

## REPUBLICA DOMINICANA

### PERFIL DE PROYECTO (PP)

#### I. DATOS BÁSICOS

<b>Título del proyecto:</b>	Apoyo al Programa de Protección Social, Tercera Fase			
<b>Número del Proyecto:</b>	DR-L1047			
<b>Equipo de Proyecto:</b>	Luis Acosta (PDP/CDR), Carolina Escudero (PDP/CDR), Ariadna García Prado (SCL/SPH), Serrana Mujica (SCL/SPH), Sandro Parodi (SCL/SPH), Vielka Pimental (CID/CDR), Juan Carlos Perez-Segnini (LEG/SGO), Claudia Pévere (SCL/SPH), Rafael Rodriguez-Balza (CID/CID), Juan Pablo Severi (SCL/SPH), Jorge Torres (SPH/CDR) e Ignez Tristao (SCL/SPH), Jefe de equipo.			
<b>Prestatario:</b>	Gobierno de la Republica Dominicana			
<b>Organismo ejecutor:</b>	Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales (GCPP) y Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP)			
<b>Plan de financiamiento:</b>	Fuente (US\$ millones)	Fase I	Fase II	Fase III
	IDB: (CO)	70	100	80
	Local			
	Total	70	100	80
<b>Salvaguardias:</b>	Políticas identificadas:			
	Categoría:	C		

#### II. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

##### A. Objetivos de la serie de Fases Múltiples y avances a la fecha

- 2.1 Esta operación es la tercera fase de un Programa de Fases Múltiples de “Apoyo al Programa de Protección Social” de la República Dominicana, cuyo objetivo general es proteger y mejorar la inversión que las familias pobres de la República Dominicana realizan en educación, salud y nutrición. Específicamente, este programa de fases múltiples tiene dos propósitos principales. Primero, se propone fortalecer el diseño y el ciclo operativo de Solidaridad, el programa de transferencias monetarias condicionadas (PTMC) dominicano, a fin de que éste logre incrementar su eficiencia en la generación de incentivos a la inversión en capital humano de sus beneficiarios. Segundo, se propone implementar incentivos y desarrollar herramientas operativas que promuevan la coordinación entre los ministerios y agencias gubernamentales involucradas en la promoción del capital humano, a fin de incrementar la efectividad de su gasto, particularmente aquel destinado a las familias de menores ingresos.
- 2.2 En agosto de 2009, y en octubre de 2010, el Directorio Ejecutivo del Banco aprobó, respectivamente, el primer (DR-L1039) y segundo (DR-L1044) préstamos del Programa de

Fases Múltiples<sup>1</sup>. Los objetivos de la primera fase estuvieron ligados a aquellos del proceso de reforma de Solidaridad. El BID brindó apoyo en la transición del programa hacia un enfoque centrado en la promoción de capital humano; acompañó las mejoras en el esquema de corresponsabilidades; facilitó el dialogo con los sectores y fortaleció la capacidad del programa de verificar las corresponsabilidades asumidas por los hogares. Asimismo, apoyó el fortalecimiento de la capacidad gestora, con sistemas informativos encaminados a sistematizar, procesar y compartir ágilmente información de focalización y pagos a beneficiarios entre las entidades involucradas en el proceso operativo<sup>2</sup>. La segunda fase del programa dió un giro estratégico respecto a la anterior, al incorporarse componentes de apoyo directo a la oferta de servicios de salud conducentes a la mejora de la calidad. El BID apoyó la creación de un sistema de gestión de los servicios de salud del primer nivel y de un ente gestor a esos servicios, la capacitación de los recursos humanos en salud, y la habilitación de CAPs donde asisten mayormente los beneficiarios de Solidaridad. Ambas fases incluyeron una extensa agenda de evaluaciones y monitoreo, actualmente en curso: (i) el levantamiento de dos encuestas de hogares<sup>3</sup>; (ii) una evaluación de los establecimientos afiliados a la red de abastos sociales; (iii) una evaluación de innovaciones al esquema de transferencias educativas del programa; y (iv) una evaluación del nuevo modelo de capacitación de los recursos humanos en salud, entre otras.

- 2.3 En cuanto al alcance de los hitos activadores de la tercera fase, se espera que, con anterioridad a la presentación del Borrador de Propuesta de Préstamo al Comité de Políticas Operativas (octubre de 2011), se haya logrado cumplir la totalidad de los hitos. Para una descripción detallada, consultar el enlace electrónico <http://idbdocs.iadb.org/WSDocs/getdocument.aspx?DOCNUM=36229254>.
- 2.4 La efectividad de Solidaridad depende tanto de su capacidad de traducir la entrega de transferencias condicionadas en una mayor demanda por servicios sociales, como la de esos servicios sociales en proveer una atención eficiente y de calidad que traduzca mayor utilización de servicios en mejores resultados. Aunque los datos de la primera encuesta de hogares no estén disponibles, un análisis preliminar de datos administrativos apuntan a un aumento significativo en la utilización de servicios por parte de los beneficiarios de Solidaridad<sup>4</sup>. Sin embargo, la baja calidad de los servicios es una barrera al programa a lograr mejores resultados. Por ejemplo, solo el 10,4% de los beneficiarios de Solidaridad asiste a centros de salud habilitados y tan sólo 8% de los médicos cumplen plenamente con los estándares mínimos establecidos por las guías y protocolos de atención a embarazadas (Pérez y Gómez, 2009). En el segundo programa, el BID inició inversiones fundamentales para mejorar la calidad de los servicios de salud. Sin embargo, aunque

<sup>1</sup> Ambas fases han tenido grandes avances en ejecución financiera y en productos. A la fecha el primer programa (DR-L1039) ha desembolsado 96% de los recursos, y el segundo programa (DR-L1044), 46%, con expectativas de alcanzar 70% en 2011.

<sup>2</sup> El Sistema Único de Identificación de Beneficiarios (SIUBEN) y la Administradora de Subsidios Sociales (ADESS). El SIUBEN es la entidad encargada de estimar el índice de calidad de vida (ICV) de las familias pobres del país. Su padrón sirve de instrumento de focalización a las políticas sociales, y los hogares calificados como pobres y pobres extremos son elegibles para Solidaridad. La ADESS se encarga de unificar los pagos de los subsidios a través de una tarjeta monedera.

<sup>3</sup> Encuesta de Evaluación de la Protección Social EEPS 2010 (disponible julio 2011) y EEPS 2011 (en levantamiento).

<sup>4</sup> Datos preliminares del SGSS muestran que los beneficiarios de Solidaridad están utilizando los servicios de salud en una mayor proporción a su representación en la población (34% vs 22%). Datos anteriores (ENDESA 2007) mostraban cifras menores de uso entre los más pobres respecto a la población general. Por ejemplo, las tasas de cuidado prenatal adecuado y parto institucional en el primer nivel del SIUBEN (68% and 92%) eran más bajas que las de la población en general (82% and 98%). Ver <http://idbdocs.iadb.org/WSDocs/getdocument.aspx?DOCNUM=36229215> y <http://idbdocs.iadb.org/WSDocs/getdocument.aspx?DOCNUM=36229230>

sustanciales, esas inversiones son insuficientes para maximizar la potencialidad de los resultados del programa. Por ejemplo, solo se lograría alcanzar la habilitación de 50% de CAPs, y el entrenamiento del 50% de los recursos humanos. Tampoco estaba contemplada la capacitación de los gestores en el uso del SGSS y la expansión de ese sistema al segundo nivel de atención<sup>5</sup>. Asimismo, como resultado de las auditorías recurrentes de verificación de corresponsabilidades, se han identificado importantes debilidades en Solidaridad en cuanto a la gestión de su padrón y en la comunicación con los beneficiarios, que necesitan ser reforzados<sup>6</sup>.

- 2.5 Esta tercera fase contribuye al objetivo de la Estrategia Nacional de Desarrollo del país de reducir y aliviar la extrema pobreza mediante una red de protección más eficiente y con la cual se alinea la Estrategia del País con el Banco (GN-2581)<sup>7</sup>. También contribuye a las metas planteadas en el Noveno Aumento de Capital del Banco (IDB-9, CA-511) por apoyar el desarrollo de países pequeños y vulnerables, y por aportar a cinco o seis metas regionales de desarrollo, y dos de seis productos que contribuirán a lograr esas metas<sup>8</sup>. Además es consistente con la Estrategia de Políticas Sociales para Equidad y Productividad (GN-2588-4) por fortalecer la oferta de servicios a los cuales promueve Solidaridad, mejorando la coordinación intersectorial y los mecanismos de prestación de cuentas entre los sectores. Al mismo tiempo, las inversiones en salud giran en torno a fortalecer el primer nivel de atención ofreciendo una atención integral de calidad, con especial énfasis en la salud materno-infantil contribuyendo así al logro de las metas de desarrollo del milenio.

