usó debido a que es una variable que describe una condición médica de un usuario más no es un criterio para ser parte o no del programa.
- EDIAM: no fueron utilizados los datos históricos del EDIAM porque al evaluar las fechas de registro, no había diferencias con las fechas actuales, por lo que solo fue hecho un descriptivo de un momento en el tiempo más no una evolución.
- Centros: no fueron utilizadas las variables de operador, por no ser considerada relevante y las variables de número de empleados, por tratarse solo de los empleados contratados por CONAPE pero no la totalidad de empleados de los centros.

### **7.1.3. Análisis de la información**

A partir de la base de datos depurada para el análisis descriptivo se hacen diferentes cruces de información a fin de conocer las características sociodemográficas de las personas, los servicios y beneficios ofrecidos y el nivel de independencia de las personas atendidas por el CONAPE, por medio de los diferentes componentes del EDIAM. Todos estos componentes del análisis son descritos teniendo como variables de control la afiliación de las personas (Activo y Activo domiciliario) y distinguiendo si reciben atención a través del método SECARE.

La Tabla 17 a continuación muestra el total de personas en centros diurnos y centros permanentes (tras la aplicación de los filtros referidos anteriormente), en donde, se identifican 838 personas con SECARE en centros diurnos (Producto 3) y 280 en centros permanentes (Producto 4). Estos números son inferiores al grupo sin SECARE (Producto 2) que representa 4288 personas en centros diurnos y 754 personas en centros permanentes. En el caso de los centros diurnos, un grupo minoritario registra una afiliación de activo domiciliario, lo que quiere decir que reciben los servicios del centro desde casa como medida de atención temporal para casos de personas que por alguna situación de incapacidad o condición no puede asistir al centro diurno.

*Tabla 17: Personas en centros diurnos y centros permanentes por tipo de afiliación y pertenencia al SECARE*

Afiliación	Centros Diurnos	
	Sin SECARE (P2)	Con SECARE (P3)
Total	4288	838
Activo	72.2%	81.4%
Activo Dom.	27.8%	18.6%
Afiliación	Centros Permanentes	
	Sin SECARE (P2)	Con SECARE (P4)
Total = Activo	754	280
<b>Total Gen.</b>	<b>5042</b>	<b>1118</b>

Fuente: ibid.

Otro elemento transversal al análisis son los centros dispuestos para prestar los servicios. La Tabla a continuación muestra que existen 96 centros diurnos, de los cuales 86 están asociados al producto 2 (P2) y 10 al producto 3 (P3). Por otra parte, de los 40 centros permanentes, 37 están asociados a P2 y 3 al producto 4 (P4).

*Tabla 18: Centros diurnos y permanentes por tipo de producto*

TIPO DE CENTRO	Producto 2 (P2)	Producto 3 (P3)	Producto 4 (P4)
<b>Diurnos</b>	86	10	0
<b>Permanentes</b>	37	0	3
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>10</b>	<b>3</b>

Fuente: ibid.

En los siguientes subapartados se presentan las mismas cifras, pero detallando las características sociodemográficas, la cobertura de servicios y beneficios asociados y el nivel de independencia de las personas junto con el detalle de escalas del EDIAM.

### Características socio demográficas

Las mujeres son mayoría en los centros diurnos, tanto en el grupo poblacional que recibe SECARE (P3) en donde representan el 62%, como en el grupo poblacional que no recibe SECARE (P2), donde las mujeres representan el 55%. En los centros permanentes la mayoría femenina se mantiene en el grupo poblacional que no recibe SECARE (P2), sin embargo, en los que si lo reciben (P4) las mujeres no son la mayoría (47%).

*Tabla 19: Distribución por sexo de personas con afiliación activo y activo domiciliario por tipo de centro*

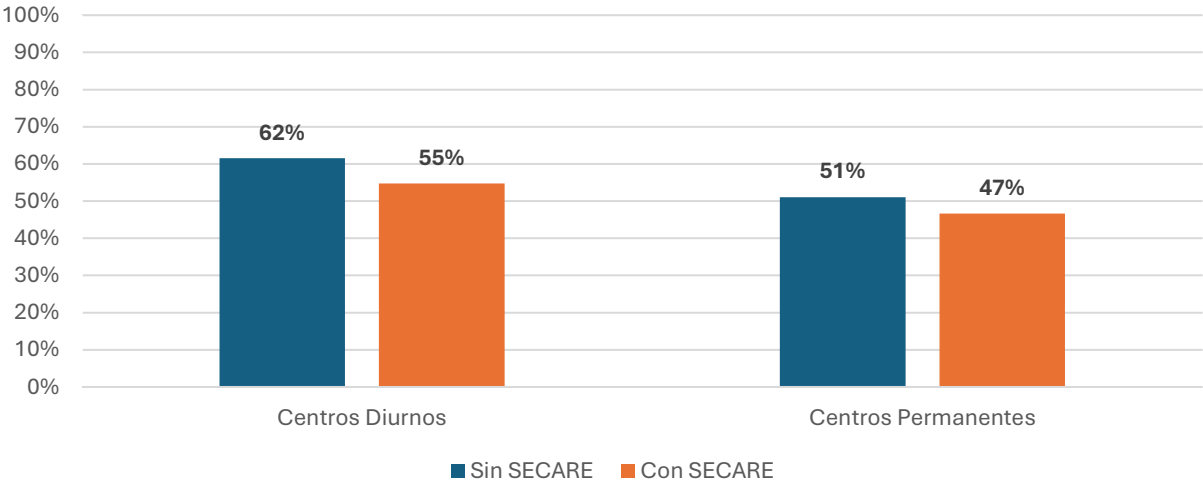
Afiliación	Centro Diurno	
	Sin SECARE	Con SECARE
<b>Total</b>	<b>4288</b>	<b>838</b>
Femenino	62%	55%
Masculino	38%	45%
<b>Activo</b>	<b>3098</b>	<b>682</b>
Femenino	60%	54%
Masculino	40%	46%

Afiliación	Centro Diurno	
	Sin SECARE	Con SECARE
<b>Activo Dom.</b>	<b>1190</b>	<b>156</b>
Femenino	65%	57%
Masculino	35%	43%
Afiliación	Centro Permanente	
	Sin SECARE	Con SECARE
<b>Total=Activo</b>	<b>754</b>	<b>283</b>
Femenino	51%	47%
Masculino	49%	53%

Fuente: ibid.

Al observar más en detalle la participación de las mujeres en el programa, esta es levemente menor en los grupos poblacionales que reciben los servicios con SECARE, 7 puntos porcentuales menor en el caso de los centros diurnos y 4 puntos porcentuales en el caso de los centros permanentes.

Gráfico 19: Participación de mujeres con y sin SECARE por tipo de centro



Fuente: ibid.

A nivel de grupo etario, las personas de 70 a 79 años que están en centros diurnos son mayoría, tanto en el grupo poblacional que recibe SECARE (51%) como en el que no (50%). Es interesante observar que al distinguir entre la afiliación de las personas, aquellos que se encuentran recibiendo los servicios del centro diurno desde casa (activos domiciliarios) es una población de mayor edad, en este caso el grupo etario de 80-89 es más representativo (36% y 46% sin y con SECARE, respectivamente) que en el caso de los que se encuentran con afiliación “activo” (23% y 25% sin y con SECARE, respectivamente).

Tabla 20: Distribución por rango etario con afiliación activo y activo domiciliario, por tipo de centro.

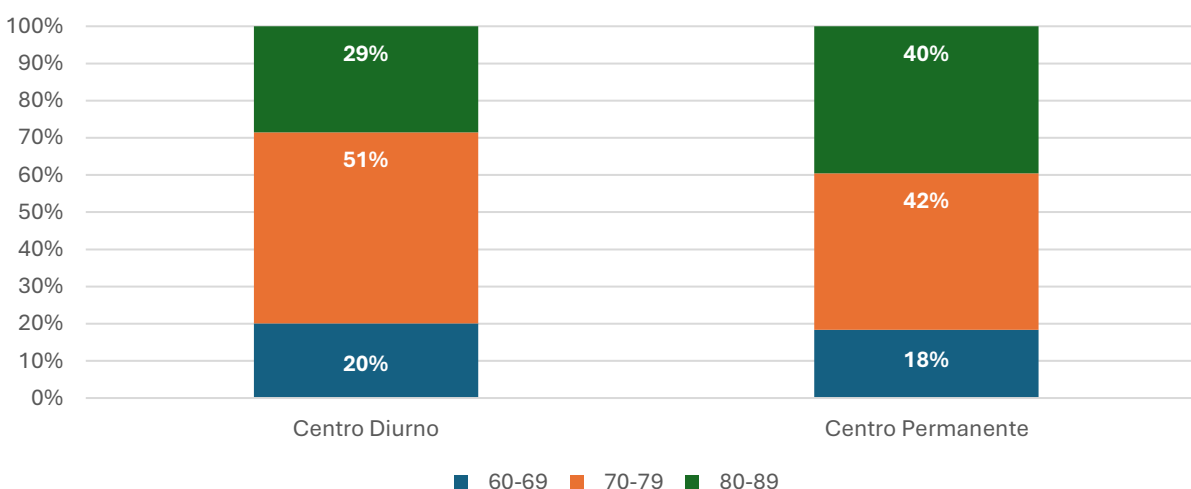
Afiliación	Centro Diurno	
	Sin SECARE	Con SECARE
<b>Total</b>	<b>4288</b>	<b>838</b>
60-69	23%	20%

Centro Diurno		
Afiliación	Sin SECARE	Con SECARE
70-79	50%	51%
80-89	27%	29%
<b>Activo</b>	<b>3098</b>	<b>682</b>
60-69	25%	21%
70-79	52%	54%
80-89	23%	25%
<b>Activo Dom.</b>	<b>1190</b>	<b>156</b>
60-69	20%	17%
70-79	44%	40%
80-89	36%	43%
Centro Permanente		
Afiliación	Sin SECARE	Con SECARE
<b>Total=Activo</b>	<b>754</b>	<b>283</b>
60-69	15%	18%
70-79	42%	42%
80-89	43%	40%

Fuente: ibid.

