

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

REPÚBLICA DOMINICANA

**FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN POR RESULTADOS DEL
SECTOR SALUD EN REPÚBLICA DOMINICANA**

(DR-L1067)

PROPUESTA DE PRÉSTAMO

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por: Viviana Taboada Arango (SPD/SDV); Willy Bendix (FMP/CDR); Andrés Consuegra (LEG/SGO); Marcella Distrutti (SCL/GDI); Úrsula Giedion (SPH/CCO); Martha Guerra (SCL/SPH); Awilda Castillo (CID/CDR); Haydeeliz Carrasco Nuñez (SPH/CDR); Sandro Parodi (SPH/CDR); Rudy Loo-Kung Aguero (CID/CID); Vinicio Rodríguez (FMP/CDR); e Ignez Tristao (SPH/CME), Jefa de Equipo.

El presente documento se divulga al público de forma simultánea a su distribución al Directorio Ejecutivo del Banco. El presente documento no ha sido aprobado por el Directorio. Si el Directorio lo aprueba con modificaciones, se pondrá a disposición del público una versión revisada que sustituirá y reemplazará la versión original.

ÍNDICE

RESUMEN DEL PROYECTO	1
I. DESCRIPCIÓN Y MONITOREO DE RESULTADOS.....	2
A. Antecedentes, problemas y justificación	2
B. Objetivos, componentes y costo	10
C. Indicadores clave de la matriz de resultados	12
II. ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO Y RIESGOS	12
A. Instrumentos del financiamiento.....	12
B. Riesgos ambientales y sociales de las salvaguardias	12
C. Riesgos fiduciarios.....	13
D. Otros Riesgos	13
III. IMPLEMENTACIÓN Y PLAN DE ACCIÓN.....	14
A. Resumen de medidas de implementación	14
B. Resumen de medidas para monitoreo de resultados	15

Anexos	
Anexo I	Matriz de Efectividad en el Desarrollo
Anexo II	Matriz de Resultados
Anexo III	Acuerdos y Requisitos Fiduciarios

Enlaces Electrónicos
OBLIGATORIOS <ol style="list-style-type: none">1. POA (Plan de actividades para el primer desembolso y los primeros 18 meses de implementación) http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=378234192. Arreglos para Monitoreo y Evaluación http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=378251013. Plan de Adquisiciones Completo http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=37825633 OPCIONALES <ol style="list-style-type: none">1. Filtro de Salvaguarda (SPF) y Formulario de clasificación de proyectos (SSF) http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=378830982. Nota Técnica sobre Financiamiento en Salud basado en Resultados http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=378267603. Nota Técnica sobre el Modelo de Centros de Excelencia Materno-Infantil http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=378267804. Análisis de los costos y de la viabilidad económica del programa http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=378267695. Análisis de la Capacidad Institucional del Organismo Ejecutor http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=378353096. Análisis de la Sostenibilidad Fiscal del Seguro Nacional de Salud http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=37835156

ABREVIATURAS

ARS	Administradoras de Riesgos de Salud
CEMI	Centros de Excelencia Materno-Infantil
CERSS	Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud
DALYS	Años de vida perdidos por discapacidad
DDEI	Dirección de Desarrollo Estratégico Institucional
DIES	Dirección de Información y Estadísticas de Salud
END	Estrategia Nacional de Desarrollo
ENDESA	Encuesta Nacional de Salud
FBR	Financiamiento Basado en Resultados
GCPS	Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales
GRD	Gobierno de República Dominicana
LAC	América Latina y del Caribe
MH	Ministerio de Hacienda
MISPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
MO	Manual Operativo
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
PBS	Plan Básico de Salud
PEP	Plan de Ejecución del Proyecto
PNPSP	Plan Nacional Plurianual del Sector Público
RD	República Dominicana
RS	Régimen Subsidiado
SENASA	Seguro Nacional de Salud
SFS	Seguro Familiar de Salud
SGC	Sistema de Gestión Clínico-Administrativo
SIGHO	Sistema de Gestión Hospitalaria
SIUBEN	Sistema Único de Beneficiarios
SNS	Servicio Nacional de Salud
SPS	Sistema de Protección Social
SRS	Servicios Regionales de Salud
UCP	Unidad Coordinadora del Proyecto
UNAPS	Unidades de Atención Primaria

RESUMEN DEL PROYECTO

REPÚBLICA DOMINICANA

FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN POR RESULTADOS DEL SECTOR SALUD EN REPÚBLICA DOMINICANA

(DR-L1067)

Términos y Condiciones Financieras			
Prestatario: República Dominicana (RD) Organismo Ejecutor: Prestatario a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS)		Facilidad de Financiamiento Flexible*	
		Plazo de amortización:	18 años
		VPP Original	15,25 años
		Período de desembolso:	48 meses
		Período de gracia:	11,5 años
Fuente	Monto (US\$)	Tasa de interés:	LIBOR
BID (CO)	146.000.000	Comisión de inspección y vigilancia:	**
Local	0		
Otro Cofinanciamiento	0	Comisión de crédito:	**
Total	146.000.000	Moneda:	Dólares estadounidenses del Capital Ordinario del Banco
Visión General del Programa			
Objetivo del proyecto: El objetivo general del proyecto es incrementar la eficiencia y efectividad del gasto en salud destinada a la población más vulnerable de RD. Los objetivos específicos son: (i) mejorar la asignación del gasto en salud mediante la expansión del financiamiento basado en resultados, con especial énfasis en el primer nivel de atención; (ii) contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad materna e infantil mediante la expansión de una estrategia de mejoras gerenciales en los servicios de salud de segundo y tercer nivel; y (iii) apoyar al MISPAS en la conducción sectorial a través del fortalecimiento institucional y del desarrollo de instrumentos de monitoreo y evaluación para la toma de decisiones (ver pár. 1.30).			
Condiciones especiales previas al primer desembolso (ver pár. 3.3) (i) la creación de la Unidad Coordinadora del Proyecto (UCP) y nombramiento del coordinador general; (ii) la entrada en vigencia del Manual Operativo (MO) de la operación, contando con la previa no objeción del Banco; y (iii) la entrada en vigencia de la enmienda a los acuerdos de gestión que incorporen el Financiamiento Basado en Resultados (FBR), entre el MPS y el Seguro Nacional de Salud (SENASA) y cada uno de los cinco Servicios Regionales de Salud (SRS) que participarán en la ejecución del proyecto.			
Obligaciones contractuales especiales (ver pár. 3.3) (i) Cualquier cambio o actualización MO de la operación habrá de contar con la no objeción del Banco; y (ii) la contratación de una auditoría concurrente para la verificación del cumplimiento de las metas de adscripción y de resultados a más tardar el mes de enero del 2014.			
Adquisiciones: se aplicarán las políticas de adquisiciones del Banco (GN-2349-9 y GN-2350-9)			
Excepciones a las políticas del Banco: Ninguna			
El proyecto es coherente con la Estrategia de País:		Sí [X]	No []
El proyecto califica como:		SEQ [X] PTI [X] Sector [X]	Geográfica [] % de beneficiarios [X]

(*) Bajo la Facilidad de Financiamiento Flexible (documento FN-655-1), el prestatario tiene la opción de solicitar modificaciones al calendario de amortización, así como conversiones de moneda y de tipo de interés, con sujeción en todos los casos a la fecha de amortización final y la Vida Promedio Ponderada (VPP) original. Al considerar esas solicitudes, el Banco tendrá en cuenta las condiciones de mercado, así como consideraciones operacionales y de gestión de riesgos.

(**) La comisión de crédito y la comisión de inspección y vigilancia serán establecidas periódicamente por el Directorio Ejecutivo como parte de su revisión de los cargos financieros del Banco, de conformidad con las políticas correspondientes.

I. DESCRIPCIÓN Y MONITOREO DE RESULTADOS

A. Antecedentes, problemas y justificación

- 1.1 El crecimiento económico de República Dominicana (RD) durante los últimos años¹ no se ha reflejado en suficientes avances en los resultados de salud. Aunque el país logró reducir la mortalidad materna e infantil en más de 30% en el último decenio –lo que representa un avance significativo–, las tasas de mortalidad materna e infantil siguen estando entre las más altas de América Latina y del Caribe (LAC) (ver cuadro I-1). Además, ambas tasas permanecen rezagadas a fin de alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en 2015.

Cuadro I-1²

Indicadores	RD	LAC	ODM
Razón de mortalidad materna (muertes por 100.00 nacidos vivos)	125,9	80,0	57,0
Mortalidad infantil (muertes por 1.000 nacidos vivos)	27,8	19,0	19,0

- 1.2 Al mismo tiempo, el país pasa por una transición demográfica y epidemiológica caracterizada por una doble carga de enfermedad, en la cual coexisten altas tasas de mortalidad materna e infantil, y alta prevalencia de enfermedades crónicas. Estas últimas son responsables por el 68% de las muertes, 40,8% y 37,4% de las muertes prematuras entre hombres y mujeres, respectivamente. Esta diferencia existe, en parte, porque los hombres usan menos los servicios preventivos³.
- 1.3 Uno de los factores que han limitado la mejora de los resultados en salud son los retrasos en la consolidación de la reforma del sector. Iniciada en 2001⁴, la reforma tiene como objetivos alcanzar una cobertura universal en salud⁵, promover la equidad, garantizar la integralidad de la asistencia y realizar las transformaciones necesarias para separar las funciones del Sistema Nacional de Salud –financiamiento, provisión y rectoría– y que estas sean asumidas por las diferentes instituciones que lo conforman⁶. Además, busca sentar las bases para la sostenibilidad financiera del sistema de seguridad social.
- 1.4 La reforma creó el Seguro Familiar de Salud (SFS), cuyo financiamiento está basado en tres regímenes de contribución establecidos según el ingreso y el tipo de vínculo laboral de la población. La población pobre, identificada por el Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN) y adscrita a una Unidad de Atención Primaria (UNAP), está cubierta bajo el Régimen Subsidiado (RS), financiado en su totalidad con recursos fiscales. El régimen contributivo, para los trabajadores del sector formal (público y privado) es financiado por los empleadores y los

¹ RD estuvo una tasa de crecimiento económico anual de 7,5% entre 2005 y 2009. Banco Central, RD.

² Fuentes: *Health Indicators database* (2009), Organización Panamericana de la Salud (PAHO); *World Development Indicators* (2010).

³ Por ejemplo, entre la población diagnosticada con diabetes, solo 89,7% de los hombres reportan estar en tratamiento en comparación con 94,4% de las mujeres. ENDESA 2007.

⁴ Ley No. 87-01 (Sistema Dominicano de Seguridad Social); Ley No.42-1 (Ley General de Salud).

⁵ Con el propósito de proteger a todos los dominicanos contra el riesgo financiero de enfermedades.

⁶ La rectoría recae sobre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS); el financiamiento recae sobre las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS); y la provisión de servicios de salud en prestadores de servicios que pueden ser públicos o privados.

- empleados. El régimen contributivo-subsidiado para los trabajadores independientes y del sector informal⁷ debería ser financiado con contribuciones voluntarias y subsidios fiscales parciales, pero todavía no se ha iniciado.
- 1.5 El SFS asegura un conjunto mínimo de servicios que debe ser garantizado a toda la población dominicana afiliada (independiente del régimen al cual está afiliada). Estos servicios están definidos en el Plan Básico de Salud (PBS). El aseguramiento se realiza a través de entidades públicas y privadas llamadas ARS. El Seguro Nacional de Salud (SENASA), la mayor ARS pública, provee el aseguramiento de la población afiliada al Régimen Subsidiado (RS). La población afiliada al régimen contributivo puede asegurarse con cualquiera de las ARS, privadas o públicas. La población que todavía no está afiliada a ningún seguro médico accede directamente a los servicios de salud públicos (gratuitos) o privados (mediante pago).
 - 1.6 Los afiliados al RS son atendidos en establecimientos públicos gestionados por los Servicios Regionales de Salud (SRS) –unidades administrativas desconcentradas del MISPAS. Mediante los SRS, el MISPAS busca promover la articulación en red entre proveedores en los diferentes niveles de atención (primario, secundario y terciario) para prestar los servicios del PBS, garantizando la continuidad de la asistencia.
 - 1.7 Muchos elementos de la reorganización del sistema de salud, contemplados en la reforma, todavía no se implementaron, limitando su impacto potencial y contribuyendo a los bajos resultados en salud. En particular, se deben mencionar los siguientes: (i) los SRS carecen de autonomía y capacidad de gestión; (ii) la mayor parte del financiamiento se mantiene en el MISPAS, vía presupuesto histórico y sin vinculación del gasto a resultados; (iii) no existe un buen planeamiento territorial para organizar la oferta de servicios de acuerdo a la demanda; (iv) la capacidad resolutoria de la atención primaria es baja y motiva que la población demande servicios de salud directamente a los niveles especializados; y (v) la referencia y contrareferencia de pacientes entre los niveles de atención es débil.
 - 1.8 Para avanzar hacia el cumplimiento de los objetivos de la reforma y lograr una mejora de la salud de la población, es fundamental que el sistema de salud dominicano alcance los llamados objetivos instrumentales de un sistema de salud: eficiencia en la asignación y en la utilización de los recursos, calidad de los servicios, transparencia y rendición de cuentas en todas las esferas del sistema⁸.
 - 1.9 **La eficiencia del gasto público en salud.** El gasto público per cápita en salud de RD es bajo en comparación con países de ingresos similares. Además, existen ineficiencias cuando uno compara los resultados de salud de RD con países como Jamaica⁹. En el 2010, RD tuvo similar PIB per cápita (US\$5195.4) que Jamaica (US\$5133.4), y el doble del gasto público anual en salud per cápita

⁷ Se estima que cerca del 57% de los trabajadores en la RD están en sector informal. Fuente: Cuentas Nacionales de Salud RD: Informe Gasto Público en Salud (2011). MISPAS.