## **B. Características de la Tercera Fase**

- 2.6 **La tercera fase tiene tres objetivos específicos**<sup>9</sup>. El primer objetivo es continuar apoyando el proceso de consolidación institucional de Solidaridad para desempeñar más eficientemente su labor de protección social, y que genere incentivos en sus beneficiarios de acumular un acervo de capital humano para escapar de la pobreza. El segundo es seguir apoyando al sector salud para mejorar la calidad de los servicios. El tercer objetivo es apoyar el desarrollo e implementación de un sistema integrado de monitoreo y evaluación, a través del cual se busca proveer un flujo continuo de información que retroalimente los ajustes al diseño del programa. La operación comprenderá cuatro componentes.
- 2.7 **Componente 1. Transferencias condicionadas.** Tiene como objetivos proteger el gasto de los hogares beneficiarios de Solidaridad e incentivar su demanda por los servicios públicos en las áreas de salud, nutrición y educación. Cofinanciará las transferencias para familias que hayan cumplido con el esquema de corresponsabilidades que les corresponda. El BID apoyaría el financiamiento de los cambios en la corresponsabilidad en educación a la luz de los resultados de la evaluación piloto actualmente en curso<sup>10</sup>.

<sup>5</sup> Aporta la referencia y contra-referencia de pacientes entre niveles de atención, clave para lograr la disminución de la mortalidad materna e infantil, ambas aún muy altas (32 por cada mil nacidos vivos y 159 por 100 mil nacidos vivos, respectivamente).

<sup>6</sup> Solamente en 38% de los hogares la dirección donde son encontrados corresponde a la que tiene Solidaridad.

<sup>7</sup> La operación contribuirá directamente a los dos resultados esperados de la estrategia país, a saber: (i) mejorar los niveles de nutrición, salud y educación en los hogares pobres; y (ii) reducir los costos administrativos de la red de protección social.

<sup>8</sup> Las metas regionales de desarrollo a las cuales contribuye esa operación son: tasa de pobreza extrema, coeficiente de Gini de ingresos per cápita por hogar, porcentaje de jóvenes de 15-19 años que completan el noveno grado, mortalidad materna y mortalidad infantil. Los dos productos son número de individuos participando en programas focalizados de combate a pobreza y número de individuos recibiendo un paquete básico de servicios de salud.

<sup>9</sup> El diseño y la implementación de esta operación se realizarán en cercana coordinación técnica con el Banco Mundial.

<sup>10</sup> Los primeros resultados de este piloto estarán listos a principios de septiembre proveyendo información de impacto sobre la asistencia. Posteriormente, proveerá estimados de impacto en los niveles de matrícula.

- 2.8 **Componente 2. Fortalecimiento institucional de Solidaridad.** Tiene como objetivos fortalecer Solidaridad en su capacidad de gestionar su padrón de beneficiarios, y de comunicarse más eficazmente con los beneficiarios del programa. La supervisión de los enlaces comunitarios del programa es clave para el logro de ambos objetivos. El componente financiaría: (i) la revisión del modelo de gestión del padrón de beneficiarios; (ii) el diseño e implementación de una estrategia de comunicación dirigida a mejorar el conocimiento de la corresponsabilidad en los hogares; y (iii) la revisión y diseño de un modelo de supervisión efectiva de los enlaces comunitarios.
- 2.9 **Componente 3. Fortalecimiento de la oferta y mejora de la calidad de los servicios de salud.** Tiene como objetivo incrementar la calidad de los servicios de salud que acceden los beneficiarios de Solidaridad fortaleciendo los dos pilares principales del Ministerio de Salud: la provisión de los servicios y la rectoría. Esta última es clave en el contexto actual de descentralización de funciones. Por el lado de la provisión de servicios, de manera preliminar, se ha discutido con el gobierno que el componente podría financiar: (i) la ampliación del SGSS para inclusión de módulos adicionales como referencia y contra-referencia de pacientes entre el primer y segundo nivel de atención; (ii) la capacitación del nivel gerencial y de coordinadores en el uso del sistema SGSS para gerencia y planificación de servicios; (iii) la cobertura adicional de los déficits en equipamientos de las CAPs donde asisten mayormente los beneficiarios de Solidaridad; (iv) la mejora en la conectividad de CAPs más alejadas para que la información del SGSS fluya continuamente facilitando la verificación de corresponsabilidades de Solidaridad; y (v) un análisis de la brecha de cobertura y fortalecimiento de la red de laboratorios.
- 2.10 Adicionalmente, aprovechando el espacio que se abre con el sistema de capacitación de los recursos humanos en salud financiado en la segunda fase, se desarrollará e incorporará un subcomponente con intervenciones específicas dirigidas a prevenir el embarazo adolescente, una de las principales causas de abandono del sistema escolar por parte de las adolescentes de familias beneficiarias de Solidaridad (Bautista et al. 2011).
- 2.11 Por el lado de la rectoría, el BID acompañará al MSP en el proceso de separación de funciones y reforzamiento del rol de rectoría, ambas esenciales para la efectividad y sostenibilidad de las inversiones de mejoría de la calidad de los servicios de salud a que acceden los beneficiarios de Solidaridad. De manera preliminar, se ha discutido con el gobierno que el componente podría financiar: (i) el desarrollo de un plan de reconversión y fortalecimiento institucional del MSP en su rol rector del sistema de salud; (ii) la revisión y operacionalización del modelo de atención; (iii) la reorganización del plan estratégico de los recursos humanos del MSP dentro del marco de la rectoría; y (iv) la definición y costeo del paquete básico de salud colectiva.
- 2.12 **Componente 4. Creación de un sistema integrado de monitoreo y evaluación.** Tiene como objetivo crear un sistema integrado de monitoreo y evaluación para Solidaridad. Las dos primeras fases del programa incluyeron una extensa agenda de evaluaciones y actividades de monitoreo, algunas de las cuales el GCPS tiene interés de dar continuidad. Para sistematizar las informaciones que se están generando y garantizar que hagan parte del proceso de toma de decisiones, es necesario consolidar esas actividades bajo un sistema integrado. Actualmente se está desarrollando una estrategia, y este componente, de manera preliminar, podría financiar la implementación de la dicha estrategia.

### **III. ASPECTOS DE DISEÑO Y CONOCIMIENTO DEL SECTOR**

- 3.1 El Anexo IV resume los estudios económicos y sectoriales que serán utilizados o elaborados para la preparación de esta operación. A continuación se discuten los siguientes temas clave de diseño y conocimiento.
- 3.2 La reforma del sector salud de la República Dominicana se aprobó a inicios del 2001<sup>11</sup>. Uno de sus mandatos fue la separación de funciones entre la rectoría y la provisión de servicios de salud. Sin embargo, a la fecha, el avance en este proceso ha sido insuficiente. Siguen pendientes cambios estructurales en el MSP para hacer efectiva la reforma, así como la adecuación de la organización y su personal para trabajar ante esta nueva realidad. Un aspecto primordial tiene que ver con el diseño y establecimiento de una capacidad rectora efectiva. Esta tercera fase apoyaría al MSP en dicha separación de funciones, buscando el reforzamiento del nuevo rol conductor y regulador de los servicios de salud. Se considera ese apoyo esencial para la efectividad y sostenibilidad de las inversiones de mejoría de la calidad de la provisión de los servicios de salud que viene apoyando el BID. En particular, un insumo operacional (OI) apoyará la preparación de la operación a través del financiamiento de una serie de estudios, insumos clave al diseño.

### **IV. SALVAGUARDIAS**

- 4.1 De acuerdo con la política de Salvaguardias del Medioambiente (OP-703), se propone otorgar al proyecto la clasificación C, ya que no contempla inversiones físicas.

### **V. OTROS TEMAS**

- 5.1 Respecto al monto de financiamiento que será orientado hacia el componente de transferencias, se espera que disminuya en porcentaje con respecto a las dos primeras fases. Eso implica que no rebasaría el techo de US\$55 millones. Con ello se estaría reduciendo en términos nominales el financiamiento a dicho rubro con respecto a la primera y segunda fases (en las cuales US\$65 de los US\$70 millones, US\$69 de los US\$100 millones fueron dirigidos a financiar transferencias condicionadas, respectivamente). Por otro lado, se estima que se podría realizar un reembolso retroactivo de gastos por un máximo de US\$5 millones (6,25% del financiamiento), por el período entre la aprobación de este Perfil de Proyecto y la aprobación de la operación por parte del Directorio Ejecutivo del Banco<sup>12</sup>. El reconocimiento de gastos incurridos por el ejecutor seguirá los procedimientos de compra y contratación análogos a los que señala la política del BID.

### **VI. RECURSOS Y CRONOGRAMA**

- 6.1 El Anexo V detalla el cronograma de preparación, y establece los hitos necesarios para el alcance de las fechas de aprobación del Borrador de Propuesta de Préstamo por OPC el 21 de octubre y la aprobación de la operación por el Directorio Ejecutivo el 23 de noviembre de 2011. El costo estimado de preparación de la operación es de US\$69.000.

<sup>11</sup> La Ley General de Salud No.42-01, de fecha 8 de marzo del 2001, organizó el Sistema Nacional de Salud (SNS), mientras que la ley No. 87-01 organizó el Sistema Nacional de Salud (SNS).

<sup>12</sup> El reembolso retroactivo de gastos garantizaría la continuidad de financiamiento a actividades cuya expansión está incluida en esta operación, y cuyo arranque se prevé antes de la aprobación de la dicha operación por el Directorio del Banco. En particular, se podría financiar: (i) la ampliación del SGSS para inclusión de módulos adicionales, (ii) la capacitación del nivel gerencial y de coordinadores en el uso del sistema SGSS, (iii) la mejora en la conectividad de CAPs más alejadas para un flujo continuo de información del SGSS, y (iv) un censo de establecimientos de según nivel y de laboratorios.