Al observar en mayor detalle la distribución etaria de las personas que reciben SECARE, se evidencia que en centros diurnos la mayor parte de personas tienen entre 70 y 79 años, seguido de las personas de 80 a 89 años y un 20% de las personas que tienen entre 60 y 69 años. En contraste, en centros permanentes la población de mayor edad representa el 40% seguido del grupo etario medio de 70-79 y el grupo etario más joven de 60-69 representa el 18%. Esto muestra que, a nivel de edad, los usuarios son diferentes en cada tipo de centro, lo que sugiere tener condiciones adaptadas a cada tipo de edad.

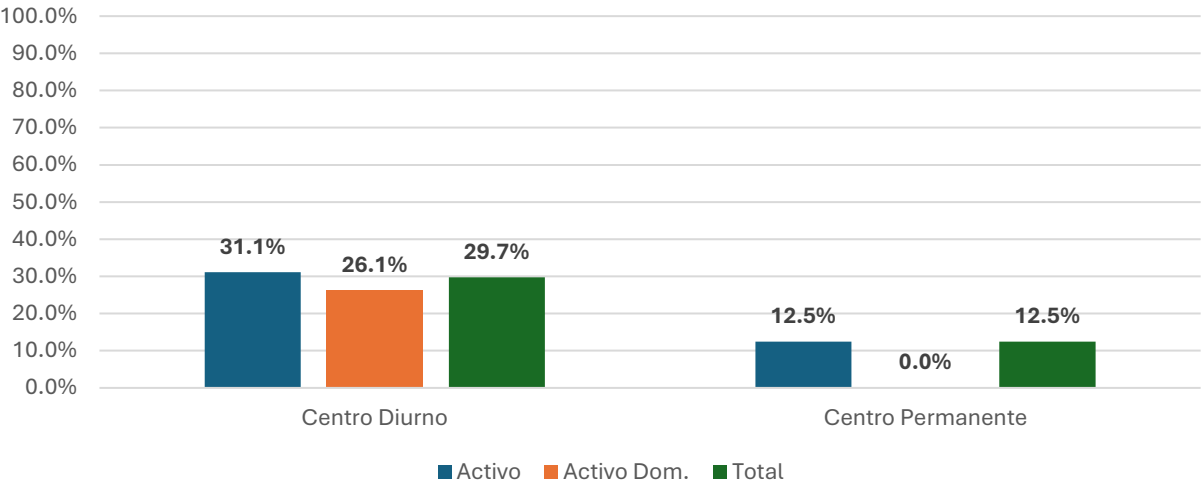
*Gráfico 20: Distribución por rango etario de personas con afiliación activo por tipo de producto*



Fuente: ibid.

A nivel de ingresos económicos, el 29.7% de las personas en centros diurnos recibe algún tipo de ingreso económico, ya sea sueldo o pensión. En centros permanentes este porcentaje es mucho menor, solo el 12,5% de las personas reciben sueldo o pensión.

*Gráfico 21: Porcentaje de personas con afiliación activo, domiciliario o activo domiciliario que cuentan con algún ingreso económico (pensión o sueldo) por tipo de producto*



Fuente: ibid.

Al distinguir por nivel de independencia, en los centros diurnos, las personas activas con SECARE muestran mayores porcentajes de ingresos económicos en todos los niveles de dependencia, destacando los dependientes (46% vs. 30%). En los activos domiciliarios, también se observa una ventaja para SECARE, especialmente entre los independientes (35% vs. 24%). En los centros permanentes, aunque los porcentajes son más bajos en general, quienes están en SECARE presentan mejores resultados en cada nivel. Esto sugiere una relación positiva entre estar en SECARE y tener acceso a ingresos económicos.

En cuanto a la pensión solidaria, al analizar la base de datos, se estima que 13% de las personas reciben este tipo de pensión.

*Tabla 21: Porcentaje de personas que reciben algún ingreso económico (sueldo o pensión) por nivel de independencia*

Afiliación	Centro Diurno	
	Sin SECARE	Con SECARE
<b>Activo</b>	<b>2798</b>	<b>679</b>
Dependiente	30%	46%
Independiente	31%	37%
Con riesgo	28%	35%
<b>Activo Dom.</b>	<b>1002</b>	<b>152</b>
Dependiente	28%	34%
Independiente	24%	35%
Con riesgo	32%	38%

Afiliación	Centro Permanente	
	Sin SECARE	Con SECARE
<b>Total=Activo</b>	<b>699</b>	<b>282</b>
Dependiente	11%	17%
Independiente	15%	23%
Con riesgo	10%	13%

Fuente: ibid.

A nivel de ICV, en los centros diurnos un poco más de la mitad de las observaciones cuentan con información del ICV, con un 53.4% en el grupo sin SECARE (P2) y 54.9% en el grupo con SECARE (P3). En los centros permanentes, la cobertura de esta variable es significativamente menor, con apenas 23% en P2 y 18% en P4. Esto evidencia una limitada disponibilidad de datos de ICV, lo que hace que las conclusiones que se hacen de los datos no puedan generalizarse a todas las personas del programa.

*Tabla 22: Datos disponibles de ICV*

Afiliación	Centros Diurnos	
	Sin SECARE (P2)	Con SECARE (P3)
Obs total	4288	838
Obs ICV	2290	460
% obs	53.4%	54.9%
Afiliación	Centros Permanentes	
	Sin SECARE (P2)	Con SECARE (P4)
Obs total	754	280
Obs ICV	174	51
% obs	23%	18%

Fuente: ibid.

En suma, las características sociodemográficas del grupo poblacional de estudio revelan que, a nivel de sexo, las mujeres son mayoría en centros diurnos con y sin SECARE y en centros permanentes sin SECARE (P2). A nivel de edad, los centros permanentes manejan una población de mayor edad relativa. A nivel de ingresos, las personas que reciben sueldo o pensión son una minoría, menos de 30% en centros diurnos y menos de 15% en centros permanentes.

### Servicios y beneficios recibidos

La base de datos organiza los servicios en seis categorías: alimentación, salud, recreación, capacitación, donaciones e imagen positiva. En alimentación se incluyen desayuno, merienda, comida y cena, mientras que salud reúne una amplia variedad de atenciones médicas y terapéuticas, como geriatría, psicología, fisioterapia, hidroterapia y vacunación. La recreación abarca actividades culturales y deportivas como ajedrez, cine, ping pong, bingo y visitas a museos. En capacitación se encuentran talleres y programas como huertos, repostería, guitarra, pintura y alfabetización. Finalmente, donaciones y servicios de imagen positiva integran apoyos en insumos, ayudas técnicas y cuidados personales, incluyendo peluquería, estética y charlas de sensibilización.

*Tabla 23: Servicios ofrecidos por categoría*

Categoría	Servicios
<b>Alimentación</b>	Desayuno, Merienda, Comida, Cena
<b>Salud</b>	Atención Geriátrica, Atención Gerontológica, Atención Cardiológica, Atención Medicina Familiar, Atención Ortopédica, Atención Odontológica, Cuidadores diurnos, Atención Psicológica, Cuidadores Permanentes, Atención Psiquiátrica, Musicoterapia, Fisioterapia, UTRARE (Unidades de Tránsito y Recuperación), Hidroterapia, Rehabilitación, Vacunas, Seguimiento Adultos Mayores / Visita Domiciliaria, Consulta General, Atención Dermatológica
<b>Recreación</b>	Gimnasia, Ajedrez, Mini Golf/Croquet, Dominós, Cine, Ping Pong, Bingo, Visitas a Museos y Centros Culturales, Basketball, Barajas, Actividades Culturales (fechas conmemorativas), Show artístico
<b>Capacitación</b>	Huertos, Artesanías, Inglés, Lectura Comprensiva, Repostería, Baile, Piano, Info-Alfabetización, Manualidades, Canto, Guitarra, Quisqueya Aprende Contigo, Pintura, Costura, Flauta
<b>Donaciones</b>	Raciones Alimenticias Crudas, Raciones Alimenticias Cocidas, Otras donaciones especiales, Kits de Higiene, Lentillas para los ojos, Gestión de medicamentos, Bastón, Silla de Ruedas, Wipes, Muletas, Pañales desechables, Guantes, Suplementos alimenticios
<b>Imagen Positiva</b>	Cuidado de Piel, Procedimientos Estéticos, Salón de Belleza, Peluquería, Charlas de Sensibilización

Fuente: ibid.

El listado de servicios de la Tabla se extrajo de las notas explicativas enviadas junto con la base de datos compartida por CONAPE. Sin embargo, los rangos utilizados en las tablas siguientes no coinciden exactamente con esos listados, ya que se construyeron a partir de los valores observados directamente en la base de datos. Por ejemplo, en el servicio de salud, se evidenció que el número máximo de servicios registrados para personas del grupo P2 en centros diurnos fue de 3.