⁸ Murray, C and Frenk, J. *A framework for assessing the performance of health systems*. World Health Organization [online]. 2000, vol.78, n.6, pp. 717-731 (citado el 21 de mayo de 2013).

⁹ Estadísticas Sanitarias 2009, Organización Mundial de la Salud.

(US\$250 versus US\$123). Sin embargo, RD tuvo más altas tasas de mortalidad materna e infantil (ver [cuadro I-1](#)) que Jamaica (110 muertes por 100.000 nacidos vivos y 20,2 muertes por 1.000 nacidos vivos).

- 1.10 Entre los factores que contribuyen a la ineficiencia del gasto público en salud está la baja eficiencia de asignación de los recursos y la baja cobertura de aseguramiento. En el 2011, un 39,65% del gasto público en salud fue dirigido a servicios curativos y solo un 3,76% fue asignado a servicios de prevención y salud pública, incluyendo la atención materna e infantil¹⁰. Las intervenciones costo-efectivas, como la inmunización infantil, todavía presentan una cobertura baja, en especial entre los segmentos más pobres de la población¹¹. En cuanto al aseguramiento, a pesar de que éste ha aumentado en los últimos cinco años, el 46% de la población todavía no está afiliada a ningún tipo de seguro médico. Un estudio reciente sugiere que las personas afiliadas al SENASA demandan más servicios de salud que las personas sin afiliación¹². El bajo nivel de aseguramiento constituye una importante barrera de acceso a los servicios preventivos. Las personas sin aseguramiento tienden a buscar los servicios de salud cuando la enfermedad está presente, reduciendo los resultados en salud e incrementando los costos del sistema¹³. Aunque existen desafíos importantes en cuanto al financiamiento del SFS y el aseguramiento universal que deberán ser abordados por el gobierno de RD en el mediano plazo, el actual contexto de restricción fiscal¹⁴ requiere que el país incremente la eficiencia de su gasto en salud. Mejorar la eficiencia del gasto es el objetivo de esta operación.
- 1.11 A la baja cobertura de aseguramiento se suman los problemas de resolutiveidad de los servicios, en especial en la atención primaria. Incluso entre los segmentos más pobres, alrededor del 15% de los dominicanos prefiere utilizar los proveedores privados para consultas ambulatorias, y un 20% para hospitalización¹⁵. Como resultado, RD se encuentra entre los países de la región con el gasto de bolsillo más alto, lo que contribuye al empobrecimiento de algunas familias¹⁶.
- 1.12 Por último, es importante mencionar que el actual mecanismo de financiamiento también contribuye con la ineficiencia del gasto público en salud. La mayor parte del financiamiento todavía se rige por un presupuesto histórico, vía insumos (incluso recursos humanos), transferidos por el MISPAS a los SRS. Estos últimos, transfieren los insumos a las UNAP sin ningún tipo de vinculación a resultados, en una compra “pasiva” de servicios. En este modelo no existen incentivos para el

¹⁰ Cuentas Nacionales de Salud RD: Informe Gasto Público en Salud 2011. MISPAS.

¹¹ Por ejemplo, la diferencia entre las coberturas de la vacuna de sarampión entre los quintiles de riqueza inferior y superior era de 14% y más de 10% por debajo del promedio de la región. OPS, 2011.

¹² Fuente: Rathe M, 2012. Protección Financiera en Salud en RD. Análisis del gasto catastrófico y empobrecedor en salud de los hogares dominicanos beneficiarios del sistema de subsidios sociales.

¹³ Según la ENDESA (2007), las tasas de utilización de servicios preventivos son muy bajas: 4,8% utilizan algún servicio y 50,1% de las mujeres sexualmente activas se realizan el examen de Papanicolaou. OPS (2011).

¹⁴ En el 2012, el Gobierno de la RD lanzó una reforma tributaria con la finalidad de mejorar el desempeño fiscal. La reforma se concentra en incrementar la recaudación tributaria y disminuir el gasto tributario.

¹⁵ ENDESA (2007). Además, la población tiende a ir directamente a los hospitales, aumentando los costos en salud y reduciendo el papel de la atención primaria como puerta de entrada de la red de servicios.

¹⁶ Rathe (2012). Más del 50% del gasto total en salud es privado, y de éste, el 66% es gasto de bolsillo.

cumplimiento de metas sanitarias y mecanismos de rendición de cuentas. En un modelo de compra “activa” de servicios, el MISPAS define los servicios que deben ser ofertados y las metas a ser alcanzadas, llevando a los prestadores a ofrecer servicios preventivos más costo-efectivos y lograr las metas sanitarias.

- 1.13 **La calidad de los servicios de salud.** Las elevadas tasas de mortalidad materna e infantil en el país constituyen un indicador de la baja calidad de los servicios de salud. Mientras la atención al servicio prenatal y el parto institucional son prácticamente universales, las tasas de mortalidad materna e infantil están entre las más altas de la región. Además, se observan inequidades en los resultados en salud por nivel de ingreso de la población. La mortalidad infantil, por ejemplo, varía de 43 a 26 por mil nacidos vivos entre los quintiles de riqueza inferior y superior¹⁷.
- 1.14 La integralidad de la atención es fundamental para garantizar buenos resultados en salud materna e infantil. Es importante que la atención primaria acompañe la evolución del embarazo y diagnostique tempranamente potenciales factores de riesgo, y que los hospitales ofrezcan una atención obstétrica y al recién nacido de calidad antes, durante y después del parto¹⁸. Las infecciones y la hemorragia, por ejemplo, que están entre las principales causas de la mortalidad materna en RD, ocurren mayormente durante el parto y en el puerperio¹⁹. En un estudio observacional realizado con 168 médicos de establecimientos de salud del segundo y tercer nivel²⁰, el 90% atendió inadecuadamente a la mujer durante el puerperio. La atención al preparto fue realizada de manera inadecuada por el 60% de los profesionales y el 57% no siguió correctamente los protocolos de asistencia durante el parto; y en las emergencias hubo errores en el 100% de los casos. Mientras la muestra utilizada en el estudio fue pequeña, el mismo está en consonancia con los resultados encontrados por otros diversos estudios²¹, los cuales concluyen que el principal factor de riesgo asociado a la muerte materna en RD es la baja calidad de los servicios públicos de salud.
- 1.15 En relación a la mortalidad infantil, el 70% ocurre en el período neonatal (0-28 días). Las principales causas son la asfixia en el nacimiento (42%), las infecciones, como la sepsis (31%), y el bajo peso al nacer (4,6%). Como en el caso de la mortalidad materna, la mayor parte de los factores de riesgo está asociada a complicaciones durante el parto y el postparto. En estos casos, es fundamental que los hospitales cuenten con personal calificado para la atención oportuna al parto y la atención de emergencia a la madre y al recién nacido²². En RD se estima que, por lo menos, el

¹⁷ ENDESA (2007). El 96,7% de las embarazadas realizan más de tres controles prenatales y 98,3% tienen parto institucional.

¹⁸ *The Lancet Maternal Survival Series* (2006).

¹⁹ Las principales causas de la mortalidad materna: hipertensión (27%), sepsis (21%), y hemorragia (12%).

²⁰ Péres-Then 2011.

²¹ Estudio realizado por la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS) en el 2002, Miller et al. 2003, Péres-Then 2008, Quiterio et al. 2008.

²² Una revisión de la evidencia sobre la eficacia y la efectividad de intervenciones para la reducción del óbito neonatal identificó la atención oportuna al parto por profesionales calificados, la atención de emergencia al recién nacido y la atención obstétrica de emergencia. Fuente: *The Lancet Neonatal Survival Series* (2005).

50% de las muertes neonatales y 93% de las muertes maternas podrían ser evitadas a través de iniciativas enfocadas en la mejora de la calidad de la atención hospitalaria²³.

- 1.16 **La capacidad institucional para la rectoría del sistema.** La reforma del sector salud establece, entre sus ejes principales, que el MISPAS se concentre en su rol rector, lo cual es esencial para asegurar la capacidad de respuesta del sistema a las necesidades y a las expectativas de la población dominicana. En la actualidad, el MISPAS dedica gran parte de su trabajo a la producción directa de los servicios de salud y posee una baja capacidad institucional para ejercer el papel rector.
- 1.17 La rectoría de un sistema de salud implica las tareas de conducción sectorial, inteligencia sanitaria y regulación y supervisión. En el área de inteligencia sanitaria, una consulta a actores claves del sistema en el 2011²⁴ identificó, entre los desafíos principales, el subregistro de datos, la ausencia de un sistema de información gerencial unificado (con vinculación entre la información clínica y la financiera) y la ausencia de mecanismos para cruzar y articular la información proveniente de distintas fuentes, incluyendo la información de las ARS privadas. Estas deficiencias tienden a generar una proliferación de sistemas de información que no se articulan entre sí, y atienden a programas y necesidades específicas, además de imposibilitar el monitoreo y la supervisión de las actividades realizadas y los indicadores del sistema de salud. Es necesario desarrollar una norma nacional para los sistemas de información en salud que facilitará la sistematización y el análisis de datos a nivel nacional.
- 1.18 En el área del sistema gerencial unificado, RD logró implementar, con el apoyo del BID, un Sistema de Gestión Clínico-administrativo (SGC) en el primer nivel de atención. Sin embargo, no hay un sistema similar para el segundo y el tercer nivel, vinculado al SGC, que registre las referencias y contra-referencias. Esto dificulta el registro de la integralidad de la atención y el monitoreo de la capacidad de resolución de las UNAP, para evitar referencias innecesarias a los hospitales.
- 1.19 La información sobre la producción de salud por establecimiento prestador – la cual es recolectada por sistemas como el de gestión clínico-administrativo – es esencial para el análisis de datos referentes a las causas de morbilidad, frecuencia de uso, costos e insumos, entre otros, los cuales son importantes tanto para fines de prestación de servicios como para la evaluación de la eficiencia de la red. Sin embargo, la ausencia de esta información también perjudica la conducción sectorial del sistema, ya que existe una insuficiencia de datos confiables para la formulación de políticas y el planeamiento estratégico.
- 1.20 Uno de los desafíos del MISPAS es mapear el número de personas afiliadas a cada régimen de contribución y las no-afiliadas en cada región de salud, a fin de asignarlas al área de competencia de una UNAP. Si bien existen datos recientes del Censo 2010, el mapa de salud no está elaborado, y el MISPAS necesita apoyo para cruzar estos datos con la información del SENASA y las ARS privadas.

²³ Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS), 2002.

²⁴ Gonzalez-Pons S. Sistema de Monitoreo del Desempeño del Sistema de Salud, 2011.

Esta asignación territorial de la población es fundamental para validar las actividades de planeamiento del MISPAS, incluyendo la contratación de recursos humanos a nivel local, la distribución de insumos y la definición de las referencias de segundo y tercer nivel para cada UNAP, por área de especialidad. Además, el MISPAS requiere tener una unidad responsable para la recopilación, la consolidación y el análisis de la información al nivel central, a fin de agilizar la toma de decisiones.

1.21 **Avances del Gobierno de República Dominicana (GRD) en el área de salud.**

Desde el 2009, el MISPAS ha venido implementando un esquema de Financiamiento de prestaciones en salud basado en resultados en el primer nivel de atención en dos de los nueve SRS del país²⁵. El Financiamiento Basado en Resultados (FBR) es un mecanismo innovador de financiamiento de la provisión de servicios de salud que busca mejorar la efectividad y eficiencia del gasto al mismo tiempo que acelera el cumplimiento de las metas sanitarias del sector²⁶. En RD, el FBR, acordado mediante convenios de gestión, transfiere fondos del MISPAS y del SENASA a los dos SRS para el financiamiento de servicios del PBS a la población no asegurada y asegurada bajo el RS, respectivamente. Las prestaciones representan el costo promedio unitario para asegurar el acceso oportuno a servicios de salud preventiva y se realizan en dos tramos: (i) un monto mensual fijo, que representa el 50% del valor de la prestación y que está sujeto a la adscripción de las personas a las UNAP (mediante el llenado de una Ficha Familiar de Salud)²⁷; y (ii) un monto variable, que representa el 50% del valor de la prestación, que se transfiere de acuerdo a los avances obtenidos en las metas cuatrimestrales acordadas en los convenios y reportadas a través del SGC. El tramo de desempeño se desembolsa en proporción al cumplimiento de las metas para cada indicador, y con base en los resultados de auditorías concurrentes independientes²⁸. Este esquema tiene 10 indicadores de cobertura efectiva y de calidad, que buscan promover servicios de salud preventiva, alineados al perfil epidemiológico de la población; específicamente a la doble carga de enfermedad²⁹.