## SAFEGUARD POLICY FILTER REPORT

<b>PROJECT DETAILS</b>	<b>IDB Sector</b>	SOCIAL INVESTMENT
	<b>Type of Operation</b>	Other Lending or Financing Instrument
	<b>Additional Operation Details</b>	
	<b>Investment Checklist</b>	Generic Checklist
	<b>Team Leader</b>	Tristao, Ignez M. (IGNEZT@iadb.org)
	<b>Project Title</b>	Social Protection Program III
	<b>Project Number</b>	DR-L1047
	<b>Safeguard Screening Assessor(s)</b>	Pevere, Claudia Elena (CLAUDIAP@iadb.org)
	<b>Assessment Date</b>	2011-06-09
	<b>Additional Comments</b>	

<b>SAFEGUARD POLICY FILTER RESULTS</b>	<b>Type of Operation</b>	Loan Operation	
	<b>Safeguard Policy Items Identified (Yes)</b>	The operation is in compliance with environmental, specific women's rights, gender, and indigenous laws and regulations of the country where the operation is being implemented (including national obligations established under ratified Multilateral Environmental Agreements).	(B.02)
		The operation (including associated facilities) is screened and classified according to their potential environmental impacts.	(B.03)
		The Bank will monitor the executing agency/borrower's compliance with all safeguard requirements stipulated in the loan agreement and project operating or credit regulations.	(B.07)
		Suitable safeguard provisions for procurement of goods and services in Bank financed projects may be incorporated into project-specific loan agreements, operating regulations and bidding documents, as appropriate, to ensure environmentally responsible procurement.	(B.17)
	<b>Potential Safeguard Policy</b>	No potential issues identified	

	<b>Items(?)</b>		
	<b>Recommended Action:</b>	Operation has triggered 1 or more Policy Directives; please refer to appropriate Directive(s). Complete Project Classification Tool. Submit Safeguard Policy Filter Report, PP (or equivalent) and Safeguard Screening Form to ESR.	
	<b>Additional Comments:</b>		

<b>ASSESSOR DETAILS</b>	<b>Name of person who completed screening:</b>	Pevere, Claudia Elena (CLAUDIAP@iadb.org)
	<b>Title:</b>	
	<b>Date:</b>	2011-06-09

## SAFEGUARD SCREENING FORM

<b>PROJECT DETAILS</b>	IDB Sector	SOCIAL INVESTMENT		
	Type of Operation	Other Lending or Financing Instrument		
	Additional Operation Details			
	Country	DOMINICAN REPUBLIC		
	Project Status			
	Investment Checklist	Generic Checklist		
	Team Leader	Tristao, Iñez M. (IGNEZT@iadb.org)		
	Project Title	Social Protection Program III		
	Project Number	DR-L1047		
	Safeguard Screening Assessor(s)	Peveré, Claudia Elena (CLAUDIAP@iadb.org)		
	Assessment Date	2011-06-09		
	Additional Comments			
<b>PROJECT CLASSIFICATION SUMMARY</b>	Project Category:	C	Override Rating:	Override Justification:
	Conditions/ Recommendations			Comments:
				<ul style="list-style-type: none"> <li>No environmental assessment studies or consultations are required for Category "C" operations.</li> <li>Some Category "C" operations may require specific safeguard or monitoring requirements (Policy Directive B.3). Where relevant, these operations will establish safeguard, or monitoring requirements to address environmental and other risks (social, disaster, cultural, health and safety etc.).</li> <li>The Project Team must send the PP (or equivalent) containing the Environmental and Social Strategy (the requirements for an ESS are described in the Environment Policy Guideline: Directive B.3) as well as the Safeguard Policy Filter and Safeguard Screening Form Reports.</li> </ul>
<b>SUMMARY OF IMPACTS/RISKS AND POTENTIAL SOLUTIONS</b>	Identified Impacts/Risks		Potential Solutions	
<b>ASSESSOR DETAILS</b>	Name of person who completed screening:	Peveré, Claudia Elena (CLAUDIAP@iadb.org)		
	Title:			
	Date:	2011-06-09		



## **Estrategia de Salvaguardias Ambiental y Social**

### **A. Medio Ambiente**

De acuerdo con la Política de Salvaguardias y Medio Ambiente (OP-703), esta operación se clasifica como categoría “C”, ya que no se prevén impactos ambientales o sociales negativos, por lo que no se requiere una estrategia de salvaguardias.

### **B. Impactos Sociales**

En el contexto de un incipiente, pero aún débil proceso de recuperación de la economía dominicana como consecuencia de la crisis financiera global, esta operación representa la tercera operación de un Programa Multi-fase, que tiene como objetivo general proteger y fomentar la acumulación del capital humano de las familias pobres de la República Dominicana. El diseño y la implementación de esta operación se realizarán en cercana coordinación técnica con el Banco Mundial. En este sentido, se prevé que tendrá impactos positivos, especialmente en la población más vulnerable, apoyando su capacidad de acumulación de capital humano. Un punto a destacar es que desde 2005 el programa Solidaridad, principal eje de apoyo del Programa, ha realizado esfuerzos por incorporar a la red de protección social a individuos sin documentos de identidad, a través de la estrategia “Dominicanas y Dominicanos con Nombre y Apellido”, llegando a detectar a alrededor de 87 mil individuos sin documentos de identidad. A la fecha se ha otorgado documentación a más de 85% de los casos detectados y los ha incorporado, ya sea a Solidaridad o a otro programa de protección social.

ÍNDICE de estudios sectoriales finalizados y propuestos			
Temas	Descripción	Fechas esperadas	Referencias y enlaces a los archivos técnicos
Opciones técnicas y de diseño	1. Estudio con los resultados de la evaluación del piloto de transferencias educativas. 2. Estudio con los resultados intermediarios de la evaluación experimental de la Red de Abastos Social (RAS) 3. Nota técnica de revisión de la estrategia de comunicación de Solidaridad 4. Reporte de revisión del modelo de supervisión de los enlaces de Solidaridad 5. Reporte de revisión del modelo de gestión de padrón de beneficiarios 6. Estudio de análisis y opciones de prevención del embarazo adolescente en República Dominicana 7. Análisis de la brecha de cobertura y fortalecimiento de la red de laboratorios 8. Plan de reconversión y fortalecimiento institucional el MSP en su rol rector 9. Evaluación del alineamiento al perfil epidemiológico y costeo del Plan Básico de Servicios de Salud 10. Análisis de incentivos y diseño de convenios de gestión entre las diferentes entidades del sector salud 11. Definición y estimación de indicadores de gestión y de resultados para contratos de gestión del sector salud, para el Sistema Integrado de Monitoreo y Evaluación del programa Solidaridad y para estimación las dos primeras	Septiembre 2011  Septiembre 2011  Agosto 2011  Agosto 2011  Septiembre 2011  Julio 2011  Septiembre 2011  Septiembre 2011  Noviembre 2011  Noviembre 2011  Septiembre 2011	

	fases del programa de apoyo a la protección social 12. Estudio de diagnóstico y de dimensionamiento para una encuesta tipo “Step” para enfermedades crónicas 13. Estudio sobre hospitalizaciones evitables debido a enfermedades crónicas prevenibles 14. Evaluación cualitativa de Solidaridad. 15. Análisis de diagnóstico de la población beneficiaria de Solidaridad (Encuestas de Evaluación de la Protección Social) – incluyendo evaluación ex post de Solidaridad	Noviembre 2011  Noviembre 2011  Agosto 2011 Septiembre 2011	
Análisis de costo del proyecto y viabilidad económica	1. Análisis de costo-efectividad de las principales intervenciones consideradas bajo la operación	Septiembre 2011	
Manejo financiero/temas fiduciarios y control medioambiental			
Recolección de información y análisis para dar cuenta de resultados	1. Segunda Encuestas de Evaluación de la Protección Social 2. Encuesta piloto de la evaluación de TICs para comunicación y cambio de comportamiento entre los beneficiarios de Solidaridad	Agosto 2011  Agosto 2011	
Análisis institucional/personal, procedimientos y otros aspectos de la capacidad de implementación	1. Análisis de la capacidad institucional del Ministerio de Salud		
Involucrados y ambiente político			
Salvaguardias sociales y medioambientales			
Otros temas clave, tales como donantes, género, sostenibilidad y temas de país o sector.			