A nivel de cobertura de servicios que ofrecen los centros diurnos y permanentes, las siguientes Tablas exponen la distribución del número de servicios ofrecidos para alimentación, salud, recreación y capacitación. La cobertura de alimentación en los centros SECARE muestra diferencias importantes. En centros diurnos, el 70% de los que están en SECARE ofrecen entre 3 y 4 servicios alimentarios, frente a solo 29% de los que no lo están. En centros permanentes, todos los centros —con y sin SECARE— brindan 3 o 4 servicios.

*Tabla 24: Cobertura de servicios de alimentación*

#Servicios	Centro Diurno	
	Sin SECARE	Con SECARE
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>10</b>
0-2	71%	30%
3-4	29%	70%
#Servicios	Centro Permanente	
	Sin SECARE	Con SECARE
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>3</b>
0-2	0%	0%
3-4	100%	100%

Fuente: ibid.



La cobertura del servicio de salud según el reporte analizado de SISDAM es baja en todos los centros. En centros diurnos, tanto SECARE como NO SECARE, el 100% ofrece entre 0 y 3 servicios, sin alcanzar niveles más altos. En centros permanentes, el 85% sin SECARE y el 100% con SECARE también se mantienen en el rango más bajo de cobertura (0–3 servicios). No obstante, al no existir un diccionario de variables, no es claro si el valor de 3 servicios corresponde tres servicios específicos, a categorías agrupadas como puede ser la medicina especializada o a un error involuntario por procesamiento manual de un reporte de servicios agregado. En la visita a campo fue posible observar que, por ejemplo, el centro diurno Juan Bosch cuenta con más de tres especialidades sanitarias como odontología, psicología, medicina interna, geriatría y consulta general, lo que no es coherente con el registro reportado de 3 servicios de salud. Desafortunadamente, esta limitante restringió el alcance del ejercicio e impidió utilizar la oferta de servicios para establecer análisis de desempeño diferenciado por centros.

*Tabla 25: Cobertura de servicios de salud*

#Servicios	Centro Diurno	
	Sin SECARE	Con SECARE
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>10</b>
0-3	100%	100%
4-6	0%	0%
7-9	0%	0%
#Servicios	Centro Permanente	
	Sin SECARE	Con SECARE
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>3</b>
0-3	85%	100%
4-6	9%	0%
7-9	6%	0%

Fuente: ibid.

Tras revisar los datos de oferta de servicios de recreación y capacitación se corroboraron las inconsistencias referidas. Por esta razón no se incluyeron en el presente análisis y se confirmó la imposibilidad de utilizar esta data en la posible especificación de un modelo econométrico.

En cuanto al cumplimiento del plan de intervención individual en personas con SECARE, este es alto en todos los tipos de afiliación, siendo mayor al 70% en todos los casos. Se destaca el grupo poblacional de dependientes en centros permanentes (82%). En los centros diurnos, los independientes alcanzan niveles destacados, con 89% de cumplimiento para activos domiciliarios y 75% en activos.

*Tabla 26: Cumplimiento promedio del SECARE*

Afiliación	Centro Diurno	
	Con SECARE	
<b>Activo</b>	<b>698</b>	
Dependiente	76%	
Independiente	75%	
Con riesgo	71%	
<b>Activo Dom.</b>	<b>155</b>	
Dependiente	76%	

Centro Diurno	
Afiliación	Con SECARE
Independiente	89%
Con riesgo	77%
Centro Permanente	
Afiliación	Con SECARE
<b>Total=Activo</b>	<b>281</b>
Dependiente	82%
Independiente	76%
Con riesgo	71%

Fuente: ibid.

Pasando a los beneficios complementarios ofrecidos a los adultos mayores de los centros diurnos y permanentes SECARE y NO SECARE se evidencia la siguiente cobertura.

*Tabla 27: Cobertura de beneficios complementarios ofrecidos en centros diurnos y permanentes*

Centros Diurnos		
Afiliación	Sin SECARE (P2)	Con SECARE (P3)
<b>Activo</b>	<b>3098</b>	<b>682</b>
TE-AMA	5%	4%
Rac. alimenticias	1%	2%
PROVEE	20%	24%
Comer es primero	25%	22%
Bono gas	29%	28%
Bono luz	15%	15%
BEEP	0%	1%
ILAE	1%	1%
MAPRE	0%	0%
<b>Activo Dom.</b>	<b>1190</b>	<b>156</b>
TE-AMA	6%	4%
Rac. alimenticias	1%	2%
PROVEE	18%	27%
Comer es primero	27%	23%
Bono gas	27%	28%
Bono luz	16%	15%
BEEP	1%	1%
ILAE	1%	1%
MAPRE	0%	0%
Centros Permanentes		
Afiliación	Sin SECARE (P2)	Con SECARE (P4)
<b>Activo</b>	<b>754</b>	<b>283</b>
TE-AMA	3%	3%
Rac. alimenticias	0%	0%
PROVEE	7%	7%
Comer es primero	5%	7%
Bono gas	6%	7%
Bono luz	3%	2%
BEEP	0%	1%
ILAE	0%	0%

Afiliación	Centros Permanentes	
	Sin SECARE (P2)	Con SECARE (P4)
MAPRE	0%	0%

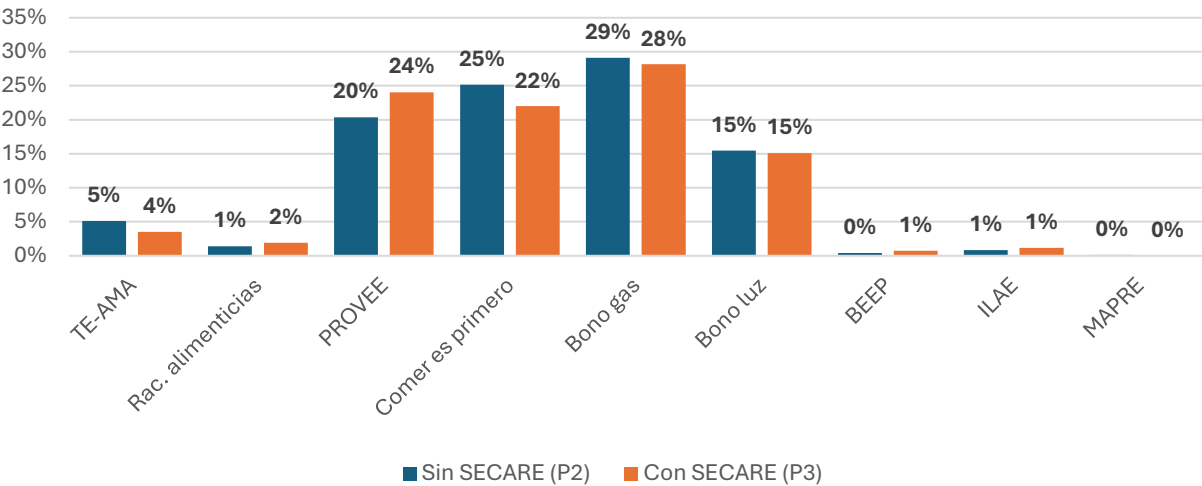
Fuente: ibid.

En los centros diurnos, las personas activas con SECARE (P3) muestran coberturas ligeramente superiores en programas como PROVEE (24% vs. 20%) y "Comer es Primero" (22% vs. 25%), mientras que en bonos de gas y luz los porcentajes son similares (28% y 15% respectivamente). En el grupo de activos domiciliarios, destaca una mayor cobertura de PROVEE para P3 (27% frente a 18%) y una paridad en bonos gas (28%) y luz (15-16%).

En los centros permanentes, los porcentajes de cobertura son más bajos en general, con "Comer es Primero" alcanzando apenas 7% en P4 y 5% en P2, mientras que PROVEE se mantiene en 7% para ambos grupos.

El resto de los beneficios como TE-AMA, BEEP o ILAE tienen presencia marginal ( $\leq 3\%$ ).

Gráfico 22: Cobertura de beneficios a la población en afiliación activo



Fuente: ibid.

Así, destacando algunos puntos clave tanto de la cobertura de servicios como de beneficios, en los centros diurnos, SECARE (P3) presenta mayores servicios cubiertos en salud, recreación, capacitación y donaciones, destacando recreación (46% vs. 33%) e imagen positiva (35% vs. 16%). En los centros permanentes, la alimentación es casi total en ambos grupos (100% vs 99%), pero la capacitación con P3 se eleva significativamente (40% vs. 14%).

Por su parte, a nivel de cobertura de beneficios, en los centros diurnos, SECARE (P3) presenta una ligera ventaja en PROVEE (24% vs. 20%) y paridad en bonos de gas y luz. En centros permanentes, la cobertura es baja en general, con “Comer es Primero” llegando solo al 7% en P4 y 5% en P2, y otros beneficios con presencia mínima ( $\leq 3\%$ ).

#### 7.1.4. Nivel de independencia (EDIAM y componentes)

El nivel de independencia es visto en la base de datos a partir de la variable nivel que corresponde a un indicador sintético que enmarca todos los componentes del EDIAM. No obstante, se aclara que existe mayor cantidad de registros para el indicador sintético que los registrados para el EDIAM porque hay registros que fueron llenados por el concepto de un profesional sin completar el EDIAM. Al observar los resultados por cada componente, el número de registros varía por esta razón. Esto es importante señalarlo porque el hecho de que el número de registros disminuya limita el alcance de las conclusiones derivadas del análisis y, afectó negativamente la posibilidad de especificar un modelo econométrico.

Observando las anteriores limitaciones, al analizar el indicador sintético EDIAM, en centros diurnos el 91% de las personas activas registra ser independiente sin distinguir de que sea SECARE (P3) y no SECARE (P2), lo que muestra que solo el 9% tiene algún grado o riesgo de dependencia. Por su parte, en la categoría de activos domiciliarios se presenta una mayor concentración de personas en dependencia o independientes en riesgo de dependencia. En centros permanentes, el porcentaje de personas dependientes es del 46% para aquellos que no cuentan con SECARE (P2) y 44% para aquellos con SECARE.