1.22 Los resultados logrados por el modelo hasta el momento han sido positivos: (i) el porcentaje de mujeres embarazadas con evaluación de síntomas de riesgo antes de las 15 semanas de embarazo pasó de 0,43% a 13%; (ii) el porcentaje de niños

²⁵ Los SRS VI y VIII han piloteado el FBR con un financiamiento del Banco Mundial (BM). El SRS VII implementará el FBR en el 2014 (con financiamiento del BM). La operación del BM financia las prestaciones a la población no asegurada a través de la segunda fase de un *Adaptable Programmatic Loan (APL)*, hasta el 2015. Se espera que la tercera fase del APL (aprobación en 2015) siga financiando el FBR en esas regiones. El ejecutor del FBR con financiamiento del BM es la CERSS. La preparación de la presente operación se ha dado en estrecha coordinación con el BM y la CERSS. Su coordinador técnico ha participado en las misiones, así como en la formulación de una ruta crítica para la expansión del FBR a las demás regiones. Las lecciones aprendidas en las áreas piloto, documentadas en el proceso de la evaluación de la capacidad institucional del ejecutor, serán incluidas al MO de la operación. Las lecciones que requieren de financiamiento para implementarse ya están consideradas bajo el financiamiento de la presente operación (1.32 (ii)).

²⁶ Ver ("[Nota Técnica sobre Financiamiento en Salud basado en Resultados](#)") para una revisión de la literatura sobre modelos de RBF.

²⁷ La adscripción consiste en la identificación, asignación y registro de la persona a una UNAP.

²⁸ Las auditorías concurrentes externas son auditorías técnicas que verifican los datos relacionados a la adscripción de la población y al logro de los resultados reportados por los SRS.

²⁹ Ver [lista de indicadores](#).

- menores de 15 meses con esquema completo de vacunación subió 25%; (iii) el porcentaje de adultos mayores de 18 años tamizados para hipertensión se subió de 0,9% a 38%; y (iv) el porcentaje de adultos diagnosticados con diabetes tipo II bajo tratamiento pasó de 0,8% a 10%. Además, 70% de los registros en el SGC son de los SRS con el FBR³⁰. Estos resultados son consistentes con los observados en el Plan Nacer de Argentina que implementa un esquema de FBR similar al propuesto por la presente operación³¹.
- 1.23 Con base a estos resultados, el MISPAS y el SENASA han decidido extender el FBR a todo el país. Sin embargo, esto requiere que ambas instituciones fortalezcan su capacidad gerencial para: (i) ampliar masivamente el proceso de adscripción de la población a las UNAP; (ii) administrar los convenios de gestión; (iii) monitorear la evolución de las metas; y (iv) validar los reportes de servicios prestados por los SRS. Además también requiere el fortalecimiento de los SRS para implementar y gestionar el modelo de FBR y prestar cuentas al MISPAS y SENASA en cuanto a las metas, uso de los recursos y de distribución de los mismos a las UNAP.
- 1.24 En el 2009, la USAID puso en marcha una intervención llamada Centros de Excelencia Materno Infantil (CEMI) en 10 hospitales de RD. La estrategia consiste en la certificación de calidad a través de mejoras que combinan: (i) la incorporación de prácticas clínicas basadas en evidencia; (ii) el entrenamiento de los profesionales en la incorporación de esas prácticas; y (iii) la reorganización de los servicios clínicos y administrativos del hospital, incluyendo mejoras en la gestión y cambios en los procesos de trabajo. Además, la estrategia posee un enfoque en la motivación y en el cambio de actitudes de los profesionales, lo que es fundamental para alcanzar cambios duraderos en los servicios³².
- 1.25 En los hospitales en que ha sido implementada, la estrategia ha logrado mejoras importantes en los indicadores de calidad de la atención, como el aumento en la utilización del partograma y en el manejo activo de la tercera etapa del parto, así como una reducción significativa en el número de muertes maternas e infantiles. En particular, se observó una reducción del 49% en el número de muertes maternas y del 18,3% en el número de muertes infantiles entre el 2010 y 2011. En el 2013, los CEMI fueron adoptados por el GRD como el modelo de garantía de la calidad en los servicios de salud materno e infantil en el país³³.
- 1.26 A pesar de las demoras en la consolidación de la reforma del sector salud, este proceso ha tomado impulso en los últimos años con el GRD sentando las bases para

³⁰ Los SRS con FBR han vinculado el financiamiento de las prestaciones a su registro en el SGC.

³¹ Se incrementó el número de controles prenatales en 17,5% y aumentó en 8,5% la probabilidad de acudir a controles prenatales en los tres primeros meses de embarazo.

³² Ver ("[Nota Técnica sobre el Modelo de Centros de Excelencia Materno-Infantil](#)") para descripción más detallada de la estrategia. Péres-Then (2011) observó que mientras el 70% de los médicos evaluados a través de un examen escrito obtuvo una puntuación alta en conocimientos, solo 9% obtuvo una puntuación alta en las prácticas evaluadas mediante la observación directa.

³³ Resolución 00012 del MISPAS de fecha 3 de abril del 2013 en la que asume el sistema de centros de excelencia como modelo de aseguramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud.

lograr el aseguramiento universal. El aseguramiento público pasó de un 6% (cerca de 500 mil personas en 2007), a 46% (cerca de 4,6 millones de personas en 2012), mientras que el gasto público en salud duplicó entre 1995 a 2010 (de 21% a 43,4%). Al mismo tiempo, con la finalidad de avanzar en la consolidación de la reforma del sector salud, el GRD ha ratificado la reforma en la Ley 1-12 del 2012 y ha puesto a consideración del Congreso de la República la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS), ente gestor de los SRS que velará por la coordinación y la calidad de la provisión de los servicios. En este sentido, es fundamental fortalecer el rol rector del MISPAS a fin de que cuente con las normas y regulaciones que permitan al SNS, operar de forma eficaz y eficiente.

- 1.27 Basado en la evidencia descrita este programa apoyará: (i) la expansión del esquema de financiamiento a 5 de los 9 SRS donde están localizados el 45,6% de la población dominicana. En total, serán beneficiadas directamente casi 1,5 millón de personas, las cuales representan el 45,9% de las personas en situación de pobreza extrema u moderada y el 15,3% de la población total. El análisis de los costos y de la viabilidad económica del programa demuestran que el mecanismo de FBR es extremadamente costo-efectivo; por cada dólar invertido, se genera un beneficio social neto de US\$27 en años de vida perdidos por discapacidad (DALYS) evitados; (ii) la expansión del modelo CEMI a seis nuevos hospitales y el proceso de certificación de 6 de los 10 hospitales que han iniciado su aplicación. Los seis nuevos hospitales, priorizados con base al número de nacimientos y muertes, son responsables por el 34% de los nacimientos que ocurren en el país y el 66% y el 54% de los muertes materna e infantiles, respectivamente³⁴; y (iii) el fortalecimiento de la capacidad institucional del MISPAS para el ejercicio de la rectoría, y del SENASA para la expansión del FBR.
- 1.28 **Apoyo del Banco.** A través del Programa Multifase de “Apoyo al Programa de Protección Social” (PAPPS)³⁵ y el proyecto “Apoyo al Programa de Protección Social y el Sector Salud, DR-L1053 (2733/OC-DR), el Banco ha venido apoyando el Programa de Transferencias Monetarias Condicionadas “Solidaridad” (ahora llamado Progresando con Solidaridad) que promueve la utilización de servicios preventivos de salud de acuerdo al ciclo de vida para la población en pobreza extrema o moderada. Por el lado de la oferta, estas operaciones han apoyado el fortalecimiento de la calidad de los servicios de salud. Al 2012 se ha logrado: (i) la habilitación de 349 UNAP, correspondiente al 35%³⁶ del total de la oferta; (ii) la capacitación de médicos y enfermeras del primer nivel de atención en las guías y protocolos clínicos establecidos por el MISPAS para una atención de calidad; y (iii) la implementación de un Sistema de Gestión Clínica para el registro de consultas en el primer nivel. En 2013, la operación

³⁴ Dirección de Información y Estadísticas de Salud (DIES), MISPAS.

³⁵ Las fases del PAPPS son: (DR-L1039 [2176/OC-DR], DR-L1044 [2426/OC-DR], DR-L1047 [2623/OC-DR]) y a la fecha, su nivel de ejecución llega a 100%, 88,7%, 53,8%, respectivamente. El componente de salud del DR-L1053 busca incrementar la calidad de los servicios de salud que acceden la población más pobre a través del cierre de la brecha de cobertura en el primer nivel de atención en zonas urbanas; su nivel de ejecución es de 34,6%.

³⁶ Al final del proyecto se logrará habilitar el 60% de las UNAP a nivel nacional.

“Apoyo al programa Progresando con Solidaridad” (DR-L1059), apoyará al país a seguir promoviendo la demanda por servicios preventivos de salud a la población más pobre, también beneficiaria de la presente operación.

- 1.29 **Prioridades del GRD en salud y alineación estratégica.** La presente operación contribuye a las metas del gobierno definidas en la Estrategia Nacional de Desarrollo (END) de RD 2010-2030 y en el Plan Nacional Plurianual del Sector Público (PNPSP) 2013-2016, a saber: (i) la universalización del aseguramiento en salud; (ii) la priorización de la aplicación de una estrategia de prevención y atención primaria de la salud, con énfasis en la aplicación de un modelo de atención de salud familiar y comunitaria; (iii) la reducción de la mortalidad materna a 50 por 100.000 nacidos vivos; y (iv) la reducción de la mortalidad infantil a 15 por 1.000 nacidos vivos. Además a la meta transversal de lograr una administración más eficiente, transparente y orientada a resultados. La operación también contribuye: (i) al resultado esperado de la **Estrategia de País con República Dominicana 2010-2013 (GN-2581)** de mejorar los niveles de nutrición, salud y educación de niños de hogares pobres; (ii) contribuye a dos de las metas planteadas en el **Noveno Aumento de Capital (IDB-9, AB-2764)**: (a) apoyar el desarrollo de países pequeños y vulnerables; y (b) reducir la pobreza y mejorar la equidad. Además, la presente operación incorpora las recomendaciones de la evaluación de programa de país realizada en 2010 por la oficina de evaluación del BID (OVE). En particular, sigue un enfoque programático, orientado a apoyar programas y provee apoyo sostenido a iniciativas gubernamentales de mediano plazo.

B. Objetivos, componentes y costo

- 1.30 El objetivo general del proyecto es incrementar la eficiencia y efectividad del gasto en salud destinada a la población más vulnerable de RD. Los objetivos específicos son: (i) mejorar la asignación del gasto en salud mediante la expansión del FBR, con especial énfasis en el primer nivel de atención; (ii) contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad materna e infantil mediante la expansión de una estrategia de mejoras gerenciales en los servicios de salud de segundo y tercer nivel; y (iii) apoyar al MISPAS en la conducción sectorial a través del fortalecimiento institucional y el desarrollo de instrumentos de monitoreo y evaluación para la toma de decisiones.
- 1.31 **Componente 1: Financiamiento de prestaciones basado en resultados en salud (US\$130 millones).** El objetivo es expandir el modelo de FBR a cinco SRS del país (I-V)³⁷. El componente financiará: (i) el costo de las prestaciones capitadas del primer nivel de atención referente a la población no asegurada y a la población afiliada al RS³⁸; (ii) asistencia técnica para fortalecer los SRS para

³⁷ Los SRS VI-VIII tienen financiamiento del BM. El SRS 0 (Distrito Nacional, Santo Domingo y Monte Plata) implementará el FBR una vez el MISPAS finalice el mapa de oferta de servicios en esa región y firme convenios de gestión con los proveedores privados y organizaciones no gubernamentales que reciben financiamiento de MISPAS para proveer cobertura a la población no asegurada. La operación DR-L1053 (2733/OC-DR) está apoyando al MISPAS en esas actividades.

³⁸ El financiamiento de las prestaciones para la población del RS será decreciente: 100% en 2013, 50% en 2014, 35% en 2015, 25% en 2016 y 10% en 2017. El SGC será el mecanismo de reporte de las prestaciones de servicio, lo que incentivará su utilización en las UNAP.

implementar y gestionar el modelo de FBR; (iii) los suministros requeridos para la adscripción de la población; (iv) las auditorías concurrentes para la verificación de los resultados del FBR; (v) asistencia técnica, equipos y *software* para fortalecer el SENASA en la expansión el modelo de FBR; y (vi) el diseño de un modelo operativo de FBR con presupuesto consolidado en el marco del SNS³⁹.