## Anexo de Cooperación Técnica

**País:** República Dominicana

**Nombre y número del programa:** Apoyo al Programa de Protección Social, Tercera Fase - DR-T1077

<b>Fecha</b>	06/13/2011
<b>Relación al préstamo</b>	Complementando a la Operación de Prestamos DR-L1047.
<b>Equipo Proyecto</b>	Luis Acosta (PDP/CDR), Carolina Escudero (PDP/CDR), Ariadna García Prado (SCL/SPH), Sandro Parodi (SCL/SPH), Gabriela Regojo (LEG/SGO), Claudia Pévere (SCL/SPH), Rafael Rodriguez-Balza (CID/CID), Jorge Torres (SCL/SPH), Ignez Tristao (SCL/SPH), Jefe de equipo.
<b>División Responsable</b>	Protección Social y Salud (SPH)
<b>Agencia Ejecutora</b>	Banco Interamericano de Desarrollo
<b>Unidad responsable de desembolsos</b>	SCL/SPH
<b>Objetivos</b>	Apoyar la preparación de la operación DR-L1047 en su componente de salud y la identificación de una futura operación en el 2012, a través de una serie de estudios que servirán de insumo para el diseño e implementación de estrategias que permitan mejorar la calidad de los servicios de salud a que reciben los beneficiarios del Programa Solidaridad.
<b>Descripción</b>	El proyecto está alineado con el objetivo incluido en la Estrategia Social del Banco de incrementar la eficacia y eficiencia de la red de protección social. Asimismo, se conecta directamente con los resultados esperados de mejorar el estado nutricional y de salud de la población pobre beneficiaria del programa. La gran mayoría de la población dominicana es afro descendiente, y en particular, es la población que vive en pobreza extrema y moderada. El Programa Solidaridad

	<p>cubre más del 76% de hogares en extrema pobreza y más del 58% de hogares en pobreza moderada, abarcando cerca de 540 mil familias (en torno de 2.2 millones de personas).</p>
<b>Actividades</b>	<p>La CT financiara las siguientes actividades</p>
	<p><b><u>1. Actividad 1:</u></b> Estimar, en coordinación con el Gobierno de la República Dominicana, el costo del Plan Básico de Servicios de Salud (ampliado y reducido) a que tiene derechos los beneficiarios del programa Solidaridad. Esa actividad apoya al componente 3 de la operación DR-L1047, tanto en el fortalecimiento del Ministerio de Salud Pública (MSP) en su rol rector, como de la provisión de los servicios de salud.</p>
	<p><b><u>2. Actividad 2:</u></b> Diseñar los convenios de gestión entre las diferentes entidades del sector salud, los cuales son cruciales para la mejora de la calidad de la atención materna infantil y propuestas factibles de mecanismos de incentivos asociados a los compromisos de gestión. Esa actividad apoya al componente 3 de la operación DR-L1047, en dar continuidad al apoyo técnico al ente gestor de los servicios de salud.</p>
	<p><b><u>3. Actividad 3:</u></b> Definir y estimar indicadores de gestión y de resultados a ser utilizados en los contratos de gestión del sector salud, así como en el Sistema Integrado de Monitoreo y Evaluación del programa Solidaridad. Incluirá también las estimaciones de los indicadores de resultados de las dos primeras fases del programa de apoyo a la protección social. Esa actividad apoya al componentes 3 y 4 de la operación DR-L1047, en dar continuidad al apoyo técnico al ente gestor de los servicios de salud, así como al sistema integrado de monitoreo.</p>
	<p><b><u>4. Actividad 4:</u></b> Conducir dos estudios sobre enfermedades crónicas, las cuales afectan más que proporcionalmente la población objetivo y los beneficiarios del programa Solidaridad, contribuyendo al empobrecimiento y a la perpetuación de las condiciones de pobreza de dichos beneficiarios. El primer estudio será de diagnóstico y de dimensionamiento de una encuesta tipo “<i>Step</i>” para enfermedades crónicas y</p>

	el segundo estudio sobre hospitalizaciones evitables debido a enfermedades crónicas prevenibles. Esa actividad apoyará la identificación y dimensionamiento técnico de intervenciones de salud con gran impacto en la protección social de las familias más pobres (como son los gastos catastróficos debido a la alta prevalencia de enfermedades crónicas). Esa actividad apoyará la originación de una posible operación de crédito en el 2012.
<b>Productos esperados</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. (Consultoría) Estudio de revisión y de costeo del plan básico de servicios de salud (ampliado y reducido).</li> <li>2. (Consultoría) Borradores de Convenios de gestión.</li> <li>3. (Consultoría) Reporte con lista de indicadores propuestos y estimación de los dichos indicadores</li> <li>4. (Consultorías) (i) Estudio de diagnóstico y de dimensionamiento para una encuesta tipo “<i>Step</i>” para enfermedades crónicas; (ii) Estudio sobre hospitalizaciones evitables debido a enfermedades crónicas prevenibles.</li> </ol>
<b>Resultados esperados</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apoyo a la mejora de la prestación de servicios de salud en la República Dominicana. Los productos ayudarán a los hacedores de política asignar recursos basados estimados confiables de costos de los servicios; los proveedores de servicios tendrán funciones y responsabilidades claras, y los profesionales de la salud tendrán incentivos para prestar más y mejores servicios de salud.</li> <li>2. Las operaciones futuras se retroalimentarán con los resultados y las lecciones aprendidas de las dos primeras fases.</li> </ol>
<b>Cronograma</b>	<p>Período de Ejecución: 9 meses</p> <p>Período de desembolso: 11 meses</p>
<b>Presupuesto administrativo para ejecución, por año de ejecución</b>	N/A
<b>Presupuesto</b>	Total: US\$300.000. Ver Anexo IA para detalle del presupuesto
<b>Plan de adquisiciones</b>	Ver Anexo IB

<b>Condiciones para el desembolso</b>	No aplica
<b>Fondo Rotatorio</b>	No aplica
<b>Evaluación</b>	No aplica
<b>Reporte</b>	Los consultores deben presentar reportes preliminares y finales, de acuerdo a sus términos de referencia.
<b>Auditoria</b>	
<b>Términos de Referencia</b>	Ver anexo IC

### Anexo- IA Presupuesto detallado

<b>Descripción</b>	<b>Total (US\$)</b>
1. (Consultoría) Evaluación del alineamiento al perfil epidemiológico y costeo del Plan Básico de Servicios de Salud. (contratación internacional)	50.000
2. (Consultoría) Análisis de incentivos y diseño de convenios de gestión entre las diferentes entidades del sector salud. (contratación internacional)	60.000
3. (Consultoría) Definición y estimación de indicadores de gestión y de resultados para contratos de gestión del sector salud, para el Sistema Integrado de Monitoreo y Evaluación del programa Solidaridad y para estimación las dos primeras fases del programa de apoyo a la protección social. (contratación internacional)	40.000
4. (Consultoría) Estimación de indicadores de las dos primeras fases del programa de apoyo a la protección social y apoyo a la coordinación de los estudios. (contratación internacional)	60.000
5. (Consultoría) Estudio de diagnóstico y de dimensionamiento para una encuesta tipo “ <i>Step</i> ” para enfermedades crónicas. (contratación internacional)	50.000
6. (Consultoría) Estudio sobre hospitalizaciones evitables debido a enfermedades crónicas prevenibles. (contratación internacional)	40.000
<b>Total</b>	<b>300.000</b>

## Annex- IB Procurement Plan

Description	Total Cost (US \$)	IDB's funding (US\$)	Acquisition Method	Review Method	Estimated Dates		Status
					Beginning	End of contract	
1. (Consultoría) Evaluación del alineamiento al perfil epidemiológico y costeo del Plan Básico de Servicios de Salud. (contratación internacional)	50.000	50.000	IIQC <sup>1</sup>	N.A.	8/15/2011	12/15/2011	Pending
2. (Consultoría) Análisis de incentivos y diseño de convenios de gestión entre las diferentes entidades del sector salud. (contratación internacional)	60.000	60.000	IIQC	N.A	8/15/2011	12/15/2011	Pending
3. (Consultoría) Definición y estimación de indicadores de gestión y de resultados para contratos de gestión del sector salud, para el Sistema Integrado de Monitoreo y Evaluación del programa Solidaridad y para estimación las dos primeras fases del programa de apoyo a la protección social. (contratación internacional)	40.000	40.000	IIQC	N.A	8/15/2011	10/15/2011	Pending
4. (Consultoría) Estimación de indicadores de las dos primeras fases del programa de apoyo a la protección social y apoyo a la coordinación de los estudios. (contratación internacional)	60.000	60.000	IIQC	N.A	9/1/2011	3/31/2012	Pending
5. (Consultoría) Estudio de diagnóstico y	50.000	50.000	IIQC <sup>2</sup>	N.A.	8/15/2011	10/15/2011	Pending

<sup>1</sup> IIQC: International Individual Qualification Comparison

<sup>2</sup> IIQC: International Individual Qualification Comparison



de dimensionamiento para una encuesta tipo “Step” para enfermedades crónicas. (contratación internacional)							
6. (Consultoría) Estudio sobre hospitalizaciones evitables debido a enfermedades crónicas prevenibles. (contratación internacional)	40.000	40.000	IIQC	N.A	8/15/2011	12/15/2011	Pending

## **Anexo IC Términos de Referencia**

### **TERMINOS DE REFERENCIA 1**

#### **ANÁLISIS DE COSTOS DEL PLAN BASICO DE SALUD PARA LA REPÚBLICA DOMINICANA**

**(DR T1077)**

##### **I. ANTECEDENTES**

- 1.1 En junio del 2011, el BID aprobó una cooperación técnica para apoyar la preparación del proyecto de fortalecimiento de SOLIDARIDAD, el programa de transferencias condicionadas de la República Dominicana. Este análisis forma parte de una serie de estudios que servirán de insumo para el diseño e implementación de estrategias dirigidas a mejorar la calidad de los servicios de salud que reciben los beneficiarios del Programa.
- 1.2 Un tema clave identificado a partir de los estudios de diagnóstico realizados se relaciona a la baja cobertura y calidad de muchos de los servicios de salud brindados a las familias beneficiarias como parte de las co-responsabilidades del Programa. Una de las posibles factores asociados tiene que ver con montos relativamente modestos que son transferidos al sector salud para atender a las familias beneficiarias. Estos montos deben ser ajustados, actualizados y proyectados a fin de generar una asignación del gasto basada en información real. Además, permitirá tomar políticas claras de ampliación de cobertura con calidad y adecuación presupuestal.
- 1.3 El costeo del plan básico de salud es una herramienta importante de gestión y más aun en el contexto de la reciente expansión de la demanda inducida por el programa Solidaridad. Estimados de costos exactos y pertinentes permiten a la autoridades responder eficazmente en la reasignación de los recursos, allí donde estos son más requeridos. Conversamente, si los recursos per capita son insuficientes, se generan cuellos de botella en la prestación de los servicios de salud y peor aún se afecta la calidad de los servicios de salud. Al final, la salud de la población no mejora y el esfuerzo impulsado por el programa se diluye afectando el logro de sus objetivos.
- 1.4 El gobierno de la República Dominicana ha realizado esfuerzos en esa dirección, sin embargo el costeo realizado data de hace un buen tiempo y requiere de una actualización tanto en costos como en su estructura. La reciente implementación del Sistema de Gestión de los Servicios de Salud presentan una excelente oportunidad para llevar a cabo una revisión y actualización del costo del Plan Básico de Salud.