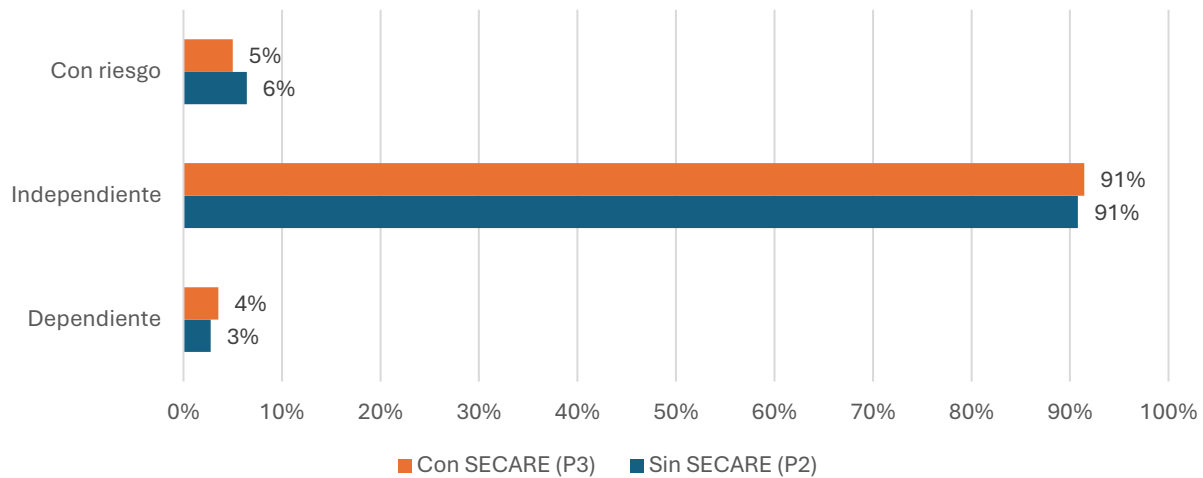
*Tabla 28: Nivel - indicador sintético*

Afilación	Centros Diurnos	
	Sin SECARE (P2)	Con SECARE (P3)
<b>Activo</b>	<b>2798</b>	<b>679</b>
Dependiente	3%	4%
Independiente	91%	91%
Con riesgo	6%	5%
<b>Activo Dom.</b>	<b>1002</b>	<b>152</b>
Dependiente	24%	38%
Independiente	59%	39%
Con riesgo	16%	22%
Afilación	Centros Permanentes	
	Sin SECARE (P2)	Con SECARE (P4)
<b>Total=Activo</b>	<b>233</b>	<b>282</b>
Dependiente	46%	44%
Independiente	36%	35%
Con riesgo	18%	22%

Fuente: ibid.

El Gráfico a continuación muestra que no existen grandes diferencias entre la concentración de personas con dependencia con SECARE (P3) y no SECARE (P2) en centros diurnos. Estas diferencias tampoco son grandes en centros permanentes.

Gráfico 23: Indicador sintético (personas activas en centros diurnos)



Fuente: ibid.

Al analizar el indicador EDIAM ABVD en los centros diurnos, se observa que entre las personas activas predomina la independencia funcional, con un 96% en el grupo sin SECARE (P2) y un 91% en el grupo con SECARE (P3). Solo un pequeño porcentaje presenta dependencia (2% en ambos grupos) o se encuentra en riesgo de desarrollarla (2% en P2 y 6% en P3), lo que confirma que la gran mayoría de usuarios mantiene su autonomía.

En el caso de las personas activas domiciliarias, se aprecia una mayor presencia de riesgo de dependencia, especialmente en el grupo sin SECARE, donde asciende al 62%, mientras que en el grupo con SECARE se reduce al 41%. En los centros permanentes, el porcentaje de personas dependientes es del 17% para quienes no reciben SECARE y del 18% para los que sí lo reciben (P4), mientras que la proporción de personas independientes se sitúa en 47% y 46% respectivamente, manteniéndose estable el grupo en riesgo (36% en ambos casos).

Tabla 29: EDIAM - ABVD

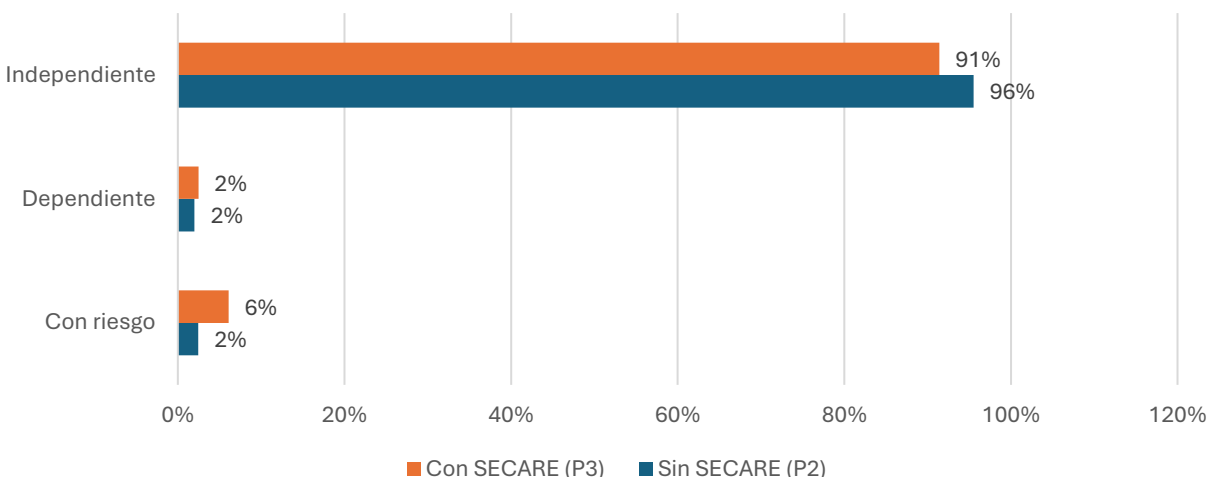
Afilación	Centros Diurnos	
	Sin SECARE (P2)	Con SECARE (P3)
<b>Activo</b>	<b>2195</b>	<b>524</b>
Con riesgo	2%	6%
Dependiente	2%	2%
Independiente	96%	91%
Activo Dom.	665	128
Dependiente	13%	19%
Independiente	25%	40%
Con riesgo	62%	41%
Afilación	Centros Permanentes	
	Sin SECARE (P2)	Con SECARE (P4)
<b>Total=Activo</b>	<b>588</b>	<b>211</b>

Afiliación	Centros Permanentes	
	Sin SECARE (P2)	Con SECARE (P4)
Dependiente	17%	18%
Independiente	47%	46%
Con riesgo	36%	36%

Fuente: ibid.

El Gráfico a continuación muestra que, en los centros diurnos, tanto las personas con SECARE (P3) como las que no cuentan con SECARE (P2) presentan una alta proporción de independencia, con 91% y 96% respectivamente. Los niveles de dependencia son bajos y similares en ambos grupos (2%), mientras que el riesgo de dependencia es ligeramente mayor en el grupo con SECARE (6% frente a 2%). Esto evidencia que las diferencias entre los dos grupos son mínimas en términos de dependencia funcional.

*Gráfico 24: EDIAM – ABVD (personas activas en centros diurnos)*



Fuente: ibid.

Al analizar el indicador EDIAM AIVD, se observa que en los centros diurnos la mayoría de las personas activas es autónoma, con un 73% en el grupo sin SECARE (P2) y 69% en el grupo con SECARE (P3). La dependencia moderada representa un 22% en P2 y 24% en P3, mientras que la dependencia severa alcanza un 5% y 8%, respectivamente, mostrando una mayor presencia de limitaciones en el grupo con SECARE. En el caso de las personas activas domiciliarias, la autonomía se reduce significativamente, siendo del 36% en P2 y solo del 15% en P3, mientras que la dependencia severa se eleva hasta el 33% y 51%, respectivamente. En los centros permanentes, el panorama es de alta dependencia. Solo el 6% de las personas es autónoma en ambos grupos, mientras que la dependencia severa concentra el 79% en P2 y el 77% en P4, reflejando un alto nivel de necesidades de apoyo.