- 1.32 **Componente 2: Fortalecimiento de la calidad de los servicios de salud materno e infantil (US\$9,4 millones).** El objetivo es contribuir a la reducción de la morbi-mortalidad materna e infantil mediante la expansión de la estrategia de Centros de Excelencia Materno-Infantiles. El componente financiará la consolidación del modelo en 6 de los 10 hospitales públicos, en los que está siendo implementado, y la expansión de la estrategia a seis nuevos hospitales para que todos logren la certificación como CEMI⁴⁰. Además financiará la ampliación del modelo para incluir aspectos de género: (i) acciones de humanización del parto, incluyendo la presencia del padre durante el parto, parto y postparto; (ii) secciones educativas de preparación para el parto, incluyendo charlas sobre la importancia de la participación de los padres en los cuidados al bebé; y (iii) consejerías en el postparto. El involucramiento de los padres en el proceso del embarazo y del nacimiento fortalece el vínculo padre-hijo y fomenta la corresponsabilidad, contribuyendo al desarrollo del niño, la relación de la pareja y la equidad de género en la división de tareas y responsabilidades⁴¹. Para lograr el objetivo propuesto, el componente financiará asistencia técnica, equipamiento y pequeñas adecuaciones en la infraestructura existente a fin de que los centros participantes puedan cumplir con las normas de atención y lograr la certificación CEMI.
- 1.33 **Componente 3: Fortalecimiento institucional de la función de rectoría del sector salud (US\$3,5 millones).** El objetivo de este componente es apoyar al MISPAS en la conducción sectorial a través de fortalecimiento institucional. El componente financiará asistencia técnica para: (i) la actualización de la asignación de la población de manera territorial a las unidades de atención primaria (sectorización); (ii) la elaboración del plan decenal de salud 2016-2025; (iii) la actualización de las normas y guías de habilitación de establecimientos de salud; (iv) la instauración de una unidad de análisis de monitoreo y evaluación de desempeño dentro del MISPAS; (v) el diseño e implementación de una norma nacional para la homologación de las funciones de los sistemas de información de salud; (vi) el desarrollo e implementación de un sistema de gestión clínico-administrativo para el segundo y tercer nivel de atención, vinculado al SGC; (vii) un análisis de las implicaciones de eliminar la ley de pasantía médica; (viii) la revisión de la composición de los equipos de salud y diseño de esquemas de incentivo a recursos humanos para trabajar en áreas geográficas apartadas; (ix) el análisis de

³⁹ Esto piloteará la transformación del presupuesto histórico en prestaciones, lo que permitirá al MISPAS enviar una transferencia monetaria con base a los resultados del FBR a los SRS en vez de insumos y recursos humanos.

⁴⁰ Los hospitales públicos prestan atención gratuita.

⁴¹ Ver WHO's Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care: training modules, 2002 y "[Nota Técnica sobre el Modelo de Centros de Excelencia Materno-Infantil](#)". Algunas de esas actividades ya han sido piloteadas en RD por USAID con resultados positivos.

factibilidad de la implementación de una tarjeta electrónica de salud vinculada al SGC; y (x) el fortalecimiento de la Dirección de Desarrollo Estratégico Institucional (DDEI) del MISPAS, responsable por la ejecución del presente proyecto.

- 1.34 **Componente 4: Evaluación (US\$50 mil).** El objetivo es evaluar el impacto del modelo de FBR en el primer nivel de atención. Se financiará asistencia técnica para la realización de un estudio de análisis cuasi-experimental del modelo.
- 1.35 **Costos.** El cuadro I-2 presenta un resumen de la distribución del financiamiento.

Cuadro I-2. Resumen de costos

Componente	US\$ (CO)
1. Financiamiento de prestaciones basado en resultados en salud	130.000.000
2. Fortalecimiento de la calidad de los servicios de salud materno e infantil	9.416.100
3. Fortalecimiento institucional de la función de rectoría del sector salud	3.533.900
4. Evaluación	50.000
5. Auditoría, administración e imprevistos	3.000.000
Total	146.000.000

C. Indicadores clave de la matriz de resultados

- 1.36 Los impactos esperados son un mayor acceso a los servicios de salud por parte de la población pobre y la disminución de la morbi-mortalidad materna e infantil. Entre los resultados esperados están un incremento en: (i) porcentaje de niños mayores de 15 meses y menores de 24 meses con esquema de vacunación completo; (ii) porcentaje de adultos diagnosticados con hipertensión arterial o diabetes, en tratamiento según el protocolo nacional, diferenciado por género; y (iii) porcentaje de muertes maternas e incidentes auditados por los Comités de Maternidad Segura con al menos una de las medidas correctivas implementadas en los hospitales en que se implementará el CEMI. Se realizará una evaluación de impacto cuasi-experimental de la expansión del modelo FBR en el primer nivel de atención, tanto en indicadores de gestión como en indicadores de salud de la población objetivo. El SGC, las auditorías concurrentes y las ENDESAS (2007 y 2013) permitirán medir el avance en las metas establecidas para los indicadores.

II. ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO Y RIESGOS

A. Instrumentos del financiamiento

- 2.1 El proyecto se financiará a través de un préstamo de inversión que iniciará su ejecución en el 2013. El período de ejecución del proyecto es de cuatro años. El monto de financiamiento es de US\$146 millones, con cargo al Capital Ordinario del Banco. El prestatario es la República Dominicana.

B. Riesgos ambientales y sociales de las salvaguardias

- 2.2 De acuerdo con la Política de Medio Ambiente y Cumplimiento de Salvaguardias (OP-703), el ESR otorgó al programa la clasificación “C”. De igual manera, dado que el proyecto contempla pequeñas obras de adecuaciones internas en infraestructura existente para la implementación de la Estrategia de CEMI en hospitales, se realizará un plan de gestión ambiental y social para prevenir, controlar y compensar los riesgos

a la salud y seguridad laboral y el manejo de desechos hospitalarios. El equipo técnico del proyecto velará por que se cumpla con la OP-703.

C. Riesgos fiduciarios

- 2.3 Se realizó un análisis de la capacidad institucional de la DDEI del MISPAS, organismo ejecutor de la operación, que reveló que ésta posee un nivel de capacidad institucional satisfactorio y un riesgo bajo. El análisis también reveló riesgos fiduciarios en las áreas de adquisiciones y de gestión financiera. En el primer caso, el riesgo se concentra en un retraso potencial en la ejecución de las adquisiciones. En el segundo caso, los riesgos corresponden a la generación y presentación de informes contables y financieros fuera del marco de tiempo y de calidad requerida por el Banco; específicamente por inexperiencia en el uso del módulo financiero UEPEX/SIGEF, el cual es de uso obligatorio para la gestión financiera y contable de proyectos públicos con financiamiento externo en RD. Esta situación generaría retrasos en la presentación de solicitudes de desembolso. Estos riesgos serán mitigados mediante la realización de: (i) capacitaciones en adquisiciones y en gestión financiera al organismo ejecutor y a los SRS; y (ii) acuerdos con el Programa de Administración Financiera Integrada del Ministerio de Hacienda (MH), para que, previo al inicio de la ejecución, el sistema UEPEX/SIGEF esté operativo en la DDEI y se capacite el personal responsable de su uso.

D. Otros Riesgos

- 2.4 **Expansión del modelo de FBR.** Posibles dificultades de coordinación entre el MISPAS y la CERSS, ejecutora del FBR en las regiones que han piloteado el modelo, pueden reducir la transferencia de conocimientos y experiencia al MISPAS para la expansión del FBR a las regiones contempladas en el proyecto. Para mitigar este riesgo, el MISPAS ha incorporado a la CERSS en las misiones de preparación y en la planeación de la expansión del modelo de FBR e incluirá las lecciones aprendidas por la CERSS en el Manual Operativo (MO) de la operación.
- 2.5 **Reducida capacidad institucional de los hospitales para certificarse como CEMI.** Este riesgo podría generar retrasos en la ejecución. Sin embargo, la propia estrategia incluye un acompañamiento técnico cercano para la ejecución y se incorporarán las lecciones aprendidas de la implementación por USAID al MO. Además, el MISPAS a través de una disposición ministerial, asumió la estrategia CEMI como modelo de aseguramiento de la calidad en la prestación de servicios.
- 2.6 **Macroeconómicos.** Limitaciones en el espacio fiscal y reducciones en el presupuesto fiscal durante la ejecución del programa pueden ocasionar retrasos de ejecución. El proyecto es considerado de prioridad para RD y cuenta con pleno respaldo del MH. Durante la ejecución del programa, el MISPAS hará las gestiones necesarias para garantizar el flujo efectivo de recursos según la programación contenida en el Plan de Ejecución del Proyecto (PEP). Esto garantizará la no interrupción de la implementación de la operación y los respectivos desembolsos por parte del Banco.

- 2.7 **Sostenibilidad del FBR.** Este riesgo está referido a que el gobierno no dé continuidad al FBR una vez se termine la presente operación. El objetivo del FBR es mejorar la eficiencia del gasto del SENASA y del MISPAS, logrando mejores resultados en salud por recurso invertido, principalmente en la atención primaria. En particular, esta operación direcciona el financiamiento de la prestación de servicios al logro de varias de las metas del PNPSP en salud. Además es: (i) consistente con los objetivos de la END 2010-2030, ley que establece una visión concertada de largo plazo para el país; y (ii) forma parte del grupo de programas protegidos establecidos en el PNPSP 2013-2016, lo que asegura su financiamiento y sostenibilidad en el mediano plazo. Por otro lado, el esquema propuesto de financiamiento de las prestaciones es decreciente en el tiempo para la población del RS; la población no-cubierta por un seguro de salud, adscripta y elegible bajo el RS será encaminada al SENASA para ser incorporada al seguro subsidiado, de acuerdo a las metas de expansión del aseguramiento del gobierno.

III. IMPLEMENTACIÓN Y PLAN DE ACCIÓN

A. Resumen de medidas de implementación

- 3.1 **Marco de ejecución.** El organismo ejecutor de la operación será el prestatario a través del MISPAS y su dirección DDEI. La DDEI es la dirección encargada de ejecutar proyectos con financiamiento de organizaciones multilaterales. Actualmente, la DDEI ejecuta dos componentes de una operación de inversión con el BM. Para la ejecución del proyecto la DDEI será apoyada por una Unidad Coordinadora del Proyecto (UCP). La UCP realizará las adquisiciones, contrataciones y pagos. Se contratará a un coordinador y especialistas en adquisiciones, financieros y administrativos, así como otros técnicos y especialistas necesarios para apoyar a la DDEI en la ejecución del proyecto. Las tareas de la UCP serán absorbidas por el personal de la DDEI al finalizar el proyecto.
- 3.2 **Adquisición de bienes y servicios.** La adquisición de bienes y servicios y la selección y contratación de servicios de consultoría se realizarán conforme a las políticas del Banco. La supervisión de adquisiciones se realizará en forma ex post para: (i) obras cuyo costo estimado sea menor a US\$3 millones; (ii) bienes cuyo costo estimado sea menor a US\$250.000; y (iii) servicios de consultoría cuyo costo estimado sea menor a US\$200.000. Se prevé financiar con recursos del proyecto las contrataciones directas, de acuerdo con la política de Selección Directa (GN-2350-9): (i) del personal capacitado en CEMI que prestará asistencia técnica a los hospitales para continuar prestando los servicios que ya desempeñan (pár. 5.4(a)); (ii) de la firma que se encargará de las auditorías concurrentes para valorar los cumplimientos de los indicadores de resultados del FBR, pues los nuevos servicios constituyen una continuación natural de servicios realizados por la firma (pár. 3.10(a)); y (iii) de los servicios de mejoramiento del *software* de gestión clínico-administrativa para hospitales de segundo y tercer nivel ya comprado por el MISPAS, justificada en la experiencia de valor excepcional con que cuenta la firma seleccionada, ya que es la misma empresa que participó en el desarrollo inicial del *software* (párrafo 3.10(a)).

- 3.3 **Condiciones contractuales.** Se acordó que **las condiciones especiales previas al primer desembolso son: (i) la creación de la unidad coordinadora del proyecto y nombramiento del coordinador general; (ii) la entrada en vigencia del manual operativo de la operación contando con la no-objeción del Banco; y (iii) la entrada en vigencia de la enmienda a los acuerdos de gestión que incorporen el FBR, entre el MPS y SENASA y cada una de los cinco SRS que participarán en la ejecución del proyecto.** Las obligaciones contractuales especiales son: (i) cualquier cambio o actualización al manual operativo de la operación habrá de contar con la no objeción del Banco; y (ii) se habrá de contratar una auditoría concurrente. Esta auditoría efectuará las constataciones necesarias para validar el cumplimiento, de conformidad con lo establecido en el Manual Operativo del Proyecto, de (i) el nivel de población adscrita a UNAP, y (ii) las metas cuatrimestrales a ser acordadas entre el Organismo Ejecutor y el Banco.
- 3.4 **Desembolsos.** El plazo de desembolsos del proyecto es de 48 meses. El desembolso para el Componente 1 se realizará a través de reembolso de gastos, con excepción del primer desembolso, el cual se hará bajo la modalidad de anticipo de fondos con el propósito de fortalecer las capacidades técnicas y administrativas de los SRS para implementar y gestionar el modelo de FBR. El Banco podrá financiar retroactivamente con cargo a los recursos del préstamo, los gastos con prestaciones de salud bajo el RS (hasta por el 20% del monto del préstamo) efectuado por el Prestatario antes de la fecha de aprobación del préstamo, siempre que se hayan cumplido requisitos sustancialmente análogos a los establecidos en el contrato de préstamo. Dichos gastos deberán haberse efectuado a partir de la fecha de aprobación del perfil de proyecto, 15 de mayo de 2013, pero, en ningún caso, se incluirán gastos efectuados más de 18 meses antes de la fecha de aprobación del préstamo. Los costos de la auditoría concurrente serán financiados con recursos de este préstamo. Los demás componentes se desembolsarán bajo la modalidad de adelanto de fondos de acuerdo a la programación de actividades acordadas.