## II. OBJETIVOS DE LA CONSULTORÍA

- 2.1 Estimar, en coordinación con el Gobierno de la República Dominicana, el costo del Plan Básico de Servicios de Salud (ampliado y reducido) a que tiene derechos los beneficiarios del programa Solidaridad.
- 2.2 El plan proveera recomendaciones para el ajuste de la capita anual y sera uno de los mecanismos claves para mejorar la cobertura y la calidad de atención brindada por los centros de atencion primaria.
- 2.3 Este costeo se realizará diferenciando aquellas actividades o intervenciones de promoción y prevención que se asumen con probabilidad uno del evento, de aquellas intervenciones donde la probabilidad de la aplicación de la actividad o intervención es diferente menor a uno. De esta manera, se busca que el consultor realice un costeo de eventos “ciertos”, más el cálculo de un costo esperado de eventos aleatorios con base en modelamiento actuarial desarrollando una aplicación del modelo colectivo de seguros de salud. Adicionalmente, se requiere de un análisis entre los costos de las actividades que hoy en día se encuentran financiadas vía otras fuentes de financiación.

## III. CARACTERÍSTICAS DE LA CONSULTORÍA

- 3.1 **Tipo de consultoría:** Consultor individual internacional.
- 3.2 **Fecha de inicio y duración:** 110 días discontinuos iniciando el 15 de agosto de 2011 y finalizando el 15 de diciembre de 2011.
- 3.3 **Sitio de Trabajo:** Lugar de residencia y República Dominicana
- 3.4 **Calificaciones:** Maestría en economía, en economía de la salud o ciencias sociales con experiencia de 10 años en el diseño y la evaluación de programas en el sector salud y experiencia con el análisis de bases de datos robustas y encuestas de hogares. Demostrada experiencia en valoracion de costos de servicios de salud otorgara puntos adicionales.

## IV. ACTIVIDADES

- 4.1 Analizar la literatura existente y identificación de fuentes de información:
  - Realizar una búsqueda de literatura sobre el programa Solidaridad, estudios de costos del sector salud Dominicano, documentación de estudios actuariales del sector salud de la República Dominicana, análisis de metodologías de clasificación de información.
  - Identificar de posibles fuentes de información secundaria tales como encuestas de hogares: EEPS 2010, EEPS 2011, Registros institucionales, Encuestas Demografica y de Salud (ENDESA), Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los *Hogares* (ENIGH), etc.

- Revisar publicaciones previas y bases de datos anteriores relevantes para la estimación.

4.2 Diseñar una metodología para costeo que contenga:

- Un marco conceptual donde se describa en detalle el proceso de construcción de la estructura de costos del paquete de salud, como el desarrollo teórico de los seguros de salud, desde la rama científica de la estadística actuarial.
- Un modelo que abarque tanto eventos aleatorios como eventos ciertos, desde una aproximación de modelos de riesgo colectivo. El fin último es poder estar en capacidad de calcular una prima per cápita del seguro de salud
- La aplicación del modelo sobre el paquete actual de salud del programa Solidaridad. Realizar un costeo per cápita (u hogar), como el cálculo de un costo agregado.
- Determinar la metodología más adecuada para estimar el costo marginal asociado a la provisión del paquete para los proveedores de salud citando la literatura internacional relevante.
- Calcular a partir de fuentes existentes un costo total y marginal para el paquete y proyectarlo para 5 años, documentando con detalle los supuestos atrás de cada elemento de la función de costos.

4.3 Construir informes y un manual de aplicación del modelo.

- Elaborar un informe preliminar (para discusión) del planteamiento metodológico para realizar el costeo del paquete de salud.
- Elaborar un informe final que de cuenta tanto del desarrollo metodológico como los resultados encontrados frente a los costos de aplicación del paquete dada la información suministrada por las diferentes fuentes gubernamentales.
- Construir un manual de aplicación del modelo, se entregará el diseño del mismo y su aplicación. Está por definir en qué software se desarrollará pero se buscará que este sea gratuito y no se incurran en costos adicionales para su aplicación.
- Adicionalmente, los informes deberán contener como mínimo las siguientes secciones: (i) introducción con descripción clara del alcance del estudio de costeo y la pregunta de política a responderse; (ii) metodología; (iii) descripción ventajas y limitaciones de las bases de datos utilizados; (iv) estimados de costos para año x, proyección z y sus supuestos; (v) recomendaciones para el ajuste de la capita y otras practicas que podrían potenciar la posibilidad de entregar el paquete Oportunidades a la población objetivo.

- 4.4 Se tiene presupuestados tres viajes a República Dominicana con los siguientes propósitos:
- Discutir de propuesta metodológica de costeo in situ.
  - Solicitar y organizar información a entes gubernamentales. Lo anterior involucra visitas a las diferentes instituciones generadoras de información, discusión de las mismas y establecimiento de formato de entrega para su posterior análisis.
  - Presentar los resultados y explicación del funcionamiento del modelo

## **V. PRODUCTOS, INFORMES Y PAGOS**

- 5.1 A la firma del contrato se pagará el 20% total del contrato
- 5.2 Informe preliminar antes del segundo viaje a República Dominicana donde se presentan los resultados preliminares del costo del paquete básico de salud. (pago del 40% del valor total del contrato).
- 5.3 Informe de consultoría final con incorporación de comentarios (pago del 40% del valor total del contrato).
- 5.4 Modelo matemático (formato por acordar según necesidad de cliente) que permita ajustar cálculos de los costos esperados del paquete de salud de oportunidades en el futuro y manual de utilización del modelo (formato de software a determinar).

## **VI. COORDINACIÓN**

- 6.1 La coordinación técnica estará a cargo de Iñez Tristao (SCL/SPH).

## **TÉRMINOS DE REFERENCIA 2**

### **ANÁLISIS DE INCENTIVOS Y DISEÑO DE CONVENIOS DE GESTIÓN ENTRE DISTINTAS ENTIDADES DEL SECTOR SALUD**

**(DR-T1077)**

#### **1. Antecedentes**

En el marco de la reforma del sector salud que comenzó en el 2001, el Gobierno de la República Dominicana está iniciando un proceso de transición del rol predominante del Ministerio de Salud de proveedor de servicios de salud a rector del sistema de salud. Para hacer efectiva la separación de estas funciones, el Gobierno de la República Dominicana está en el proceso de creación de la Dirección Nacional de las Redes Públicas de salud, DINAR, como una estructura descentralizada con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, financiera y técnica. Esta Dirección estará adscrita al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y brindará asistencia y apoyo técnico - administrativo a los Servicios Regionales de Salud en su proceso de descentralización.

Entre las principales funciones de la DINAR se encuentran: (i) Conducir y acompañar a los Servicios Regionales de Salud en la formulación e implementación de sus planes de desarrollo y funcionamiento, garantizando la articulación de los diferentes niveles de atención, (ii) Planificar y gestionar los recursos humanos, administrativos, financieros y de las inversiones en infraestructura y equipamientos, (iii) Establecer el modelo de estructura, organización y funcionamiento de los Servicios Regionales de Salud, en correspondencia con las disposiciones dictadas por el MSPAS y el marco legal vigente, (iv) Asignar recursos a los Servicios Regionales de Salud para su desarrollo organizacional y funcionamiento, tanto a nivel administrativo como para la provisión de servicios de salud, según lo establecido en los convenios de gestión que pactará con cada uno de ellos, (v) Garantizar la aplicación del Modelo de Red de los Servicios Regionales de salud y de sus manuales de operación en la oferta de servicios, con base en el Plan Decenal de Salud, el Modelo de Atención y las prioridades que establezca el MSPAS en su accionar como máxima autoridad sanitaria nacional, (vi) Establecer y evaluar la aplicación de los criterios básicos de las relaciones contractuales que establezcan los Servicios Regionales de Salud, tanto para la provisión de servicios de salud, como para la gestión administrativa, (vii) Monitorear y evaluar el cumplimiento de los acuerdos y contratos que desarrollen los Servicios Regionales de Salud con las instituciones del Sistema Nacional de Salud, (viii) Desarrollar y mantener un sistema de información vinculado y/o común a los Servicios Regionales de Salud, (ix) Coordinar la definición y supervisar la aplicación del plan de desarrollo de cada Servicio Regional de Salud, en correspondencia con los objetivos y metas del Sistema Nacional de Salud, y (x) Generar las regulaciones complementarias necesarias para la supervisión y apoyo al desarrollo de los Servicios Regionales de Salud, a la que vez que define los modelos de fiscalización y control del cumplimiento de estas regulaciones.