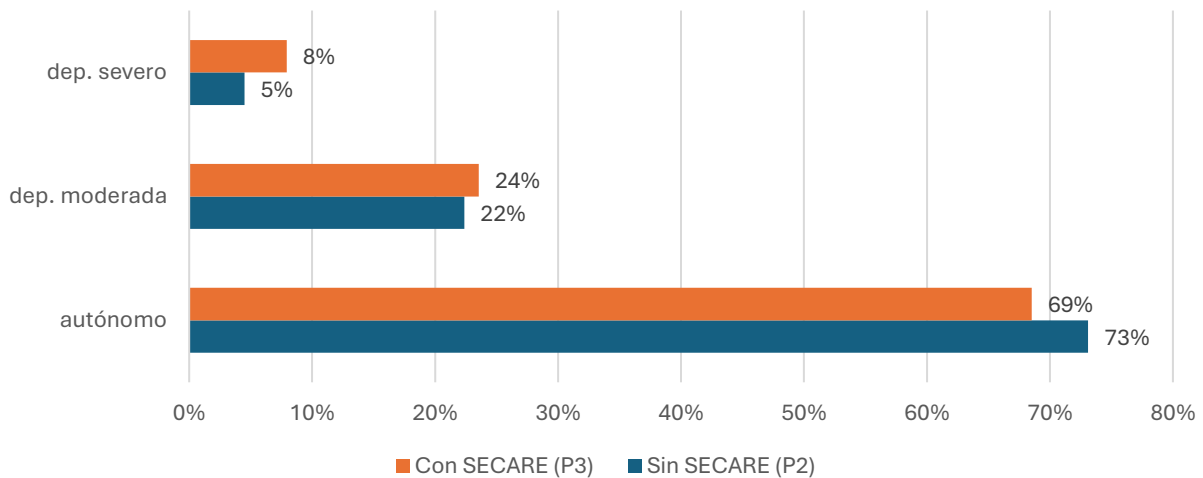
Tabla 30: EDIAM - AIVD

Afiliación	Centros Diurnos	
	Sin SECARE (P2)	Con SECARE (P3)
<b>Activo</b>	<b>1175</b>	<b>467</b>
autónomo	73%	69%
dep. moderada	22%	24%
dep. severo	5%	8%
<b>Activo Dom.</b>	<b>374</b>	<b>124</b>
autónomo	36%	15%
dep. moderada	30%	35%
dep. severo	33%	51%
Afiliación	Centros Permanentes	
	Sin SECARE (P2)	Con SECARE (P4)
<b>Total=Activo</b>	<b>370</b>	<b>143</b>
autónomo	6%	6%
dep. moderada	14%	17%
dep. severo	79%	77%

Fuente: ibid.

El Gráfico a continuación muestra que la mayoría de las personas activas en centros diurnos son autónomas, con una ligera ventaja en el grupo sin SECARE (P2) (73%) frente al grupo con SECARE (P3) (69%). La dependencia moderada es similar en ambos grupos, aunque ligeramente mayor en P3 (24% frente a 22%). La dependencia severa es baja en ambos casos, alcanzando el 8% en P3 y el 5% en P2, lo que indica que las diferencias son reducidas entre los dos grupos.

Gráfico 25: EDIAM – AIVD (personas activas en centros diurnos)



Fuente: ibid.

Al analizar el indicador EDIAM Depresión, en los centros diurnos la gran mayoría de las personas activas presenta un estado emocional normal, con un 92% en el grupo sin SECARE (P2) y un 93% en el grupo con SECARE (P3). La depresión moderada afecta a una pequeña proporción, 7% en P2 y 6% en P3, mientras

que la depresión severa apenas alcanza el 1% en ambos casos. Entre las personas activas domiciliarias, el estado normal disminuye a 78% en P2 y 77% en P3, con mayores niveles de depresión moderada (15% y 18%, respectivamente) y severa (6% y 5%). En los centros permanentes, el 75% de las personas sin SECARE se encuentra en estado normal, aunque un 23% presenta depresión moderada y 2% severa; en contraste, en el grupo con SECARE (P4), el estado normal asciende a 92% y no se registran casos de depresión severa, lo que sugiere mejores condiciones emocionales en este grupo.

*Tabla 31: EDIAM - Depresión*

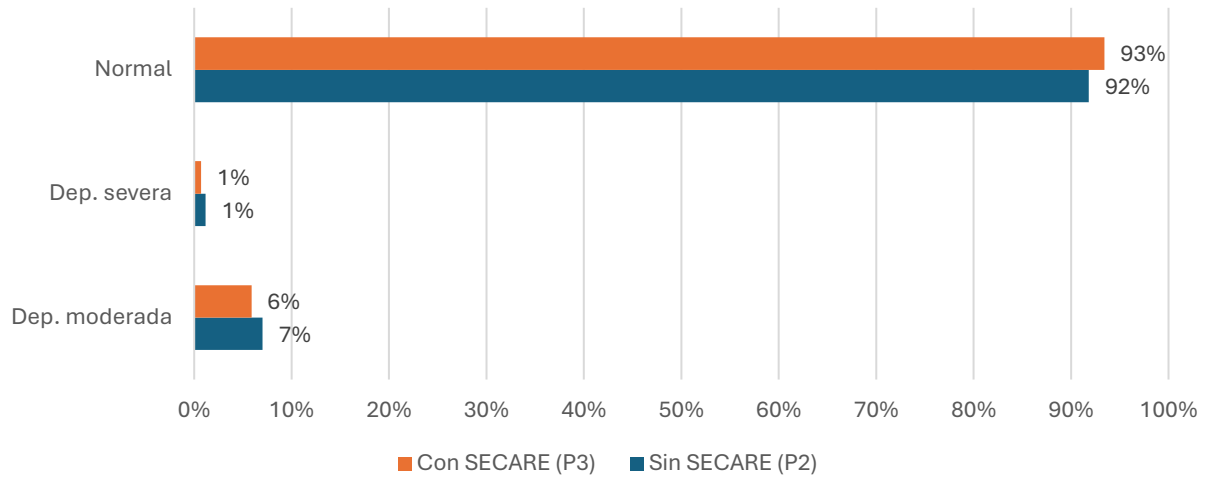
Afiliación	Centros Diurnos	
	Sin SECARE (P2)	Con SECARE (P3)
<b>Activo</b>	<b>684</b>	<b>425</b>
Dep. moderada	7%	6%
Dep. severa	1%	1%
Normal	92%	93%
<b>Activo Dom.</b>	<b>201</b>	<b>117</b>
Dep. moderada	15%	18%
Dep. severa	6%	5%
Normal	78%	77%
Afiliación	Centros Permanentes	
	Sin SECARE (P2)	Con SECARE (P4)
<b>Total=Activo</b>	<b>283</b>	<b>157</b>
Dep. moderada	23%	8%
Dep. severa	2%	0%
Normal	75%	92%

Fuente: ibid.

El Gráfico a continuación muestra que la gran mayoría de las personas en centros diurnos presenta un estado emocional normal, con porcentajes muy similares entre quienes tienen SECARE (P3) (93%) y quienes no (P2) (92%). La depresión moderada afecta a una proporción reducida, con 6% en P3 y 7% en P2, mientras que la depresión severa es prácticamente inexistente (1% en ambos grupos). Esto indica que no existen diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a niveles de depresión.



Gráfico 26: EDIAM – Depresión (personas activas en centros diurnos)



Fuente: ibid.

Al analizar el indicador EDIAM Fragilidad en los centros diurnos se observa que la mayoría de las personas activas se encuentra en estado no frágil, con un 51% en el grupo sin SECARE (P2) y 42% en el grupo con SECARE (P3). Sin embargo, el porcentaje de personas frágiles es mayor en quienes reciben SECARE (17%) frente al 10% en P2, mientras que la condición de pre-fragilidad se mantiene cercana en ambos grupos (38% y 41%). En las personas activas domiciliarias, la fragilidad alcanza valores más altos: 36% en P2 y 51% en P3, con una disminución marcada en el estado no frágil (23% y 13%). En los centros permanentes, los niveles de fragilidad son elevados, con un 42% en P2, aunque se reduce al 22% en P4, mientras que la pre-fragilidad es más prevalente en quienes reciben SECARE (50% frente al 40% en P2), sugiriendo una mejor contención en este grupo.

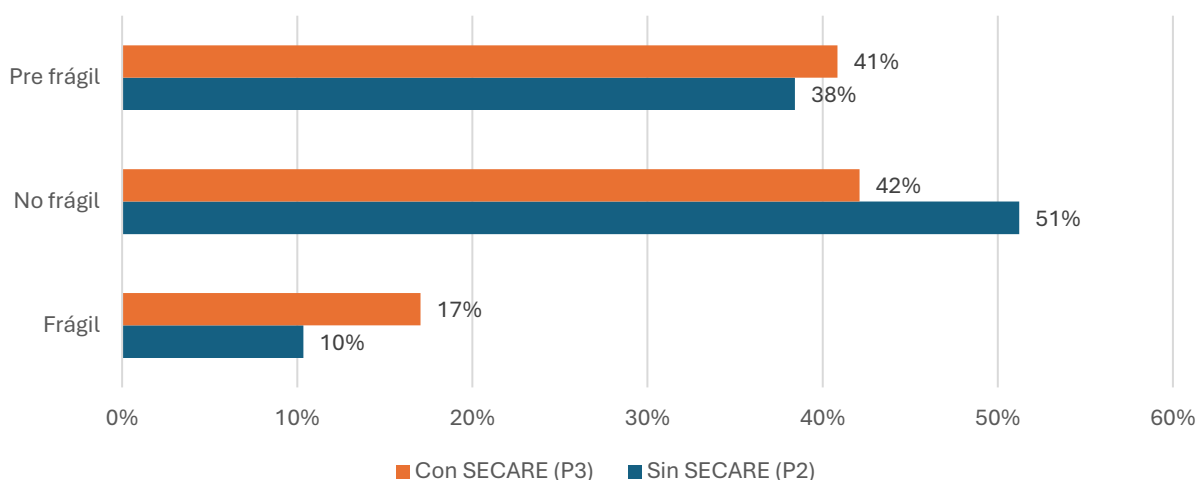
Tabla 32: EDIAM - Fragilidad

Afiliación	Centros Diurnos	
	Sin SECARE (P2)	Con SECARE (P3)
<b>Activo</b>	<b>406</b>	<b>399</b>
Frágil	10%	17%
No frágil	51%	42%
Pre frágil	38%	41%
<b>Activo Dom.</b>	<b>136</b>	<b>104</b>
Frágil	36%	51%
No frágil	23%	13%
Pre frágil	41%	37%
Afiliación	Centros Permanentes	
	Sin SECARE (P2)	Con SECARE (P4)
<b>Total=Activo</b>	<b>247</b>	<b>54</b>
Frágil	42%	22%
No frágil	18%	28%
Pre frágil	40%	50%

Fuente: ibid.