B. Resumen de medidas para monitoreo de resultados

- 3.5 **Monitoreo y evaluación.** La UCP será responsable de implementar el [Plan de Monitoreo y Evaluación](#) del proyecto. En acuerdo con el prestatario, las medidas de monitoreo y evaluación tendrán como referente a la Matriz de Resultados. Los principales mecanismos de seguimiento establecidos son: (i) los informes semestrales, que detallan el nivel de avance de la ejecución física y financiera; (ii) las auditorías concurrentes asociadas al Componente 1; (iii) el PEP y plan operativo anual; (iv) el plan de adquisiciones; (v) el SGC y el Sistema de Gestión Hospitalaria (SIGHO)⁴². La agenda de evaluación está alineada a los objetivos del Componente 1 de la operación y persigue la evaluación de impacto de la expansión del modelo FBR en el sector salud.

⁴² El SGC será la fuente de información sectorial de los servicios de salud en el primer nivel de atención mientras que el SIGHO lo será en el segundo y tercer nivel.

Matriz de Efectividad en el Desarrollo			
Resumen			
I. Alineación estratégica			
1. Objetivos de la estrategia de desarrollo del BID	Alineado		
Programa de préstamos	i) Préstamos a países pequeños y vulnerables y ii) Préstamos para la reducción de la pobreza y promoción de la equidad.		
Metas regionales de desarrollo	i) Tasa de pobreza extrema, ii) Tasa de mortalidad materna y iii) Tasa de mortalidad infantil.		
Contribución a los productos del Banco (tal como se define en el Marco de Resultados del Noveno Aumento)	Individuos (todos) que reciben un paquete básico de servicios de salud.		
2. Objetivos de desarrollo de la estrategia de país	Alineado		
Matriz de resultados de la estrategia de país	GN-2581	Mejoras en los niveles de nutrición, salud y educación de niños y jóvenes que pertenecen a las familias más pobres.	
Matriz de resultados del programa de país	GN-2696	La operación no está incluida en el Documento de Programación de País 2013.	
Relevancia del proyecto a los retos de desarrollo del país (si no se encuadra dentro de la estrategia de país o el programa de país)			
II. Resultados de desarrollo - Evaluabilidad	Altamente Evaluable	Ponderación	Puntuación máxima
	9.3		10
3. Evaluación basada en pruebas y solución	9.7	33.33%	10
4. Análisis económico ex ante	10.0	33.33%	10
5. Evaluación y seguimiento	8.2	33.33%	10
III. Matriz de seguimiento de riesgos y mitigación			
Calificación de riesgo global = grado de probabilidad de los riesgos*	Medio		
Se han calificado todos los riesgos por magnitud y probabilidad	Sí		
Se han identificado medidas adecuadas de mitigación para los riesgos principales	Sí		
Las medidas de mitigación tienen indicadores para el seguimiento de su implementación	Sí		
Clasificación de los riesgos ambientales y sociales	C		
IV. Función del BID - Adicionalidad			
El proyecto se basa en el uso de los sistemas nacionales (criterios de VPC/PDP)	Sí	Gestión financiera: i) Presupuesto, ii) Tesorería y iii) Contabilidad y emisión de reportes. Adquisiciones y contrataciones: i) Sistema de Información.	
El proyecto usa un sistema nacional diferente a los indicados arriba para ejecutar el programa			
La participación del BID promueve mejoras en los presuntos beneficiarios o la entidad del sector público en las siguientes dimensiones:			
Igualdad de género	Sí	El segundo componente del proyecto, que financiará el fortalecimiento de la calidad de los servicios de salud materno-infantil, ampliará los modelos existentes para incluir aspectos de género, para fortalecer el involucramiento de los padres en el proceso del embarazo y el nacimiento.	
Trabajo			
Medio ambiente			
Antes de la aprobación se brindó a la entidad del sector público asistencia técnica adicional (por encima de la preparación de proyecto) para aumentar las probabilidades de éxito del proyecto	Sí	A través de la cooperación técnica DR-T1077, el Banco ha financiado el apoyo a la reingeniería de procesos relacionados con la función rectora del sistema de salud (Ministerio de Salud), tales como mejoras en contratos de gestión y estudios sobre el Plan Básico de Salud.	
La evaluación de impacto ex post del proyecto arrojará pruebas empíricas para cerrar las brechas de conocimiento en el sector, que fueron identificadas en el documento de proyecto o el plan de evaluación.	Sí	El financiamiento basado en resultados constituye un nuevo enfoque para la prestación de servicios de salud, pero se ha realizado un número insuficiente de estudios para medir la efectividad de este mecanismo. La evaluación de impacto que se llevará a cabo al finalizar el proyecto contribuirá a la generación de conocimiento en esquemas de financiamiento basado en resultados en el sector salud.	

La operación es un préstamo de inversión a la República Dominicana por US\$ 146 millones, financiado con recursos de capital ordinario. El objetivo del proyecto es incrementar la eficiencia y efectividad del gasto en salud destinado a la población más pobre del país, a través de la expansión de un modelo de financiamiento basado en resultados y de una estrategia de mejoras gerenciales en los servicios de salud materno-infantil.

La propuesta de préstamo presenta un diagnóstico adecuado en el que identifica con base en evidencia empírica los retos del país en materia de enfermedades crónicas y salud materno-infantil. La propuesta identifica y documenta los factores causales de la problemática observada, incluyendo temas de eficiencia en la asignación del gasto, calidad de los servicios prestados y transparencia y rendición de cuentas. El documento también presenta evidencia empírica de la efectividad de los modelos propuestos, tanto en términos de cobertura como de resultados finales de salud, con base en experiencia previa en República Dominicana y otros países de la región.

La propuesta sigue una lógica vertical sólida que se refleja en una matriz de resultados con impactos, resultados y productos bien definidos e indicadores SMART. Los mecanismos de monitoreo y evaluación están planeados y presupuestados correctamente. El plan de evaluación del proyecto contempla un estudio con diseño cuasi-experimental para medir la efectividad del modelo de financiamiento basado en resultados. El análisis económico del proyecto consiste en un análisis de costo efectividad del modelo de financiamiento basado en resultados.

La matriz de riesgos identifica y califica los riesgos del proyecto y propone medidas de mitigación adecuadas con indicadores para medir su implementación.

MARCO DE RESULTADOS - MATRIZ DE INDICADORES									
OBJETIVO DEL PROYECTO	Incrementar la eficiencia y efectividad del gasto en salud destinada a la población más vulnerable de República Dominicana.								
IMPACTO ESPERADO	Se mejorará el acceso de la población pobre a los servicios de salud y disminución de la morbi-mortalidad materna e infantil								
INDICADORES DE RESULTADO	Línea de Base	Año 1 2014	Año 2 2015	Año 3 2016	Año 4 2017	Meta al Final del Proyecto ¹	Frecuencia de los Reportes	Instrumento Para Recolección de la Data	Responsables/Observaciones
Cantidad de Población Pobre I- II (SIUBEN) No cubierta por ningún régimen a las que se les garantiza acceso a servicios de primer nivel a través el FBR, las cinco regiones de salud del proyecto ² .	0	14,405	72,025	158,455	288,100	288,100	Cuatrimestral	Reportes de auditorías concurrentes	Firma auditora externa / Dirección de Desarrollo Estratégico Institucional (DDEI)
Porcentaje de Mortalidad Materna en los seis hospitales ³ en los que se implementará el Modelo de Centros de Excelencia CIME Materno Infantil (CEMI) (expresa la proporción de gestantes que mueren durante un período determinado, respecto al total de mujeres embarazadas reportadas en dicha fecha) ⁴	A estimarse durante primer año	2%	8%	18%	30%	Disminución en 30% el porcentaje de mortalidad materna en hospitales CIME	Anuales	Formulario EPI-2 / Reportes SIGHO	Dirección General de Epidemiología y DDEI y Dirección General Materno Infantil y Adolescente (DIGEMIA)
Porcentaje de Mortalidad Infantil en los hospitales en que se implementará el CEMI	A estimarse durante primer año ⁵	2%	8%	18%	30%	Disminución en 30% el porcentaje de mortalidad infantil en hospitales CIME	Anuales	Formulario EPI-2 / Reportes del SIGHO	Dirección General de Epidemiología y DDEI

COMPONENTE I: Financiamiento de prestaciones basado en resultados (FBR) en salud									
	Base 2013	Año 1 2014	Año 2 2015	Año 3 2016	Año 4 2017	Meta Acumulada	Frecuencia de los Reportes	Instrumento para Recolección de la Data	Responsables/Observaciones
Indicadores de producto									
1. Población pobre SIUBEN 1 y 2 adscripta a un centro de atención primaria en las cinco regiones del proyecto aumentada.	1,074,435	1,174,405	1,232,025	1,318,455	1,448,100	1,448,100	Cuatrimestral	Reportes de Fichas Familiar Completadas	Servicios Regionales de Salud y DDEI

¹ Las metas para los indicadores que no tienen línea de base relacionados al FBR se determinaron con base a la experiencia de los SRS que ya operan el modelo. Las metas para los indicadores que no tienen línea de base relacionados al CEMI se determinaron con base a la experiencia de los hospitales que ya se han certificado.

² Las cinco regiones del proyecto son los Servicios Regionales de Salud I-V.

³ Los seis hospitales en los que se implementará el Modelo de Centros de Excelencia Materno Infantil (CEMI) por la primera vez.

⁴ Numerador: número de defunciones maternas por complicaciones en el embarazo, parto o puerperio en cada año en los 6 hospitales en que se implementará el modelo CDEx. Denominador: total de mujeres embarazadas en el mismo periodo. La interpretación de este indicador se realiza de acuerdo al valor obtenido al calcular la formula, por consiguiente un valor mínimo de éste denota un mejoramiento en las condiciones de las gestantes. Análogamente, si se obtienen resultados muy cercanos a 100, el resultado es crítico, puesto que ello indica que existe un detrimento en las condiciones de vida de las gestantes, y que existe una notable disminución en la expectativa de vida de las mismas.

⁵ Numerador: número de defunciones en menores de un (1) año en cada año en los 6 hospitales CDEx; Denominador: total de nacidos vivos durante el mismo periodo de tiempo en los 6 hospitales CIME.

COMPONENTE I: Financiamiento de prestaciones basado en resultados (FBR) en salud									
	Base 2013	Año 1 2014	Año 2 2015	Año 3 2016	Año 4 2017	Meta Acumulada	Frecuencia de los Reportes	Instrumento para Recolección de la Data	Responsables/Obser- vaciones
2. Población pobre SIUBEN 1 y 2, adscripta, no cubierta por ningún régimen cuya cápita de 1 ^{er} . nivel de atención se financia a través de RBF, en las cinco regiones del proyecto aumentada.	0	14,405	72,025	158,455	288,100	288,100	Cuatrimstral	Reportes de Fichas Familiar Completadas / Reportes auditorias Concurrentes	Servicios Regionales de Salud y DDEI
3. Población pobre SIUBEN 1 y 2 afiliada por el régimen subsidiado cuya cápita se financia a través de RBF, en las cinco regiones del proyecto aumentada.	1,074,435	1,160,000	1,160,000	1,160,000	1,160,000	1,160,000	Cuatrimstral	Reportes a partir de la base de datos de dispersión de UNIPAGO	SENASA y DDEI
Indicadores de resultados intermedios									
1. Porcentaje de mujeres embarazadas con evaluación de riesgo del embarazo realizada antes de la semana 15 de embarazo en las cinco regiones del proyecto aumentada ⁶ .	A estimarse durante primer año ⁷	5%	15%	30%	50%	50%	Cuatrimstral	Reportes Sistema Gestión Clínica Primer Nivel (SGC)	DDEI
2. Porcentaje de mujeres puérperas referidas del hospital a su unidad de atención primaria correspondiente con la documentación adecuada incluida en los archivos clínicos del centro de salud en las cinco regiones del proyecto aumentado ⁸ .	A estimarse durante primer año ⁹	10%	20%	40%	60%	60%	Cuatrimstral	Reportes Sistema Gestión Clínica Primer Nivel (SGC)	DDEI
3. Porcentaje de menores de 15 meses con esquema de vacunación completo según protocolo nacional en las cinco regiones del proyecto aumentado ¹⁰	A estimarse durante primer año	10%	20%	40%	60%	60%	Cuatrimstral	Reportes Sistema Gestión Clínica Primer Nivel (SGC)	DDEI
4. Porcentaje de niños mayores de 15 meses y menores de 24 meses con esquema de vacunación completo según protocolo nacional en las cinco regiones del proyecto aumentado ¹¹ .	A estimarse durante primer año	10%	20%	40%	60%	60%	Cuatrimstral	Reportes Sistema Gestión Clínica Primer Nivel (SGC)	DDEI

⁶ Numerador: N° de mujeres embarazadas de la Población Objetivo a las que durante el cuatrimestre se les lleva a cabo evaluación de riesgo antes de la 15ª. semana de embarazo; Denominador: Estimación del número de embarazadas de la población objetivo relevante para el cuatrimestre

⁷ Los valores de línea base y los de seguimiento se originan en las UNAP como resultado de las acciones de salud que éstas realizan para la población objetivo atendido y que es registrada en el Sistema de Gestión Clínica. Estos, se definirán en la fase inicial del proyecto de manera conjunta entre el MISPAS/ SRS, SENASA y CERSS

⁸ Numerador: Número de puérperas de la Población Objetivo del Programa que: registran una consulta realizada durante el cuatrimestre y que cumplen con las dos siguientes condiciones: (1) la consulta se realiza dentro de los 15 días posteriores al parto. La documentación de contrarreferencia (resumen clínico del caso) está disponible en los archivos clínicos del primer nivel de atención; Denominador: Estimación de la cantidad de partos de mujeres pertenecientes a la Población Objetivo del programa que durante el año.