En este contexto, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha solicitado al BID apoyo para fortalecer las funciones de rectoría del Ministerio de Salud. En este contexto, el Banco Interamericano de Desarrollo y las autoridades nacionales ha previsto contratar los servicios de un consultor especializado para definir y desarrollar convenios de gestión e incentivos que permita al DINAR cumplir con sus principales funciones. Se considera ese apoyo esencial para la efectividad y sostenibilidad de las inversiones de mejoría de la calidad de la provisión de los servicios de salud que viene apoyando el BID en sus dos otras operaciones (DR-L1039 y DR-L1044), actualmente en implementación.

## **II. CARACTERÍSTICAS DE LA CONSULTORÍA**

**Tipo de consultoría:** Consultoría individual.

**Lugar de trabajo:** República Dominicana y lugar donde reside el consultor. Se contemplen 3 viajes de 4 días a Santo Domingo.

**Fechas y días de contratación:** 120 días de trabajo discontinuo comenzando el 15 de agosto, 2011 hasta el 15 de diciembre, 2011.

## **III. OBJETIVO DE LA CONSULTORÍA**

El Objetivo general de la consultoría es: (i) analizar los incentivos que se estarán creando con la creación el DINAR entre los distintos actores del sector salud (rector, financiadores como SENASA, y proveedores públicos y privados), (ii) definir a que niveles y entre que actores se deberían firmar convenios de gestión para alinear esos incentivos a lograr las metas de cobertura, equidad y calidad de los servicios de salud establecidos por el Ministerio de Salud, y (iii) diseñar los nuevos convenios de gestión entre el DINAR y las diferentes entidades del sector salud, para lograr un incremento substantivo de la calidad de la atención en primer nivel, especialmente la destinada a salud materna infantil.

## **IV. ACTIVIDADES DE LA CONSULTORÍA**

De acuerdo con el alcance y los objetivos descritos la firma desarrollará las siguientes actividades:

1. Analizar los incentivos que se estarán creando con la creación el DINAR entre los distintos actores del sector salud (rector, financiadores como SENASA, y proveedores públicos y privados)
2. Realizar un análisis para indentificar necesidades de establecer convenios de gestion en distintos niveles y entre que niveles (entre el MSP y el ente gestor, entre SENASA y el ente gestor, entre las SRS, o otro arreglo que se determine apropiado). Esta actividad debe tomar en cuenta las notas tecnicas que proveen

- un diagnostico sobre la problemática de la gestion en el sector salud y que vienen siendo elaboradas para la presente operación de prestamo.
3. Revisar los convenios de gestion existentes.
  4. Proponer nuevos modelos alternativos de incentivos. Esta actividad debe tomar en consideracion los estudios sobre incentivos en recursos humanos en salud que fueron incluidos en la operación DR-L1044.
  5. Proponer un conjunto de indicadores de resultado y gestion vinculado a los esquemas de incentivos previamente identificados. Se debe tomar en cuenta la lista de indicadores bajo los contratos de gestion actuales y la lista preliminar que el GCPS logre preparar

## **V. PRODUCTOS ESPERADOS Y CALENDARIO DE PAGOS**

Se pagará el 10% del monto total a la firma del contrato. El resto de pagos estarán sujetos a la entrega de los siguientes productos: (i) 25% a pagar tras presentar el analisis de necesidades y la revision de los contratos de gestión actuales. (ii) 25% a pagar, tras la entrega de la propuesta de los modelos alternativos de incentivos. (iii) 20% a pagar tras la presentacion del conjunto de indicadores de resultado y gestión, (iv) 20% a pagar tras la entrega del informe final con el diseno de los convenios de gestion y sus respectivos indicadores.

## **VI. SUPERVISIÓN Y COORDINACIÓN**

Esta consultoría será supervisada por Ignez Tristao (SCL/SPH), [ignezt@iadb.org](mailto:ignezt@iadb.org) y Ariadna Garcia Prado ([ariadnag@iadb.org](mailto:ariadnag@iadb.org)). El consultor coordinará con el Viceministerio de Desarrollo y Fortalecimiento de los Servicios Regionales de Salud (Dra. Nelson Rodriquez, Viceministro de Estado) y con Susana Gámez (Directora Ejecutiva del Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales).



### **TERMINOS DE REFERENCIA 3**

#### **DEFINICION Y ESTIMACION DE INDICADORES DE GESTION Y RESULTADO EL SECTOR SALUD Y EL SISTEMA INTEGRADO DE EVALUACION DEL PROGRAMA SOLIDARIDAD**

**(DR-T1077)**

##### **I. ANTECEDENTES**

- 1.1 En junio del 2011, el BID aprobó una cooperación técnica para apoyar la preparación del proyecto de fortalecimiento de SOLIDARIDAD, el programa de transferencias condicionadas de la República Dominicana. Este análisis forma parte de una serie de estudios que servirán de insumo para el diseño e implementación de estrategias dirigidas a mejorar la calidad de los servicios de salud que reciben los beneficiarios del Programa.
- 1.2 Un tema clave identificado a partir de los estudios de diagnóstico realizados se relaciona la necesidad contar con sistemas de información que provean información relevante para la toma de decisiones. En esa línea, la generación de indicadores relevantes es un aspecto clave para alimentar dichos sistemas de información. En particular, se han detectado necesidades de mejorar la capacidad de gestión de las unidades administrativas del sector salud. Se espera incorporar un esquema de contratos de gestión con incentivos concentrados en el logro de resultados más que de procesos, productos o insumos.
- 1.3 Por otro lado, el programa Solidaridad requiere de la generación de información y conocimiento de sus niveles de eficacia y eficiencia para el logro de sus objetivos. Hasta el momento se tiene una serie de evaluaciones sueltas pero no conforman un programa de trabajo para hacer seguimiento a las actividades y resultados del proyecto. El desarrollo de un sistema de monitoreo y evaluación es una necesidad importante de cara al fortalecimiento institucional.
- 1.4 Finalmente, es importante estimar con evidencia rigurosa los impactos logrados durante las dos primeras fases previamente implementadas y retroalimentar el diseño en busca de la mejora continua.

##### **II. OBJETIVOS DE LA CONSULTORÍA**

Los objetivos de la consultoría son: (i) definir y estimar indicadores de gestión y de resultados para contratos de gestión del sector salud, (ii) definir y estimar indicadores para el Sistema Integrado de Monitoreo y Evaluación del programa Solidaridad y (iii) definición de indicadores para la estimación las dos primeras fases del programa de apoyo a la protección social.

### III. CARACTERÍSTICAS DE LA CONSULTORÍA

- 3.1 **Tipo de consultoría:** Consultor individual internacional.
- 3.2 **Fecha de inicio y duración:** 44 días discontinuos iniciando el 15 de agosto 2011 y finalizando el 15 de octubre de 2011.
- 3.3 **Sitio de Trabajo:** Lugar de residencia y República Dominicana
- 3.4 **Calificaciones:** Maestría en economía o ciencias sociales con experiencia de 5 años en el diseño y la evaluación de programas de proteccion social, experiencia previa en el diseno de indicadores para contratos de gestion, asi como demostrado conocimiento de sistemas de monitoreo y evaluacion.

### IV. ACTIVIDADES

- 4.1 Analizar la literatura existente y identificación de experiencias relevantes y aplicables al caso de República Dominicana.
- 4.2 Seleccionar grupo de indicadores para los contratos de gestion que cumplan con los criterios de claridad en la definicion, cuantificables, la dimension que mide y ambito de control.
- 4.3 Seleccionar un grupo de indicadores para el sistema integrado de monitoreo y evaluacion que sigan los criterios mencionados anteriormente.
- 4.4 Seleccionar un grupo de indicadores para estimar los avances alcanzados en las dos primeras fases del programa.
- 4.5 Los indicadores deben, en todos los casos, tener consideracion por su aplicabilidad y viabilidad dado el acervo actual de informacion que se cuenta.
- 4.6 Se tiene presupuestados dos viajes a República Dominicana con los siguientes propósitos:
  - Discutir de propuesta metodológica in situ.
  - Solicitar y organizar información a entes gubernamentales, particularmente para tener un diagnostico de sus sistemas de informacion. Lo anterior involucra visitas a las diferentes instituciones generadoras de información, discusión de las mismas y establecimiento de formato de entrega para su posterior análisis.
  - Presentar los indicadores.

### V. PRODUCTOS, INFORMES Y PAGOS

- 5.1 A la firma del contrato se pagará el 20% total del contrato
- 5.2 Informe preliminar conteniendo los indicadores para los contratos de gestión (pago del 15% del valor total del contrato).

- 5.3 Informe preliminar conteniendo los indicadores para el sistema de monitoreo y evaluacion, ademas de los indicadores revisados para los contratos de gestion. (pago del 20% del valor total del contrato)
- 5.4 Informe preliminar conteniendo los indicadores para las dos fases del programa, ademas de los indicadores revisados para los contratos de gestion y de los indicadores de monitoreo y evaluacion. (pago del 20% del valor total del contrato)
- 5.5 Informe de consultoría final con incorporación de comentarios (pago del 35% del valor total del contrato).