El Gráfico a continuación, muestra que en los centros diurnos la mayoría de las personas activas se encuentra en condición no frágil, con una mayor proporción en el grupo sin SECARE (P2) (51%) frente al grupo con SECARE (P3) (42%). La condición de pre-fragilidad es similar en ambos grupos, con 38% en P2 y 41% en P3. Por su parte, el estado de fragilidad es más alto en el grupo con SECARE (17%) en comparación con el 10% en P2, lo que indica una ligera mayor vulnerabilidad en este grupo.

*Gráfico 27: EDIAM – Fragilidad (personas activas en centros diurnos)*



Fuente: ibid.

Al analizar el indicador EDIAM Soledad, en los centros diurnos la mayoría de las personas activas presenta niveles bajos de soledad, con un 74% en el grupo sin SECARE (P2) y 73% en el grupo con SECARE (P3). Los niveles medios representan el 25% en ambos grupos, mientras que la soledad alta es mínima, con apenas 1% en P2 y 2% en P3. En las personas activas domiciliarias, se observa un aumento en los niveles medios de soledad (50% en P2 y 45% en P3), junto con un descenso en los niveles bajos (47% y 45%) y un leve aumento en la soledad alta, especialmente en el grupo con SECARE (11%). En los centros permanentes, predominan los niveles medios de soledad (67% en P2 y 46% en P4), aunque se aprecia quienes reciben SECARE tienen una mejor condición, con un 49% en nivel bajo frente al 27% en P2.

*Tabla 33: EDIAM - Soledad*

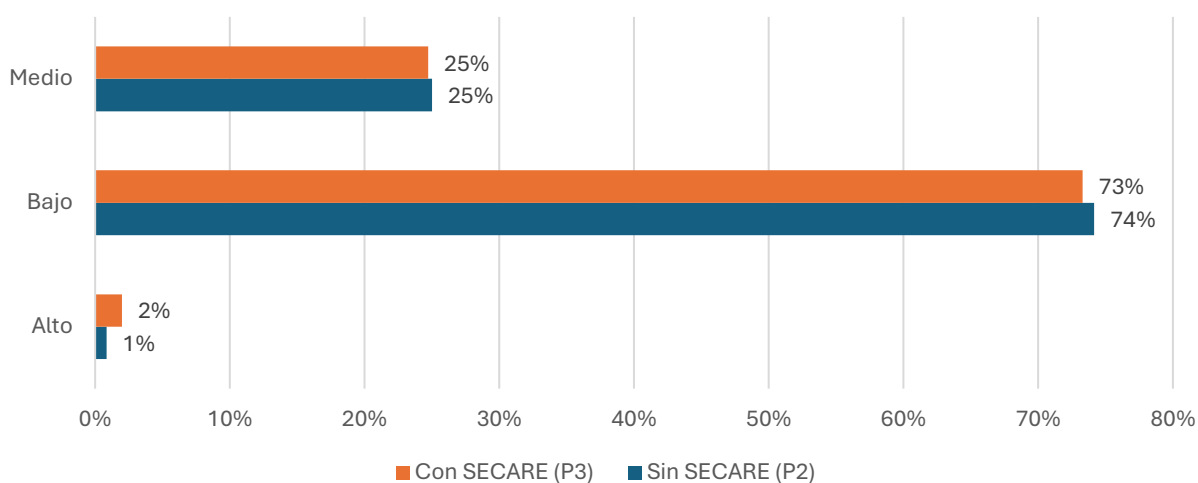
Afiliación	Centros Diurnos	
	Sin SECARE (P2)	Con SECARE (P3)
<b>Activo</b>	<b>356</b>	<b>352</b>
Alto	1%	2%
Bajo	74%	73%
Medio	25%	25%
<b>Activo Dom.</b>	<b>121</b>	<b>85</b>
Alto	3%	11%
Bajo	47%	45%
Medio	50%	45%

Afiliación	Centros Permanentes	
	Sin SECARE (P2)	Con SECARE (P4)
<b>Total=Activo</b>	<b>210</b>	<b>39</b>
Alto	7%	5%
Bajo	27%	49%
Medio	67%	46%

Fuente: ibid.

El Gráfico a continuación muestra que la mayoría de las personas activas en centros diurnos experimenta niveles bajos de soledad, con porcentajes casi iguales entre quienes tienen SECARE (P3) (73%) y quienes no (P2) (74%). Los niveles medios de soledad se mantienen en 25% para ambos grupos, mientras que la soledad alta es mínima, alcanzando solo 2% en P3 y 1% en P2. Esto refleja que no existen diferencias relevantes en la percepción de soledad entre ambos grupos.

*Gráfico 28: EDIAM – Soledad (personas activas en centros diurnos)*



Fuente: ibid.

Al analizar el indicador EDIAM Estado Mental, en los centros diurnos la mayoría de las personas activas no presenta deterioro, con un 57% en el grupo sin SECARE (P2) y 56% en el grupo con SECARE (P3). Los casos de deterioro leve representan el 17% en P2 y 22% en P3, mientras que los niveles moderados y serios suman un 27% en ambos grupos, mostrando una distribución relativamente equilibrada. En las personas activas domiciliarias, el porcentaje sin deterioro es menor en P2 (39%) en comparación con P3 (53%), con una mayor presencia de casos serios en P2 (23% frente al 21% en P3). En los centros permanentes, el deterioro mental serio es particularmente alto en P2 (62%), mientras que en P4 se reduce al 28%, y los niveles sin deterioro mejoran hasta el 23%, lo que evidencia una diferencia significativa entre ambos grupos.

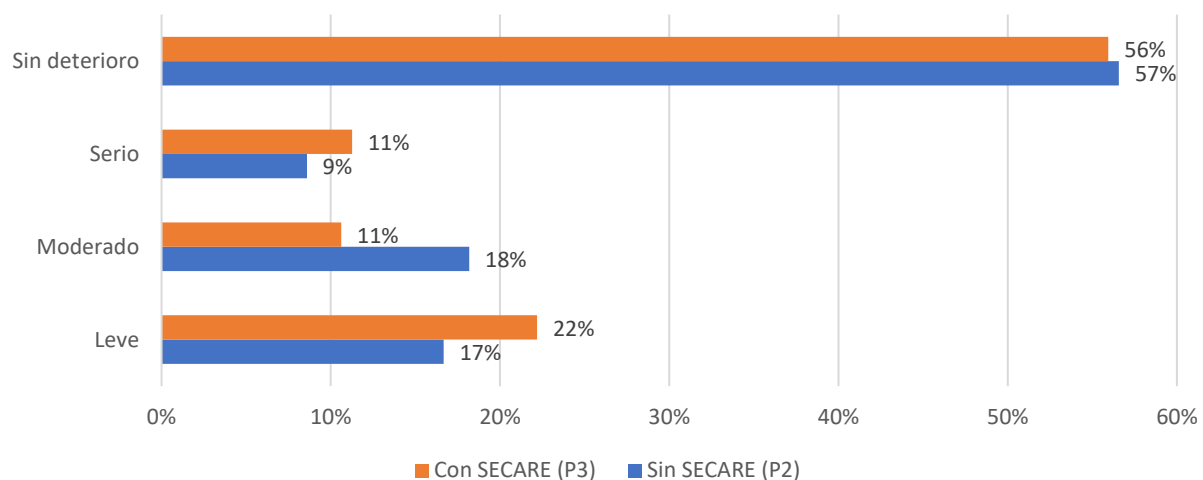
Tabla 34: EDIAM – Estado Mental

Afiliación	Centros Diurnos	
	Sin SECARE (P2)	Con SECARE (P3)
<b>Activo</b>	<b>198</b>	<b>311</b>
Leve	17%	22%
Moderado	18%	11%
Serio	9%	11%
Sin deterioro	57%	56%
<b>Activo Dom.</b>	<b>71</b>	<b>78</b>
Leve	25%	17%
Moderado	13%	10%
Serio	23%	21%
Sin deterioro	39%	53%
Afiliación	Centros Permanentes	
	Sin SECARE (P2)	Con SECARE (P4)
<b>Total=Activo</b>	<b>197</b>	<b>39</b>
Leve	12%	23%
Moderado	16%	26%
Serio	62%	28%
Sin deterioro	10%	23%

Fuente: ibid.

El Gráfico a continuación muestra que más de la mitad de las personas en centros diurnos no presenta deterioro mental, con porcentajes muy similares entre quienes tienen SECARE (P3) (56%) y quienes no (P2) (57%). Los niveles de deterioro leve son ligeramente más altos en P3 (22%) que en P2 (17%), mientras que el deterioro moderado se observa más en P2 (18% frente a 11% en P3). El deterioro serio tiene una presencia baja en ambos grupos, con 11% en P3 y 9% en P2.

Gráfico 29: EDIAM - Estado mental (personas activas en centros diurnos)



Fuente: ibid.

## 7.2. Modelo econométrico

Tomando como referencia el análisis descriptivo de la información disponible, se plantea la posibilidad de estructurar un modelo econométrico que permita evaluar la implementación de la metodología SECARE. Para alcanzar este propósito, se definen los siguientes pasos:

- Estudio de la variable dependiente: análisis de la variable central de estudio con el fin de identificar la pertinencia de conectarla dentro de un modelo como variable que depende o es afectada por características sociodemográficas, los servicios y beneficios otorgados y otras variables que sean pertinentes.
- Definición del tipo de modelo econométrico: selección del modelo que mejor se ajusta a las características y naturaleza de los datos, considerando la relación entre las variables y el uso de los resultados que puedan resultar.
- Estructuración del modelo: preparación de los valores que puede tomar tanto la variable dependiente como las independientes.
- Resultados: estimación e interpretación de los resultados del modelo, identificando las principales ventajas y desventajas del SECARE.