⁹ Los valores de línea base y los de seguimiento se originan en las UNAP como resultado de las acciones de salud que éstas realizan para la población objetivo atendido y que es registrada en el Sistema de Gestión Clínica. Estos, se definirán en la fase inicial del proyecto de manera conjunta entre el MISPAS/ SRS, SENASA y CERSS

¹⁰ Numerador: No. de niños de la Población Objetivo menores de 15 meses con esquema de vacunación completado de acuerdo al protocolo nacional para su edad; Denominador: estimación del número de niños de la población objetivo menores de 15 meses al último día del cuatrimestre.

¹¹ Numerador: No. de niños adscritos mayores de 15 meses y menores de 24 meses en el cuatrimestre con esquema de vacunación completo según protocolo nacional para su edad; Denominador: estimación del número de niños de la

COMPONENTE I: Financiamiento de prestaciones basado en resultados (FBR) en salud									
	Base 2013	Año 1 2014	Año 2 2015	Año 3 2016	Año 4 2017	Meta Acumulada	Frecuencia de los Reportes	Instrumento para Recolección de la Data	Responsables/Obser- vaciones
5. Porcentaje de niños menores de 24 meses con controles de desarrollo y crecimiento completo según protocolo nacional en las cinco regiones del proyecto aumentado ¹² .	A estimarse durante primer año	10%	20%	40%	60%	60%	Cuatrimestral	Reportes Sistema Gestión Clínica Primer Nivel (SGC)	DDEI
6. Porcentaje de individuos sintomáticos respiratorios captados con resultados de baciloscopia documentado en centro de primer nivel en las cinco regiones del proyecto aumentado ¹³ .	A estimarse durante primer año	5%	10%	30%	50%	50%	Cuatrimestral	Reportes Sistema Gestión Clínica Primer Nivel (SGC)	DDEI
7.1 Porcentaje de hombres mayores de 18 años tamizados para hipertensión arterial según protocolo nacional en las cinco regiones del proyecto aumentado ¹⁴ .	A estimarse durante primer año	5%	10%	30%	50%	50%	Cuatrimestral	Reportes Sistema Gestión Clínica Primer Nivel (SGC)	DDEI
7.2 Porcentaje de mujeres mayores de 18 años tamizadas para hipertensión arterial según protocolo nacional en las cinco regiones del proyecto aumentado.	A estimarse durante primer año	5%	10%	30%	50%	50%	Cuatrimestral	Reportes Sistema Gestión Clínica Primer Nivel (SGC)	DDEI
8.1 Porcentaje de hombres diagnosticados con hipertensión arterial en tratamiento según protocolo nacional en las cinco regiones del proyecto aumentado ¹⁵ .	A estimarse durante primer año	5%	10%	30%	50%	50%	Cuatrimestral	Reportes Sistema Gestión Clínica Primer Nivel (SGC)	DDEI
8.2 Porcentaje de mujeres diagnosticadas con hipertensión arterial en tratamiento según protocolo nacional en las cinco regiones del proyecto aumentado.	A estimarse durante primer año	5%	10%	30%	50%	50%	Cuatrimestral	Reportes Sistema Gestión Clínica Primer Nivel (SGC)	DDEI
9.1 Porcentaje de hombres mayores de 18 años con tamizaje para diabetes según protocolo nacional (screening diabetes) en las cinco regiones del proyecto aumentado ¹⁶ .	A estimarse durante primer año	5%	10%	30%	50%	50%	Cuatrimestral	Reportes Sistema Gestión Clínica Primer Nivel (SGC)	DDEI

población Objetivo mayores de 15 meses y menores de 24 meses al último día del cuatrimestre.

¹² Numerador: N° de niños pertenecientes a la Población Objetivo menores que 24 meses y que poseen el cronograma completo de controles desde el nacimiento según protocolo nacional; Denominador: estimación del número de niños de la población Objetivo menores de 24 meses al último día del cuatrimestre.

¹³ Numerador: No. de individuos sintomáticos respiratorios de la población objetivo captados en el cuatrimestre con resultados de baciloscopia documentado en centro de primer nivel; Denominador: número estimado de sintomáticos respiratorios de la población objetivo para el cuatrimestre en cuestión.

¹⁴ Numerador: No. de hombres mayores de 18 años de la población objetivo con medición de tensión arterial en el cuatrimestre; Denominador: estimación de hombres de la población objetivo mayores de 18 años relevantes para el cuatrimestre.

¹⁵ Numerador: Número de hombres de la población objetivo con HTA que están en tratamiento conforme al protocolo nacional; Denominador: estimación de hombres hipertensos en la población objetivo mayor de 18 años para el año en cuestión.

¹⁶ Numerador: No. de hombres mayores de 18 años pertenecientes a la población objetivo que han sido tamizados para diabetes en el cuatrimestre; Denominador: estimación de hombres de la población objetivo mayores de 18 años relevantes para el cuatrimestre.

COMPONENTE I: Financiamiento de prestaciones basado en resultados (FBR) en salud									
	Base 2013	Año 1 2014	Año 2 2015	Año 3 2016	Año 4 2017	Meta Acumulada	Frecuencia de los Reportes	Instrumento para Recolección de la Data	Responsables/Observaciones
9.2 Porcentaje de mujeres mayores de 18 años con tamizaje para diabetes según protocolo nacional (screening diabetes) en las cinco regiones del proyecto aumentado.	A estimarse durante primer año	5%	10%	30%	50%	50%	Cuatrimestral	Reportes Sistema Gestión Clínica Primer Nivel (SGC)	DDEI
10.1 Porcentaje de hombres diagnosticados con Diabetes tipo II en tratamiento según protocolo nacional en las cinco regiones del proyecto aumentado ¹⁷ .	A estimarse durante primer año	5%	10%	30%	50%	50%	Cuatrimestral	Reportes Sistema Gestión Clínica Primer Nivel (SGC)	DDEI
10.2 Porcentaje de mujeres diagnosticadas con Diabetes tipo II en tratamiento según protocolo nacional en las cinco regiones del proyecto aumentado.	A estimarse durante primer año	5%	10%	30%	50%	50%	Cuatrimestral	Reportes Sistema Gestión Clínica Primer Nivel (SGC)	DDEI
11. Porcentaje de población SIUBEN I y II con carnets de afiliación al régimen subsidiado en las cinco regiones del proyecto aumentado ¹⁸ .	A estimarse durante primer año	10%	30%	50%	80%	80%	Cuatrimestral	Informes de empresa encargada de elaboración y entrega de carnets / reportes de auditorías concurrentes	SENASA
12. Cantidad de dependientes de afiliados al régimen subsidiado que poseen información de acta de nacimiento en la base de datos de afiliados del SENASA en las cinco regiones del proyecto aumentado.	A estimarse durante primer año	20,000	50,000	80,000	120,000	120,000	Cuatrimestral	Reporte de Base de Datos del SENASA	SENASA

COMPONENTE II: Fortalecimiento de la calidad de los servicios de salud materno infantil									
Indicadores de producto	Base 2013	Año 1 2014	Año 2 2015	Año 3 2016	Año 4 2017	Meta Acumulada	Frecuencia de los Reportes	Instrumento para Recolección de la Data	Responsables/Observaciones
1. Número de Hospitales certificados como centros de excelencia materno-infantil (CEMI) aumentado.	0	0	0	5	10	10	Anuales	Reportes de Evaluación hechos por la Dirección General de Habilitación	Dirección de Hospitales / Dirección General de Habilitación/ DDEI/ Viceministerio de Garantía de la Calidad
2. personal Médico y Enfermería, así como personal administrativo de los hospitales en que se implementará el CEMI en el Sistema de Gestión	0	0	200	400	750	750	Anuales	Listados de Asistencia a las sesiones de capacitación y certificación participación de emitida por la DDI al finalizar el curso	Dirección de Hospitales / DDEI

¹⁷ Numerador: Número de hombres mayores de 18 años de la población objetivo diagnosticados con diabetes tipo II que están en tratamiento conforme a protocolo nacional; Denominador: estimación de hombres diabéticos tipo II en la población Objetivo mayor de 18 años para el año en cuestión.

¹⁸ Numerador: Número de individuos SIUBEN I y II que los reportes de auditorías concurrentes señalan que poseen carnet de afiliación al régimen subsidiado; Denominador: total de individuos afiliados al régimen subsidiado.

COMPONENTE II: Fortalecimiento de la calidad de los servicios de salud materno infantil									
Indicadores de producto	Base 2013	Año 1 2014	Año 2 2015	Año 3 2016	Año 4 2017	Meta Acumulada	Frecuencia de los Reportes	Instrumento para Recolección de la Data	Responsables/Observaciones
Hospitalaria (SIGHO) capacitado.									
3. personal de salud de los hospitales en que se implementará el CEMI a través de programas Cuidados Obstétricos De Emergencia COE capacitado.	0	100	200	---	---	200	Anuales	Listados de Asistencia a las sesiones de capacitación y certificación participación de emitida por la DDI al finalizar el curso	Dirección de Hospitales / DDEI
4. personal de salud del área de perinatología de los hospitales en que se implementará el CEMI en sepsis neonatal capacitado.	0	50	150	---	---	150	Anuales	Listados de Asistencia a las sesiones de capacitación y certificación participación de emitida por la DDI al finalizar el curso	Dirección de Hospitales / DDEI
5. embarazadas en las sesiones de preparación para el parto, en los hospitales en que se implementa el CEMI capacitadas ¹⁹ .	A estimarse durante primer año	20%	50%	75%	90%	90%	Anuales	Listados de asistencia a las sesiones de preparación del parto / Registros de atenciones prenatales de cada centro.	Dirección de Hospitales / DDEI
Indicadores de Resultados intermedios									
1. Sistema de Gestión Hospitalaria (SIGHO) implementado y en funcionamiento en los hospitales en que se implementará el CEMI CIME.	0	0	3	6	12	12	Anuales	Reportes anuales de evaluación emitidos por la Dirección de Tecnología de Información del MISPAS	Dirección de Hospitales / Dirección de Desarrollo Institucional DDI.
2. Porcentaje de muertes maternas e incidentes auditados por los Comités de Maternidad Segura con al menos una de las medidas correctivas implementadas en los hospitales en que se implementará el CEMI ²⁰ .	0%	0%	30%	60%	95%	95% de casos	Anual	Actas de las sesiones del Comité (son actas firmadas por todos los miembros del comité, donde se especifica los casos tratados y las medidas correctivas a ser tomadas)	Comité Maternidad Segura / Dirección de Hospitales / DDEI
3. Porcentaje de las muertes neonatales auditados por los Comités de Maternidad Segura con al menos una de las medidas correctivas implementadas en los hospitales en que se implementará el CEMI ²¹ .	0%	0%	30%	60%	95%	95%	Anual	Actas de las sesiones del Comité (son actas firmadas por todos los miembros del comité, donde se especifica los casos tratados y las medidas correctivas tomadas)	Comité Maternidad Segura / Dirección de Hospitales / DDEI
4. Porcentaje de mujeres que reciben tratamiento activo de la tercera etapa del parto en los hospitales en que se implementará el CEMI aumentado ²² .	A estimarse durante primer año	10%	25%	60%	90%	90%	Anual	Reportes de Descripción de Parto obtenido en la primera etapa del registro físico de cada paciente, una vez implementado el SIGHO se	Dirección de Hospitales / DDEI

¹⁹ El numerador es el número de embarazadas que participaron en las sesiones de preparación para el parto; el denominador es el número total embarazadas que recibieron atención prenatal en el centro.

²⁰ El numerador es el número de casos de morbi-mortalidad materna auditados por los comités de cada hospital, con por lo menos una medida correctivas aplicada / El denominador es el número total de casos de morbi-mortalidad materna ocurridos en cada hospital.

²¹ El numerador es el número de casos de morbi-mortalidad neonatal y con medidas correctivas aplicadas auditados por los comité de cada hospital / El denominador es el número total de casos de morbi-mortalidad neonatal ocurridos en cada hospital

²² El numerador es el número de mujeres que reciben tratamiento activo de la tercera etapa del parto por un proveedor capacitado. Considerando como tratamiento activo: a) la administración de un uterotónico dentro de un minuto después de que nazca el bebé; b) alumbramiento de la placenta mediante la tracción controlada del cordón; y c) el masaje del fondo uterino después de la expulsión de la placenta. El denominador es el número total de los partos en el mismo período de referencia.

COMPONENTE II: Fortalecimiento de la calidad de los servicios de salud materno infantil									
Indicadores de producto	Base 2013	Año 1 2014	Año 2 2015	Año 3 2016	Año 4 2017	Meta Acumulada	Frecuencia de los Reportes	Instrumento para Recolección de la Data	Responsables/Observaciones
								podrá obtener a través del mismo.	