## **VI. COORDINACIÓN**

- 6.1 La coordinación técnica estará a cargo de Ignez Tristao (SCL/SPH).

## **TERMINOS DE REFERENCIA 4**

### **ANALISIS DE LAS ENCUESTAS DE EVALUACION DE LA PROTECCION SOCIAL EN LA REPÚBLICA DOMINICANA Y APOYO A LA ESTIMACION DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS**

#### **I. INTRODUCCIÓN**

- 1.1 El Departamento de Protección Social y Salud (SPH) es la unidad operativa del BID encargada de la preparación y ejecución de operaciones de crédito, cooperaciones técnicas, estudios, y en general, de mantener el diálogo técnico con los países prestatarios en dichas áreas.
- 1.2 Dentro del portafolio de operaciones de SPH que serán ejecutadas en 2011 está la Tercera fase del Programa de Apoyo a la Consolidación del Programa Solidaridad. El programa de transferencias monetarias condicionadas, Solidaridad, creado en el 2005, representa un cambio de enfoque en los programas de asistencia social. Por un lado, se facilita la entrega directa de fondos públicos a los hogares pobres para incrementar sus niveles de consumo y aliviar sus condiciones de pobreza. Por otra parte, se utiliza estos fondos para impulsar un mayor acceso a los servicios de salud y educación de los beneficiarios, incentivándolos a incrementar sus inversiones en capital humano y, por tanto, en el tiempo, aumentar sus posibilidades de escapar de la pobreza. Para ello, las familias beneficiarias tienen la corresponsabilidad de enviar a sus hijos a la escuela y acceder a servicios de salud preventiva y nutrición protocolo, para poder recibir la transferencia monetaria.
- 1.3 La cooperación técnica DR-T1052 financió en el 2010, el levantamiento de una encuesta de hogares representativa a nivel urbano y rural, en áreas con alta presencia de beneficiarios del programa. La Encuesta de Evaluación de la Protección Social (EEPS 2010) fue implementada entre los meses de agosto del 2010 a noviembre del mismo año. En total se logró entrevistar a 6,791 hogares y 28,927 individuos. La EEPS se puede entender como una línea de base que compuesta por tres muestras diferenciadas, diseñadas específicamente para evaluar los cambios producidos en el programa. En el presente año, el Gabinete de Coordinación de las Políticas Sociales viene levantando la encuesta de seguimiento a la EEPS.
- 1.4 En junio del 2011, el BID aprobó una cooperación técnica para apoyar la preparación de la tercera fase del proyecto de fortalecimiento de SOLIDARIDAD. La presente consultaría, financiara un análisis que forma parte de una serie de estudios que servirán de insumo para el diseño e implementación de estrategias dirigidas a mejorar la calidad de los servicios de salud que reciben los beneficiarios del Programa. La fuente de datos primaria para llevar a cabo el análisis serán las dos rondas de la EEPS.

## **II. OBJETIVOS DE LA CONSULTORÍA**

- 2.1 El objetivo de la consultoría será la estimación de indicadores de las dos primeras fases del programa de apoyo a la protección social y brindar apoyo a la coordinación de los estudios dirigidos a evaluar la efectividad del programa. Los resultados servirán para documentar el avance alcanzado sobre las metas establecidas en el PMR.

## **III. CARACTERÍSTICAS DE LA CONSULTORÍA**

- 3.1 Tipo de consultoría: individual.
- 3.2 Fecha de inicio y duración esperada: la consultoría tendrá una duración de 140 días no consecutivos; iniciará el 01 de septiembre de 2011 y finalizará el 31 de marzo de 2012.
- 3.3 Lugar de trabajo: Washington, DC y ocasionalmente acompañando misiones oficiales, cuyo costo correrá a cargo del Banco.
- 3.4 Calificaciones: Maestría en Economía, Políticas Públicas o afines, con experiencia en análisis y diseño de políticas públicas; excelente habilidades cuantitativas, incluyendo dominio del paquete STATA y mostradas capacidades interpersonales para llevar a cabo dialogo con autoridades nacionales. Un mínimo de cinco años de experiencia profesional relevante.

## **IV. ACTIVIDADES**

- 4.1 Durante la consultoría se deberán realizar las siguientes actividades:
  - a. Estimar los indicadores de resultados y de gestión de las dos primeras fases del programa de protección social. Esto implica:
    - i. Llevar a cabo análisis cuantitativo de datos disponibles en las dos rondas de la encuesta de Evaluación de la Protección Social (EEPS)
    - ii. Elaboración de tablas, gráficos y estimación de indicadores que se requieran para el logro de las evaluaciones planeadas, así como para el seguimiento al PMR.
  - b. Coordinar con el equipo de proyecto el proceso de diseño e implementación de los estudios que se vienen realizando como parte de la implementación de las dos fases del programa de apoyo a Solidaridad. Estos estudios son los siguientes:
    - i. Evaluación retrospectiva de Solidaridad mediante un análisis de regresión discontinua.
    - ii. Evaluación prospectiva de Solidaridad mediante un análisis de regresión de diferencias en diferencias.

- iii. Evaluación de una innovación piloto para incrementar la asistencia y matricular escolar.
  - iv. Mensajes de texto y voz para incrementar disponibilidad de información e incentivar la corresponsabilidad.
  - v. Evaluación de la calidad de atención del primer nivel
  - vi. Evaluación de la calidad de atención del segundo y tercer nivel
- c. Coordinar la elaboración la documentación e insumos generados por otros especialistas para la operación de préstamo y revisarlos para dar una opinión técnica, en el área de su expertise, sobre la calidad de los mismos.

## **V. REPORTES**

- 5.1 Al final de cada mes el consultor presentará un breve reporte de las actividades que realizó y de los días trabajados en cada actividad.

## **VI. FORMA DE PAGO**

- 6.1 Se realizarán pagos mensuales, con base a los días presentados en el reporte mensual de actividades, y aprobados por los supervisores de la consultoría.

## **VII. COORDINACIÓN**

- 7.1 La coordinación técnica y administrativa del contrato estará a cargo Ignez Tristao (SCL/SPH) (ignezt@iadb.org).

## **TERMINOS DE REFERENCIA 5**

### **ESTUDIO DE DIAGNOSTICO Y DE DIMENSIONAMIENTO DE UNA ENCUESTA “STEP” PARA ENFERMEDADES CRONICAS**

**(DR-T1077)**

#### **I. ANTECEDENTES**

- 1.1 En junio del 2011, el BID aprobó una cooperación técnica para apoyar la preparación del proyecto de fortalecimiento de SOLIDARIDAD, el programa de transferencias condicionadas de la República Dominicana. Este análisis forma parte de una serie de estudios que servirán de insumo para el diseño e implementación de estrategias dirigidas a mejorar la calidad de los servicios de salud que reciben los beneficiarios del programa
- 1.2 La transición demográfica en America Latina han hecho evidente cada DIA sobre la inminente doble carga a la que deben enfrentarse los sistemas de salud. A los problemas de enfermedades transmisibles, desnutrición infantil y anemia que desproporcionadamente afecta a la población pobre, se agrega un incremento considerable de la predominancia de enfermedades crónicas. Las enfermedades cardiovasculares, por nombrar un ejemplo, es la principal causa de muerte y discapacidad en America Latina, responsable por 35% de todas las muertes y 68% de toda la carga de enfermedades. Esta carga de morbilidad causada por las enfermedades crónicas tendrá consecuencias sociales, económicas y sanitarias significativas.
- 1.3 La República Dominicana no escapa a este problema de las enfermedades crónicas. Es pertinente tomar acciones para una adecuado diagnostico de la situación y desarrollar un sistema de vigilancia, sobre todo en los grupos vulnerables, quienes típicamente sufren mas fuerte el impacto de estos males. Estos resultados permitirán luego fortalecer el sistema de salud para enfrentar con éxito la doble carga, resolver restricciones sistémicas e identificar y adoptar intervenciones costo-efectivas. Finalmente, el entorno de rápidos cambios en la problemática de la salud de la población amerita la generación de conocimiento para llenar las brechas de conocimiento a través de la recolección de información primaria.
- 1.4 En este contexto, el BID está desarrollando generando información sobre la identificación y vigilancia de los principales factores de riesgo comunes, y la de las enfermedades crónicas, las cuales afectan más que proporcionalmente la población objetivo y los beneficiarios del programa Solidaridad, contribuyendo al empobrecimiento y a la perpetuación de las condiciones de pobreza de los dichos beneficiarios.

## II. OBJETIVOS DE LA CONSULTORÍA

El presente estudio tiene como propósito financiar un estudio de diagnóstico y dimensionamiento para la posible implementación de una encuesta siguiendo el método “paso a paso” (*STEPwise*) en la República Dominicana. Este método es el instrumento de vigilancia recomendado por la OMS a fin de vigilar: i) Los factores de riesgo de enfermedades crónicas y ii) la morbilidad y la mortalidad específicas de las enfermedades crónicas.

## III. CARACTERÍSTICAS DE LA CONSULTORÍA

- 3.1 **Tipo de consultoría:** Consultor Individual
- 3.2 **Fecha de inicio y duración:** 44 días, 15 de agosto de 2011 al 15 de octubre de 2011.
- 3.3 **Sitio de Trabajo:** República Dominicana y lugar donde reside el consultor. Se contemplen 2 viajes de 4 días a Santo Domingo.
- 3.4 **Calificaciones:** El consultor debe ser un profesional con grado de Máster o Doctorado en epidemiología, salud pública, administración en salud, economía, políticas públicas u otras áreas afines. Debe tener experiencia demostrable en áreas tales como: (i) recolección de datos y conceptos estadísticos; (ii) diseño e implementación de la metodología STEPs o afines; (iii) enfermedades no transmisibles, en particular las crónicas.