A continuación, solo son expuestos los dos primeros puntos debido a que por la calidad de la información, no es posible establecer una variable dependiente para el modelo econométrico.

### 7.2.1. Estudio de la variable dependiente

La base de datos presenta diversas limitantes que se detallan en el apartado "Limitaciones de la información cuantitativa". La variable que hubiera sido ideal para analizar las ventajas y desventajas del SECARE es la evolución del indicador sintético EDIAM (nivel), ya que este refleja de manera integral el estado de dependencia de las personas beneficiarias. No obstante, no se cuenta con información histórica ni de este indicador ni de sus componentes, lo que imposibilita un análisis evolutivo de su comportamiento que permita medir el impacto del SECARE al nivel de dependencia de las personas.

Ante esta situación, se identificaron y seleccionaron otras variables de interés que permiten aproximarse al estudio del programa desde diferentes perspectivas. Las variables de interés disponibles son, en primer lugar, el nivel de dependencia actual reportado y, en segundo lugar, pertenecer o no al SECARE. La Tabla a continuación expone las ventajas y desventajas de definir estas variables como dependientes.

*Tabla 35: Ventajas y Desventajas de las variables dependientes disponibles para el modelo econométrico*

Variable dependiente	Ventajas	Desventajas
Nivel de dependencia actual	Permitiría relacionar el nivel de dependencia de cada persona con variables sociodemográficas y del entorno institucional. Esto puede observarse en el análisis descriptivo.	No permite medir el efecto diferenciado del SECARE, ya que refleja solo un estado temporal sin un punto de referencia para valorar una evolución en la independencia.
Pertenecer o no a SECARE	Permitiría comparar el efecto del SECARE entre grupos poblacionales (P2 vs. P3 y P4) en función de variables asociadas, facilitando la evaluación de su focalización.	No cuantifica la calidad ni el impacto del programa, ya que no está vinculada a resultados de corto o largo plazo, sino a su diseño y población objetivo, lo cual ya es abordado en el análisis cuantitativo.

Fuente: elaboración propia.

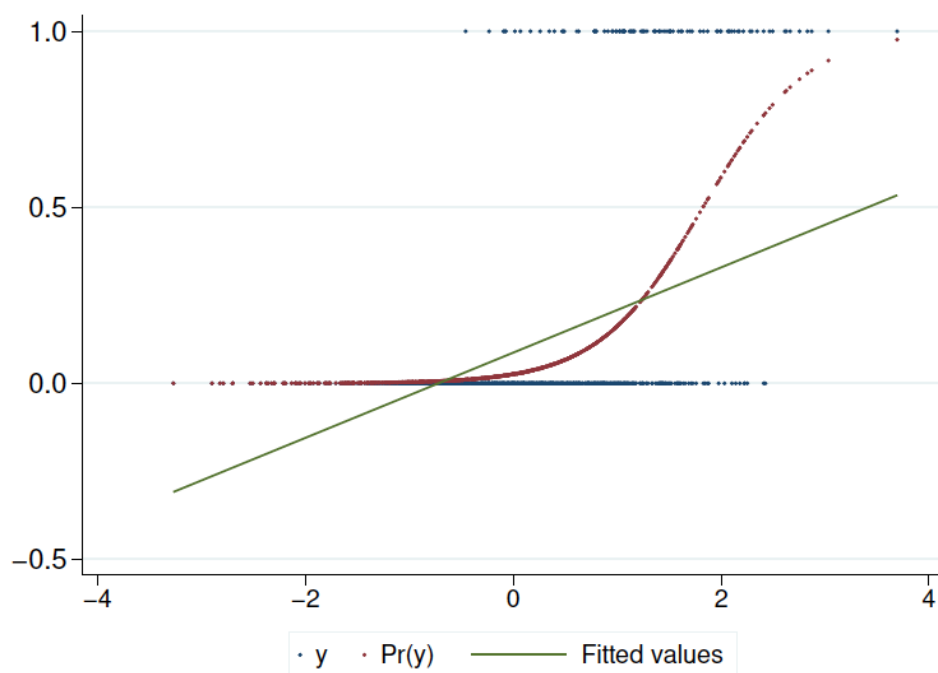
Las dos variables ofrecen ventajas para analizar relaciones con variables sociodemográficas o del entorno institucional o evaluar la focalización del programa. Sin embargo, también presentan limitaciones importantes. El nivel de dependencia no permite evaluar cambios a lo largo del tiempo, y la pertenencia al SECARE no está asociada directamente con resultados del programa. Esto unido a las limitaciones de la información cuantitativa sugiere que construir un modelo econométrico con estas variables no aporta valor adicional al ya obtenido mediante el análisis descriptivo.

### **7.2.2. Definición del tipo de modelo econométrico recomendado**

Los datos analizados presentan en su mayoría una naturaleza binaria o categórica, lo que hace especialmente relevante la utilización de un modelo probabilístico. Este enfoque permite estimar la probabilidad de que ocurra un determinado evento en función de diversas características asociadas a la persona, al programa SECARE o al entorno.

El modelo probit tiene una ventaja frente al modelo lineal de probabilidad estimado mediante Mínimos Cuadrados Ordinarios en que la función del modelo probit tiene un ajuste asintótico para que la estimación del modelo resulte entre 0 y 1. El gráfico a continuación expone de manera sencilla, por qué un modelo probit tiene un mejor ajuste en contraposición con un modelo MCO. En este, los puntos azules serían la variable resultado, los puntos rojos sería la estimación del modelo probit y la línea verde sería el modelo lineal, en donde los resultados pueden estar por fuera del rango 0 y 1.

Gráfico 30: Modelo probit frente a un modelo MCO



Fuente: elaboración propia.

Estas mismas características las tiene el modelo logit, el uso entre probit y logit depende de las características específicas de los datos, por lo que cualquiera de los dos es mejor que el MCO. Sin embargo, el logit tiene una facilidad en la interpretación de los datos.

En consecuencia, en principio se estimó especificar un modelo logit, si bien esto no fue posible por las limitantes descritas en la información disponible.

### 7.2.3. Recomendaciones de análisis cuantitativo

A partir del análisis cuantitativo surgen las siguientes recomendaciones.

En primer lugar, se identifica la necesidad de centrar los esfuerzos en contar con un sistema riguroso de reporte no solo del indicador sintético EDIAM, sino también de cada uno de sus componentes. Esto permitiría medir de manera más precisa la incidencia de la metodología SECARE en la evolución de la condición funcional de las personas, facilitando la identificación de los aspectos del programa que generan mayor impacto.

En segundo lugar, se recomienda avanzar hacia la integración de bases de datos con un enfoque evaluativo, que incluya variables sociodemográficas adicionales a las presentadas en este informe, como es el caso del nivel educativo, el estado nutricional, factores de riesgo sociosanitario y características del

entorno de la vivienda. Esta información permitiría comprender con mayor profundidad el contexto en el que se implementa SECARE y analizar los factores que pueden estar mediando su efectividad.

Superadas las limitaciones relacionadas con la ausencia de un sistema riguroso de reporte del EDIAM y sus componentes, así como la falta de integración de bases de datos con un enfoque evaluativo, será posible avanzar hacia la construcción de un modelo econométrico robusto. Dicho modelo permitiría evaluar con mayor precisión la efectividad e impacto del SECARE, al contar con información completa y de calidad que refleje tanto las condiciones individuales como los contextos institucionales y sociales que influyen en los resultados del programa.

#### 7.2.4. Listado de variables

Tipo de variable	Variable	Descripción	Fuente
Identificación	Fecha de ingreso	Fecha en la que la persona ingresó al registro del programa.	Base de personas
	Expediente	Número único asignado a cada persona registrada.	
	Afiliación	Estado de afiliación: activa, inactiva, domiciliaria, domiciliaria impactada o activo domiciliario.	
Socio Demográficas	Sexo	Sexo biológico de la persona: Femenino o Masculino.	Base de personas
	Edad	Edad de la persona expresada en años.	
	Municipio	Municipio de residencia de la persona.	
	Provincia	Provincia de residencia de la persona.	
	Pensión	Indica si la persona recibe una pensión y el tipo de esta.	
	Sueldo	Ingreso salarial declarado por la persona, si aplica.	
	Enfermedades	Lista de enfermedades o condiciones de salud declaradas.	
	Sabe leer y escribir	Indica si la persona sabe leer y escribir (alfabetización).	
	ICV	Índice de Condiciones de Vida (u otro indicador de vulnerabilidad).	
	Rango etario	Grupo etario en el que se clasifica la persona (60–69, 70–79, 80-89.).	Variable creada
Programa	Producto 2	Personas que no reciben SECARE, una parte de este grupo asiste a Centros de día y a Hogares permanentes	Base de personas
	Producto 3	Personas en SECARE que asisten a Centros de día	
	Producto 4	Personas en SECARE que asisten a Hogares permanentes	
	Productos SUM	Indica que recibe 1, 2 o 3 de los Productos del programa	
	Servicios ofrecidos	Indica el listado de servicios brindados a la persona	
	Familias de Cariño	Indica si hace parte del programa "Familias de Cariño"	