COMPONENTE III: Fortalecimiento institucional de la función de rectoría del sector salud									
Indicadores de producto	Base 2013	Año 1 2014	Año 2 2015	Año 3 2016	Año 4 2017	Meta Acumulada	Frecuencia de los Reportes	Instrumento para Recolección de la Data	Responsables/Observaciones
1. Plan decenal de salud 2016-2025 terminado.	No aplica	0	1	0	0	1	Anual	Informe de consultoría	DDEI
2. Unidad de análisis de monitoreo y evaluación de desempeño dentro del MISPAS en funcionamiento.	No existe	1	0	0	0	1	Anual	Resolución Ministerial estableciendo su creación; Manual de Operaciones de la Unidad y reportes de evaluación de datos.	DDEI
3. Normas y Guías de Nacionales de Rehabilitación actualizadas.	Normas y Guías de Rehabilitación del año 2005	0	1	0	0	1	Anual	Resolución Ministerial estableciendo las normas de rehabilitación actualizadas	Viceministerio de Garantía de la Calidad
4. Normas Nacionales para la homologación de las funciones de los sistemas de información de salud elaboradas.	0	0	0	1	0	1	Anual	Resolución Ministerial instituyendo las normas	DDEI / Dirección de Tecnología de la Información
5. Sistema de gestión clínico-administrativo para el segundo y tercer nivel de atención desarrollado ²³ .	0	0	0	1	1	1	Anual	Reportes anuales de evaluación emitidos por la Dirección de Tecnología de Información del MISPAS	DDEI / Dirección de Tecnología de la Información
6. Sistema de gestión clínico-administrativo para el segundo y tercer nivel instalado en los hospitales CEMI ²⁴ .	0	0	0	0	1	1	Anual	Reportes anuales de evaluación emitidos por la Dirección de Tecnología de Información del MISPAS	DDEI / Dirección de Tecnología de la Información
7. Estudio de análisis de las implicaciones de eliminar la ley de pasantía médica terminado	No aplica	0	1	0	0	1	Anual	Informe de consultoría	DDEI
8. Estudio de análisis de esquemas de incentivo a recursos humanos en salud para trabajar en áreas geográficas apartadas terminado	No aplica	0	0	1	0	1	Anual	Informe de consultoría	DDEI
9. Estudio de análisis de factibilidad de la implementación de una tarjeta electrónica de salud vinculada al Sistema de Gestión Clínica terminado	No aplica	0	1	1	1	1	---	Informe de consultoría	DDEI

²³ Numerador: cantidad de módulos desarrollados e implementados / Denominador: total de módulos que de acuerdo al diseño compondrán el sistema.

²⁴ Numerador: cantidad de módulos desarrollados e implementados / Denominador: total de módulos que de acuerdo al diseño compondrán el sistema.

COMPONENTE IV: Generación de conocimiento y evaluación									
Indicadores de producto	Base 2013	Año 1 2014	Año 2 2015	Año 3 2016	Año 4 2017	Meta Acumulada	Frecuencia de los Reportes	Instrumento para Recolección de la Data	Responsables/Observaciones
Estudio de análisis de evaluación cuasi-experimental de la expansión del modelo de RBF	0	0	1	1	1	1	---	Informe de consultoría	DDEI

ACUERDOS Y REQUISITOS FIDUCIARIOS

PAÍS: República Dominicana

PROYECTO N°: DR-L1067

NOMBRE: Fortalecimiento de la Gestión por resultados del sector Salud en República Dominicana

ORGANISMO EJECUTOR: del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS)

PREPARADO POR: Vinicio Rodríguez (Gestión Financiera); Willy Bendix (Adquisiciones). Ambos FMP/CDR

I. Resumen ejecutivo

- 1.1 La determinación de la capacidad institucional del MISPAS se realizó tomando como base los componentes de la herramienta del Sistema de Evaluación de la Capacidad Institucional (SECI), que incluye: (i) capacidad de planificación y organización (sistema de planificación de actividades y sistema de organización administrativa); (ii) capacidad de ejecución (sistema de administración de personal, sistema de administración de bienes y servicios, y sistema de administración financiera); (iii) capacidad de control (sistema de control interno y sistema de control externo); y (iv) sistema operativo de compras y contrataciones. Como parte del análisis se realizó un relevamiento de información referente a las fortalezas y debilidades del Seguro nacional de Salud (SENASA), así como las evaluaciones PEFA 2010 y 2011. La Unidad Coordinadora de Proyecto (UCP) empleará el UEPEX, que es un subsistema del SIGEF (Sistema de Información de la Gestión Financiera), concebido para la gestión financiera y contable de proyectos públicos con financiamiento externo. Las instituciones de control interno y externo del país se encuentran en proceso de fortalecimiento. Con relación al sistema de contratación pública, el Banco brindó asistencia técnica y acompañamiento para realizar el diagnóstico MAPS/OECD; el resultado deja ver que el sistema posee fortalezas como la estructura de su marco legal; así mismo, se advierten algunos desafíos y retos que se irán superando hasta alcanzar un grado de desarrollo con estándares internacionales que permita su aplicación en las operaciones del Banco¹.

II. Contexto fiduciario del Organismo Ejecutor

- 2.1 La última experiencia directa del Banco en el sector salud en República Dominicana fue con el préstamo 1047/OC-DR, Programa de Modernización y Reestructuración del Sector Salud, ejecutado a través de la Comisión Ejecutiva para la Reforma Sector Salud. En este contexto es la primera vez que el MISPAS actuará como ejecutor de una operación del Banco, para tal efecto se creará una UCP dentro de la Dirección Desarrollo Estratégico Institucional (DDEI). La DDEI es la dirección encargada en el MISPAS de ejecutar proyectos con financiamiento de exterior y actualmente ejecuta dos componentes de una operación de inversión con el Banco Mundial. La UCP en el MISPAS será responsable de la gestión financiera de todos los componentes ante el Banco, así como de realizar adquisiciones, contrataciones y pagos a solicitud de la DDEI. Aun cuando la UCP no cuenta con experiencia en ejecución de programas financiados por el Banco, cuenta con experiencia previa en la ejecución de un

¹ A priori, se ha determinado la necesidad de introducir ajustes al Reglamento de Aplicación de la Ley de Compras y Contrataciones vigente; realizar el desarrollo e implementación del Portal Transaccional de Compras y Contrataciones Públicas; fortalecer las capacidades de los funcionarios encargados de la gestión de compras y contrataciones; y mejorar los mecanismos de aplicación del control.

préstamo con el Banco Mundial, lo cual facilitará y reducirá la curva de aprendizaje en la ejecución de esta operación. Sin embargo se propone un proceso fortalecimiento en las áreas fiduciarias a través de la contratación de personal adicional, lo cual permite que el conocimiento adquirido de ejecuciones anteriores se conserve y se tenga un balance en la carga de trabajo en la gestión de operaciones tanto del BID como del Banco Mundial.

III. Evaluación del riesgo fiduciario y acciones de mitigación

- 3.1 El análisis de Capacidad Institucional² reveló que la Dirección de Desarrollo Estratégico Institucional (DDEI), quien actuaría como la UCP, a pesar de no contar con experiencia previa de operaciones con el Banco, posee un nivel de desarrollo de capacidad institucional satisfactorio y un riesgo bajo. El mismo análisis también reveló riesgos fiduciarios y oportunidades de mejora para la operación con el Banco en las áreas de adquisiciones y de gestión financiera. En el primer caso, el riesgo se concentra en un potencial retraso en la ejecución de las adquisiciones o la imposibilidad de llevarlas a cabo. En Gestión Financiera, los riesgos observados corresponden a la generación y presentación de informes contables y financieros fuera del marco de tiempo requerido y de una calidad no esperada debido al desconocimiento y falta de experiencia en el manejo y uso del módulo financiero UEPEX/SIGEF, el cual es de uso obligatorio para la gestión financiera y contable de proyectos públicos con financiamiento externo. Esta situación implicaría posibles retrasos en la presentación de solicitudes de desembolso cual impactaría la ejecución en la operación.
- 3.2 Estos riesgos descritos anteriormente se mitigaran mediante la realización de acuerdos con el Programa de Administración Financiera Integrada del Ministerio de Hacienda, para que previo al inicio de la ejecución se verifique la adecuada operatividad del sistema UEPEX/SIGEF y se provea la capacitación y apoyo al personal responsable de su uso. Por otra parte se fortalecerán las capacidades de ejecución de las adquisiciones y gestión financiera del Organismo Ejecutor y a las Unidades Regionales de Salud, y la selección de personal idóneo a cargo de dichas áreas.

IV. Aspectos a ser considerados en Estipulaciones Especiales a los contratos

- 4.1 A fin de agilizar la negociación del contrato por parte del equipo de proyecto y principalmente de LEG, se incluyen a continuación aquellos Acuerdos y Requisitos que deberán ser considerados en las estipulaciones especiales:
 - a. **Condiciones previas al primer desembolso:** (i) La creación de la UCP y nombramiento del Coordinador General; (ii) la entrada en vigencia del manual operativo de la UCP en términos satisfactorios para el Banco; y (iii) la entrada en vigencia de la enmienda a los acuerdos de gestión que incorporen el Financiamiento Basado en Resultados entre el MISPAS y SENASA y cada una de las cinco Regiones de Salud que participen en la ejecución del proyecto.
 - b. **Tipo de cambio acordado con el ejecutor para la rendición de cuentas:** El tipo de cambio que se aplicara será la tasa efectiva al momento de la conversión de los recursos desembolsados por el Banco en dólares a la moneda local. (Artículo 4.09 (a) (1)).
 - c. **Informes Financieros Auditados:** Presentación de: (i) informes financieros anuales auditados del programa dentro del plazo de 120 días siguientes al cierre de cada

² Ver análisis de capacidad Institucional del MISPAS y SENASA.

ejercicio económico del Organismo Ejecutor y durante el plazo original del desembolso (36 meses) o cualquier extensión acordada, los Informes Financieros auditados del proyecto, debidamente dictaminados por una firma de auditores independientes elegible al Banco. El último de estos informes será presentado dentro del plazo de 120 días siguientes a la fecha estipulada para el último desembolso del; y (ii) Presentación de informes financieros auditados dentro de 60 días siguientes al 30 de junio durante el plazo original del desembolso por el periodo comprendido de enero 1 al 30 de junio por la misma firma que dictaminara por cada cierre de ejercicio económico. Los informes intermedios forman parte del contrato anual de auditoría externa, por lo tanto no requiere de financiamiento adicional.

V. Acuerdos y Requisitos para la Ejecución de las Adquisiciones

5.1 Los Acuerdos y Requisitos Fiduciarios en Adquisiciones establecen las disposiciones que aplican para la ejecución de todas las adquisiciones previstas en el proyecto.

1. Ejecución de las Adquisiciones. La Dirección de Desarrollo Estratégico Institucional (DDEI), con el apoyo de una UCP, será la encargada de llevar a cabo los procesos de selección, licitación, contratación, supervisión y recepción de las adquisiciones del programa.

- a. Adquisiciones de Obras, Bienes y Servicios Diferentes de Consultoría.** Los contratos de Obras, Bienes y Servicios Diferentes de Consultoría generados bajo el proyecto y sujetos a Licitación Pública Internacional (LPI) se ejecutarán utilizando los Documentos Estándar de Licitaciones (DELs) emitidos por el Banco. Las licitaciones sujetas a Licitación Pública Nacional (LPN) se ejecutarán usando Documentos de Licitación del Proyecto. La revisión de las especificaciones técnicas de las adquisiciones durante la preparación de procesos de selección es responsabilidad del Especialista Sectorial/Jefe del Equipo.
- b. Selección y Contratación de Consultores.** Los contratos de Servicios de Consultoría generados bajo el proyecto se ejecutarán utilizando la Solicitud Estándar de Propuestas (SEPs) emitida o acordada con el Banco. La revisión de los términos de referencia para la contratación de servicios de consultoría es responsabilidad del Especialista Sectorial/Jefe del Equipo del proyecto. La selección de consultores individuales: A criterio del Ejecutor, la contratación de consultores individuales se podrá solicitar mediante anuncios locales o internacionales a fin de conformar una lista corta de individuos calificado Capacitación: Los procedimientos de capacitación identificados serán realizados por consultores individuales o firmas consultoras contratadas para tal efecto y siguiendo los procedimientos de la política de contratación de consultores de la operación.
- c. Contrataciones Directas.** Se prevé financiar con recursos de la operación la contratación directa: (i) del personal de los Centros Materno Infantiles (CEMI), para continuar prestando los servicios que ya desempeñan; (ii) de la firma que se encargara de las auditorías concurrentes para valorar el cumplimiento de los Indicadores de Monitoreo y Resultados definidas para el modelo FBR, pues los nuevos servicios constituyen una continuación natural de servicios realizados por la firma; y (iii) la contratación directa sin competencia de servicios de mejoramiento de un *software* de

gestión clínica-administrativa para hospitales de segundo y tercer nivel ya comprado por el MISPAS, justificada en la experiencia de valor excepcional con que cuenta la firma seleccionada en el desarrollo de este *software* de gestión hospitalaria, ya que es la misma empresa que participo en el desarrollo inicial del *software*.