Tipo de variable	Variable	Descripción	Fuente
	SECARE	Indica si recibe SECARE, es decir, si está en Producto 3 o en Producto 4	
Beneficios ofrecidos	Beneficio TE-AMA	Indica si la persona recibe el beneficio del programa TE-AMA.	Base de personas
	Beneficio Raciones alimenticias	Indica si la persona recibe el beneficio de raciones alimenticias.	
	Beneficio PROVEE	Indica si la persona es beneficiaria del programa PROVEE.	
	Beneficio Comer es primero	Indica si la persona recibe el beneficio "Comer es primero".	
	Beneficio Bono gas	Indica si la persona recibe subsidio para el consumo de gas.	
	Beneficio Bono luz	Indica si la persona recibe subsidio para el consumo de electricidad.	
	Beneficio BEEP	Indica si la persona recibe el Bono Especial para Personas en situación de Pobreza (BEEP).	
	Beneficio ILAE	Indica si la persona recibe el beneficio del programa ILAE.	
	Beneficio MAPRE	Indica si la persona recibe apoyo del programa MAPRE.	
EDIAM	Actual EDIAM ABVD	Indica la valoración más actualizada de EDIAM Actividades básicas de la vida diaria	Base de personas
	Fecha ABVD actual	Indica la fecha de la valoración más actualizada de EDIAM Actividades básicas de la vida diaria	
	Histórico EDIAM ABVD	Indica la valoración histórica de EDIAM Actividades básicas de la vida diaria	
	Fecha ABVD histórico	Indica la fecha de la valoración histórica de EDIAM Actividades básicas de la vida diaria	
	Actual EDIAM AIVD	Indica la valoración más actualizada de EDIAM Actividades instrumentales de la vida diaria	
	Histórico EDIAM AIVD	Indica la valoración histórica de EDIAM Actividades instrumentales de la vida diaria	
	Actual EDIAM Depresión	Indica la valoración más actualizada de EDIAM Depresión	
	Histórico EDIAM Depresión	Indica la valoración histórica de EDIAM Depresión	
	Actual EDIAM Fragilidad	Indica la valoración más actualizada de EDIAM Fragilidad	
	Histórico EDIAM Fragilidad	Indica la valoración histórica de EDIAM Fragilidad	
	Actual EDIAM Soledad	Indica la valoración más actualizada de EDIAM Soledad	

Tipo de variable	Variable	Descripción	Fuente
	Histórico EDIAM Soledad	Indica la valoración histórica de EDIAM Soledad	
	Actual EDIAM Estado mental	Indica la valoración más actualizada de EDIAM Estado Mental	
	Histórico EDIAM Estado mental	Indica la valoración histórica de EDIAM Estado Mental	
Variables de filtro	Provincia definida	Indica si en el registro existe información de la Provincia de residencia de la persona	Variables creadas
	90+	Indica si la persona tiene 90 años o más.	
	Fallecido	Variable binaria que indica si la persona ha fallecido.	
Centro	NOMBRE DEL CENTRO	Nombre del centro al que está asignada la persona.	Base de centros
	PRODUCTO AL QUE PERTENECE	Producto de atención a la que pertenece el caso.	
	TIPO DE CENTRO	Clasificación del centro: ASFL o Gubernamental	
	REGION	Región geográfica en la que se ubica el centro.	
	OPERADOR	Entidad o institución que gestiona el centro.	
	NUMERO DE EMPLEADOS	Número total de empleados del centro dados por CONAPE	
	EMPLEADOS DE ATENCION DIRECTA	Número de empleados dados por CONAPE que brindan atención directa a los usuarios.	
	CAPACIDAD	Capacidad total instalada del centro (número de plazas disponibles).	
	PLAZAS OCUPADAS	Cantidad de plazas actualmente ocupadas en el centro.	
	PLAZAS DISPONIBLES	Cantidad de plazas disponibles en el centro.	
	SERVICIOS DISPONIBLES	Servicios ofrecidos por el centro.	
	Servicios Alimentación	Indica si el centro provee servicios de alimentación a los beneficiarios.	
	Servicios Salud	Indica si el centro ofrece servicios de atención médica o de salud.	
	Servicios Recreación	Indica si el centro ofrece servicios de actividades recreativas.	
	Servicios Capacitación	Indica si se ofrecen servicios de talleres o capacitaciones a los usuarios.	
	Servicios Donaciones	Indica si se entregan donaciones en especie o monetarias.	
	Servicios Imagen Positiva	Indica si se entregan servicios de imagen como peluquería o salón de belleza.	

Fuente: elaboración propia.

## 8. Anexo 2. Listado de entrevistas, visitas y grupo focal realizados en la Misión de País

Tema	Participantes
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Robustez de la teoría del cambio y modelo lógico del Programa.</li> <li>• Alcance y cobertura del Programa; contribución a la solución de la problemática.</li> <li>• Desempeño observado a la fecha y esperado en los próximos períodos.</li> <li>• Carácter gerencial del Monitoreo y Evaluación (MyE) del Programa</li> <li>• Calidad de indicadores y metas</li> <li>• Existencia de incentivos a la efectividad</li> <li>• Posibles resultados inesperados</li> </ul>	<p>CONAPE</p> <p>Dirección de Planificación y Desarrollo / Departamento de Formulación, MyE de Planes, Programas y Proyectos Coordinación del Programa</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcance, utilidad y restricciones del SISDAM</li> <li>• Alcance, utilidad y restricciones del EDIAM</li> <li>• Focalización adecuada y sustentada; aplicación del enfoque transversal</li> </ul>	<p>CONAPE</p> <p>Dirección de Desarrollo Integral y Protección al Adulto Mayor / División de Diagnóstico Social Departamento de Formulación, MyE de Planes, Programas y Proyectos Coordinación del Programa</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de ejecución financiera anual y acumulada</li> <li>• Predictibilidad y oportunidad del proceso presupuestal</li> <li>• Correspondencia de la ejecución financiera con la estructura programática y con el desempeño físico</li> <li>• Balance de la ejecución, posibles cuellos y retos</li> </ul>	<p>CONAPE</p> <p>Dirección Administrativa y Financiera Coordinación del Programa</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Provisión de servicios de salud del Programa 15</li> <li>• Logros y retos en accesibilidad y cobertura; existencia de barreras; focalización</li> <li>• Avances y retos de coordinación con Servicio Nacional de Salud y SENASA</li> <li>• Calidad, suficiencia y oportunidad de los servicios</li> <li>• Aplicación del enfoque transversal</li> <li>• Satisfacción y participación de beneficiarios</li> </ul>	<p>CONAPE</p> <p>Dirección de Desarrollo Integral y Protección al Adulto Mayor Departamento de Servicios de Salud</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Provisión de servicios de capacitación y recreación - SECARE- del Programa 15</li> <li>• Logros y retos en accesibilidad y cobertura; existencia de barreras; focalización</li> <li>• Avances y retos de coordinación en implementación con Centros Permanentes y Hogares de día</li> <li>• Calidad, suficiencia y oportunidad de los servicios</li> <li>• Aplicación del enfoque transversal</li> <li>• Satisfacción y participación de beneficiarios</li> </ul>	<p>CONAPE</p> <p>Dirección de Desarrollo Integral y Protección al Adulto Mayor División de Cultura, Educación, Recreación</p>

Tema	Participantes
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Provisión de servicios de cuidados domiciliarios</li> <li>• Logros y retos en accesibilidad y cobertura; existencia de barreras; focalización</li> <li>• Avances y retos de coordinación con SUPÉRATE</li> <li>• Calidad, suficiencia y oportunidad de los servicios</li> <li>• Aplicación del enfoque transversal</li> <li>• Satisfacción y participación de beneficiarios</li> </ul>	<p>CONAPE Dirección de Desarrollo Integral y Protección al Adulto Mayor</p> <p>Dirección de Cuidados Domiciliarios</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discusión sobre la accesibilidad, calidad oportunidad y suficiencia de los Centros Permanentes y Hogares de Día</li> <li>• Focalización y enfoque transversal</li> <li>• Logros y retos de sus operadores</li> <li>• Coordinación del Programa 15 con otras iniciativas y servicios del CONAPE (ej. Pensiones; AMA etc.)</li> </ul>	<p>CONAPE Dirección de Supervisión y Evaluación de Servicios de Centros de Atención al Adulto Mayor</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupo Focal con operadores de Centros Permanentes y Hogares de Día</li> </ul>	<p>Equipos de los Centros: (i) Juan Bosch; (ii) Azua; (iii) Yuma; (iv) MAO; (v) San Francisco de Asís; (vi) San José y Santa Ana</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita de observación directa interactiva</li> <li>• Centro de día Juan Bosch (Provincia Santo Domingo Este)</li> <li>• Entrevistas a beneficiarios y personal de servicio</li> </ul>	<p>Beneficiarios Funcionarios Centro Juan Bosch DIGEPRES/ CONAPE</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita de observación directa interactiva</li> <li>• Centro Permanente San Joaquín y Santa Ana (Provincia La Vega)</li> <li>• Entrevistas a beneficiarios y personal de servicio</li> </ul>	<p>Beneficiarios Funcionarios Centro San Joaquín y Santa Ana DIGEPRES/ CONAPE</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Balance del programa y gestión de CONAPE</li> <li>• Retos de expansión</li> <li>• ODS</li> <li>• Buenas prácticas</li> <li>• Gestión de información</li> </ul>	<p>UNFPA</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Balance del programa y gestión de CONAPE</li> <li>• Alineación de política</li> <li>• Política Nacional de Cuidados</li> <li>• Interacción CONAPE - MEPyD</li> <li>• Retos de expansión</li> <li>• Coordinación interinstitucional</li> <li>• Cobertura y brechas</li> </ul>	<p>MEPYD</p>

Fuente: elaboración propia.