- d. **Gastos Recurrentes.** Estos son aquellos gastos operativos y de mantenimiento requeridos para poner en funcionamiento el proyecto durante su ejecución, los que serían financiados por el mismo dentro del plan de adquisiciones y realizados siguiendo los procedimientos acordados con el Banco. Adicionalmente, los gastos recurrentes incluyen los costos de los consultores contratados para asistir a la UCP durante el período de ejecución de la operación. Los costos de operación no incluyen salarios de funcionarios en ejercicio público, ni otros gastos operativos ordinarios del GCPS que deberán ser priorizados para el desarrollo del programa dentro del presupuesto institucional de la entidad.
- e. **Adquisiciones Anticipadas/Financiamiento Retroactivo.** El Banco podrá financiar retroactivamente con cargo a los recursos del préstamo, los gastos con prestaciones de salud bajo el régimen subsidiado (hasta por el 20% del monto del préstamo) efectuado por el MISPAS antes de la fecha de aprobación del préstamo, siempre que se hayan cumplido requisitos sustancialmente análogos a los establecidos en el contrato de préstamo. Dichos gastos deberán haberse efectuado a partir del 15 de mayo de 2013, pero, en ningún caso, se incluirán gastos efectuados más de 18 meses antes de la fecha de aprobación del préstamo.

2. Tabla de Montos Limite (miles US\$)

Obras	Bienes	Consultoría	
Licitación Pública Internacional	Licitación Pública Internacional	Publicidad Internacional Consultoría	Lista Corta 100% Nacional
Mayor que US\$3.000	Mayor que US\$250	Igual o Mayor que US\$200	Menor que US\$200

3. Adquisiciones Principales. Las adquisiciones principales previstas en esta operación se detallan a continuación.

Actividad	Tipo de Licitación	Fecha Estimada	Monto Estimado (miles US\$)
Bienes			
Hardware para implementar SIGHO en 6 hospitales.	LPI	I Trimestre 2015	1.500
Cableado de Red Lan en 6 hospitales	LPI	III Trimestre 2015	600
Adecuaciones Físicas en 6 hospitales en algunas áreas	LPI	III Trimestre 2015	1.200
Auditorías Concurrentes para valorar el cumplimiento de IMR	SD	III Trimestre 2013	2.500
Adecuación y desarrollo de nuevos módulos del SIGHO	LPI	II Trimestre 2015	800
Desarrollo e implementación del Sistema de Gestión Clínica	LPI	I Trimestre 2015	3.000
Adecuación, mobiliario y equipo en 6 hospitales	LPI	IV Trimestre 2015	600

*Para acceder al plan de adquisiciones de los 18 primeros meses, haga [click aquí](#).

4. Supervisión de Adquisiciones. De acuerdo al nivel de riesgo fiduciario identificado para el proyecto, el método de supervisión será ex post, las revisiones ex post serán realizadas cada seis meses de acuerdo con el Plan de Supervisión del Proyecto. Los

reportes de revisión ex post incluirán al menos una visita de inspección física de los procesos de adquisiciones sujetos a la revisión ex post.

Límite para Revisión Ex-Post (en miles US\$)		
Obras	Bienes	Servicios de Consultoría
Menor que US\$3,000 Revisión ex post	Menor que US\$250 Revisión ex post	Menor que US\$200 Revisión ex post
Toda la selección directa de servicios de consultoría a realizar por firmas o individuos, la adquisición de servicios diferentes de consultoría, la adquisición de bienes y la contratación de obras serán supervisadas de forma ex ante por parte del Banco, sin importar el monto del contrato.		

5. Disposiciones Especiales

- a. **Medidas para reducir las posibilidades de corrupción:** Atender las disposiciones de la GN-2349-9 y GN-2350-9 en cuanto a prácticas prohibidas (listas de empresas y personas físicas inelegibles de organismos multilaterales).
 - b. **Otros procedimientos especiales:** El Banco podrá cambiar a su discreción el esquema de supervisión de adquisiciones, basado en la experiencia de la ejecución y las actualizaciones de capacidad institucional realizada, o las visitas fiduciarias llevadas a cabo.
- 6. Registros y Archivos.** La UCP será la encargada de mantener los archivos y documentación de soporte de los procesos de adquisiciones y todos los comprobantes de los pagos que se realicen con recursos del proyecto, así como de efectuarlos utilizando los procedimientos establecidos.

VI. Gestión Financiera

- 6.1 **Programación y presupuesto.** El presupuesto anual es elaborado por el Ministerio de Hacienda (MH), a través de la Dirección General de Presupuesto, en coordinación con el Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo, así como con las demás entidades del gobierno. Aun cuando esta operación no requiere fondos de contrapartida, la UCP tendrá la responsabilidad de velar para que la asignación presupuestaria para los recursos de financiamiento estén disponibles para cumplir con las actividades incluidas en las herramientas de planificación del Banco (POA, PEP, y PA) así como solicitar al Banco, las modificaciones presupuestarias (transferencias) cuando los montos asignados en los componente no fueran suficientes para llevar a cabo las actividades previstas.
- 6.2 **Contabilidad y sistemas de información.** La base de contabilidad utilizada por programa es la de efectivo o caja. La UCP deberá utilizar para el registro contable y generación de informes financieros el módulo UEPEX/SIGEF, el cual es el Sistema Nacional oficial y de uso generalizado para las unidades ejecutoras que reciben recursos financieros de Organismos Internacionales. Este módulo permite mantener en línea la disponibilidad de los recursos del programa, el control presupuestario, el control contratos, así como la generación automática de las solicitudes de desembolsos y sus formularios anexos a ser presentados al Banco. A partir del 2013 la rectoría del módulo UEPEX/SIGEF paso a formar parte de la Dirección General de Contabilidad de Gubernamental (DIGECOG) quien actualmente se encuentra en un proceso para la adopción de las Normas Internacionales de Contabilidad para

el Sector Público (NICSP) que permitirá en un mediano plazo la utilización de la base contable de lo devengado para el sector público no financiero.

- 6.1 **Desembolsos y anticipos de fondos.** Se anticiparán fondos correspondientes al Componente I. El reconocimiento como gasto elegible de dichos fondos, estará sujeto a las siguientes reglas:
- (i) Para los desembolsos correspondientes a los dos primeros cuatrimestres del 2014, el Banco reconocerá el equivalente al 100% de las cápitas desembolsadas por el Organismo Ejecutor correspondientes a la población adscrita a Unidad de Atención Primaria (UNAP), cuya adscripción haya sido verificada por la auditoría concurrente³.
 - (ii) Para los siguientes cuatrimestres, salvo que el Banco acuerde algo distinto con el Organismo Ejecutor, el Banco reconocerá (i) el equivalente al 50% del valor de las cápitas desembolsadas por el Organismo Ejecutor correspondientes a la población adscrita a una UNAP, cuya adscripción haya sido verificada por la auditoría concurrente, más (ii) el equivalente al 50% del valor de las cápitas desembolsadas por el Organismo Ejecutor, en proporción al cumplimiento de las metas cuatrimestrales a ser acordadas entre el Banco y el Organismo Ejecutor, cuyo cumplimiento haya sido verificado por la Auditoría.
- 6.3 Los recursos a ser administrados por el Organismo Ejecutor por concepto de anticipos de fondos pueden: (i) depositarse en una cuenta bancaria especial a nombre del proyecto, abierta por el prestatario en el Banco Central (en USD) y en el Banco de Reservas (en DOP) a través de la Tesorería Nacional; y (ii) ser registrados en la cuenta general del prestatario (en caso de que antes a la elegibilidad para desembolsos del programa entrara en plena aplicación la "Cuenta Única" del Tesoro, actualmente en fase piloto de implantación), y luego en una subcuenta contable separada, a nombre del proyecto, en la cual se registrarán todos los movimientos de ingreso de fondos y de pagos correspondientes a la operación financiada por el Banco (siempre que este mecanismo sea satisfactorio para el BID). La UCP transferirá al SENASA los recursos correspondientes al costo de la prestación de la población afiliada al régimen subsidiado a través del modelo FBR. La UCP y SENASA tendrá que asegurar que cuentan con las apropiaciones presupuestarias requeridas y estar enmarcadas dentro de la Ley de Presupuesto Nacional; de ese mismo modo, la UCP será responsable por la justificación de los gastos del proyecto y su elegibilidad así como la canalización de las solicitudes de no objeción ante el Banco. Los recursos del proyecto deben ser usados por el Prestatario y por el Organismo Ejecutor exclusivamente para gastos elegibles, debiendo contarse con un adecuado sistema de gestión financiera y controles para su ejecución, siguiendo los procesos establecidos en el Contrato de Préstamo y reflejados en el Manual de Operaciones y conforme el plan financiero acordado periódicamente con el Banco.
- 6.4 **Control Interno y auditoría interna.** La Contraloría General de la República (CGR) es el Organismo del Poder Ejecutivo responsable del diseño, vigencia, actualización y

³ Una auditoría operativa concurrente será contratada por el Organismo Ejecutor con cargo a los recursos del Préstamo. Esta auditoría efectuará las constataciones necesarias para validar el cumplimiento, de conformidad con lo establecido en el Manual Operativo del Proyecto, de (i) el nivel de población adscrita a UNAP, y (ii) las metas cuatrimestrales a ser acordadas entre el Organismo Ejecutor y el Banco.

supervisión del Sistema Nacional de Control interno del Sector Público, que incluye el funcionamiento de las Unidades de Auditoría interna. A pesar de los esfuerzos realizados en los últimos años, que trajo como resultado la emisión de las Normas Básicas de Control Interno (NOBACI) las cuales consisten en el conjunto de guías y pautas que definen el ambiente de control, la gestión de riesgos, las actividades de control, comunicación, monitoreo y rendición de cuentas de las entidades públicas. Sin embargo, la aplicación de dichas normas, que son de carácter obligatorio, no se ha realizado como se esperaba y la CGR no realiza una función de auditoría interna a los procesos de control, y continua enfocándose en la revisión de los libramientos de pagos. Esta situación puede afectar los tiempos para el pago de bienes y servicios del proyecto y consecuentemente la ejecución, por lo que se requiere que la UCP mantenga una estrecha comunicación con la UAI y a su vez inicie un proceso para cumplir con las NOBACI.

- 6.5 **Control Externo e Informes.** La Cámara de Cuentas (CC) es el órgano superior externo de control fiscal de los recursos públicos, de los procesos administrativos y del patrimonio del Estado. Sin embargo, la CC presenta limitaciones institucionales que no la hacen elegible para que realice la auditoría externa del programa, por lo tanto esta función será realizada por una firma de auditores independientes elegible para el Banco. Los informes de auditoría externa y los términos de referencia deberán cumplir con los requisitos y lineamientos establecidos en la guía de informes financieros y auditoría externa de las operaciones financiadas por el Banco.
- 6.6 **Plan de supervisión financiera.** Tomando en cuenta que la UCP no tiene experiencia previa con el Banco, la supervisión financiera, la capacitación, acompañamiento y seguimiento será fundamental en el éxito de la ejecución financiera del programa, por lo que durante el primer año se quiere un programa de visitas intensivo que contemple realización de las actividades anteriormente descritas y la implementación de las acciones de fortalecimiento incluidas en la evaluación de capacidad institucional, también se procurará incorporar al auditor externo y a los auditores de procesos en el proceso de revisión de los controles internos y se realizará una reunión entre el Organismo Ejecutor y el Banco, para revisar los resultados del informe preliminar de auditoría, antes de finalizar el período fiscal de cada año. El riesgo de la operación deberá ser monitoreado permanentemente por el equipo de proyecto a cargo, especialmente durante el primer año de ejecución de la operación.
- 6.7 **Mecanismo de Ejecución.** El Organismo Ejecutor de la operación será el MISPAS, ente rector del sistema de salud. El proyecto será ejecutado por la Dirección de Desarrollo Estratégico Institucional (DDEI), con el apoyo de una UCP. La DDEI es la dirección encargada en el MISPAS de ejecutar proyectos con financiamiento de multilaterales. La UCP será la encargada de realizar adquisiciones, contrataciones y pagos a solicitud de la DDEI y del SENASA. Por su parte, el SENASA contará con un equipo técnico coordinador responsable de la preparación de las especificaciones técnicas de sus actividades de inversión, seleccionará los consultores y hará seguimiento a los contratos. El equipo técnico del SENASA coordinará con la UCP para proporcionar todos los documentos y requerimientos necesarios para que la UCP solicite al Banco los desembolsos. La UCP es el coordinador general del programa y es la responsable por la ejecución y el logro de los objetivos de la operación.
- 6.8 **Otros Acuerdos y Requisitos de Gestión Financiera.** Ninguno.
-

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

PROYECTO DE RESOLUCIÓN DE-___/13

República Dominicana. Préstamo ___/OC-DR a la República Dominicana
Fortalecimiento de la Gestión por Resultados del Sector Salud
en República Dominicana

El Directorio Ejecutivo

RESUELVE:

Autorizar al Presidente del Banco, o al representante que él designe, para que, en nombre y representación del Banco, proceda a celebrar el contrato o contratos que sean necesarios con la República Dominicana, como Prestatario, para otorgarle un financiamiento para cooperar en la ejecución de un programa para fortalecer la gestión por resultados del sector salud en República Dominicana. Dicho financiamiento será hasta por la suma de US\$146.000.000, que formen parte de los recursos del Capital Ordinario del Banco, y se sujetará a los Plazos y Condiciones Financieras y a las Condiciones Contractuales Especiales del Resumen del Proyecto de la Propuesta de Préstamo.

(Aprobada el ___ de _____ de 2013)