## IV. ACTIVIDADES

- 4.1 Revisar la literatura sobre experiencias y lecciones aprendidas en otros países en el diseño e implementación de encuestas Steps.
- 4.2 Diagnosticar la adecuación de la aplicación de la metodología mediante un análisis institucional del sistema de salud dominicano.
- 4.3 Dimensionar la posible implementación de la encuesta tipo Steps en el país. Esto requiere:
  - a. Definir el diseño de la encuesta previa adecuación a la realidad de la República Dominicana.
  - b. Desarrollo de los cuestionarios e instrumentos de recolección de datos a ser aplicados en cada etapa de la metodología.
  - c. Estimar la estrategia muestral y el tamaño de muestra requerido a la luz de los puntos 4.1 y 4.2.
  - d. Identificar las necesidades logísticas para llevar a cabo el recojo de información.
  - e. Desarrollo de protocolo de implementación y manuales para su aplicación.



## **V. CONDICIONES DE PAGO**

- 5.1 20% la firma del contrato y entrega de un plan de trabajo y cronograma para el desarrollo de las actividades y productos de la consultoría.
- 5.2 25% a la entrega de la revisión de la literatura y lecciones aprendidas.
- 5.3 25% a la entrega del diagnostico.
- 5.4 30% a la entrega del documento final con los aspectos indicados anteriormente en (4.1, 4.2 y 4.3).

## **VI. COORDINACIÓN**

- 6.1 El trabajo del consultor será coordinado por Ignez Tristao (SCL/SPH).

**TERMINOS DE REFERENCIA  
CONSTRUCCIÓN DE BASE DE DATOS Y ANÁLISIS DE  
HOSPITALIZACIONES EVITABLES POR CONDICIONES SENSIBLES A  
ATENCIÓN PRIMARIA (ACS)**

**(DR-T1077)**

**I. ANTECEDENTES**

- 1.1 Las hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a atención primaria (ACS por sus siglas en inglés) se han utilizado para monitorear el desempeño del sistema de salud en los EE.UU., Canadá y en varios países europeos (Billings et al 1996; Billings et al 1993; Bindman et al 1995). La idea detrás de este indicador es que las hospitalizaciones por ciertos problemas de salud representan ineficiencias en el sistema de salud para proporcionar acceso a la atención primaria de buena calidad, para detectar ciertos tipos de enfermedades a principios de su progresión, la reducción de su gravedad, y/o la prevención o aparición de complicaciones, evitando así la necesidad de hospitalización. Las tasas de hospitalizaciones por las condiciones de la ACS han sido asociados con el acceso y la calidad de atención primaria en varios países, incluyendo Australia, Canadá, España y los Estados Unidos Méne (et al 2006; Roos et al 2005; Magan et al 2008; Márquez-Calderón et al 2003, Valenzuela y otros, 2007; Ansari et al 2006). Sin embargo, esa medida rara vez ha sido utilizados para estudiar el desempeño del sistema de salud en países de ingresos bajos y medios.
- 1.2 En este contexto, el BID está desarrollando generando información sobre enfermedades crónicas, las cuales afectan más que proporcionalmente la población objetivo y los beneficiarios del programa Solidaridad, contribuyendo al empobrecimiento y a la perpetuación de las condiciones de pobreza de los dichos beneficiarios.
- 1.3 El presente estudio se enfocará específicamente en hospitalizaciones evitables debido a enfermedades crónicas prevenibles y revisará: (i) el desempeño de los sistemas de salud en algunos países de la región de ALC con el marco metodológico de las hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a atención primaria y (ii) cómo los datos de hospitalizaciones ACS pueden ser utilizados para la aplicación de mecanismos de evaluación del desempeño en los sistemas de salud.

## II. OBJETIVOS DE LA CONSULTORÍA

- 2.1 Los propósitos de este estudio son: (i) diseñar y procesar una base de datos nacional de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a atención primaria (ACS) de acuerdo con los estándares internacionales; (ii) realizar un análisis de las condiciones ACS para determinar la relación de las hospitalizaciones ACS con programas e intervenciones de atención primaria en el sistema de salud en el país; (iii) evaluar la factibilidad del uso de las hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a atención primaria como indicador de desempeño del sistema de salud de una manera sostenible para los países en la región de América Latina y El Caribe, y en este caso para La República Dominicana.

## III. CARACTERÍSTICAS DE LA CONSULTORÍA

- 3.1 **Tipo de consultoría:** Consultor Individual
- 3.2 **Fecha de inicio y duración:** 88 días, 15 de agosto de 2015 a 15 de diciembre de 2011.
- 3.3 **Sitio de Trabajo:** Lugar de residencia
- 3.4 **Calificaciones:** El consultor debe ser un profesional con grado de Máster o Doctorado en epidemiología, salud pública, administración en salud, economía, políticas públicas u otras áreas afines. Debe tener experiencia demostrable en áreas tales como: (i) asesoría técnica o ejecutiva en el sector público en el área de salud y en procesos de reforma sanitaria; (ii) diseño, implementación y ejecución de políticas de salud; (iii) análisis y trabajo con bases de datos en salud pública.

## IV. ACTIVIDADES

- 4.1 Primera etapa: Revisión bibliográfica y definición de fuentes de datos
- a. Revisión de la literatura internacional y nacional relacionada con ACS
  - b. Elaborar un inventario de estudios previos en el país de análisis
  - c. Definir las fuentes de datos de egresos hospitalarios, analizar la calidad de los datos, las ventajas frente a otro tipo de fuentes y sus limitaciones
- 4.2 Segunda etapa: Definir el listado de hospitalizaciones evitables
- a. Identificar, aplicar y adaptar, si es necesario, los criterios para obtener una lista de códigos, basado en los criterios definidos por Alfradique et al 2009.
  - b. Definir los criterios para excluir ciertos diagnósticos y condiciones
  - c. Determinar las tasas de hospitalizaciones para al menos 1/10,000 o un problema asociado a un riesgo de salud
  - d. Establecer con claridad la definición y la codificación de diagnósticos
  - e. Explicar los criterios usados para la selección final de códigos

4.3 Tercera etapa: Desarrollar una base de datos de condiciones hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a atención primaria (ACS).

- a. Desarrollar una base de datos desde la fecha más cercana al año 2001 y hasta el 2010 que esté disponible la información los siguientes datos referentes a cada registro de hospitalización:

Las bases de datos deberán contener como mínimo

- i. Códigos de diagnóstico ICD-10. Debe haber cómo mínimo un código de diagnóstico y otros adicionales que se puedan identificar (comorbilidades)
- ii. Edad. Realizar un ajuste por edad que permita hacer comparaciones regionales teniendo en cuenta el perfil epidemiológico de la población
- iii. Sexo
- iv. Dirección de la residencia del paciente. Debe haber cómo mínimo la unidad político-administrativa donde residía el paciente en la fecha de ingreso, como por ejemplo el estado, provincia, distrito, parroquia, cantón u otros.
- v. Duración de la hospitalización en días (o fechas de admisión y egreso)
- vi. Dirección donde la hospitalización tuvo lugar.
- vii. Tipo de prestador de salud (hospital público, privado, universitario, sin ánimo de lucro u otros)
- viii. Datos de población estimada, por sexo, edad y por unidad político administrativa definida en (iv), obtenidos de fuentes censales disponibles en el país, o derechohabiente usuaria.

De estar disponibles, se incluirán las siguientes variables adicionales:

- ix. Grupo étnico
- x. Tipo de atención y procedimientos llevados a cabo en la hospitalización
- xi. Costo total de la hospitalización
- xii. Forma de pago de cada hospitalización según el posible tipo de pagador para el país (asegurador, pago particular, etc)

4.4 Cuarta etapa: Procesamiento y análisis de la información: El consultor deberá hacer un análisis de las condiciones ACS para determinar cómo los datos de hospitalizaciones ACS pueden ser utilizados para la aplicación de mecanismos de evaluación del desempeño en los sistemas de salud. Se plantean las siguientes preguntas que guíen el análisis, que pueden ser ampliadas como parte de la propuesta de consultoría:

- a. Presentar un análisis descriptivo de las variables mínimas indicadas en el punto 4.3

- b. Calcular el número de hospitalizaciones asociadas a cada uno de los grupos diagnósticos establecidos en 4.2 y la proporción de estas en relación al total de hospitalizaciones en el año.
- c. Calcular el número de hospitalizaciones asociadas a cada uno de los grupos diagnósticos establecidos en Alfradique et al (2009) y la proporción de estas en relación al total de hospitalizaciones en el año.
- d. Para los resultados obtenidos en 4.4b y 4.4c determinar las tasas de hospitalizaciones evitables por 10,000 habitantes en cada una de las unidades político-administrativas utilizadas en 4.3.
- e. Calcular las tendencias en el tiempo de las hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a atención primaria (ACS)

#### 4.5 Quinta etapa: Descripción y análisis del sistema de Atención Primaria en relación a ACS

El consultor deberá elaborar un documento que caracterice el Sistema de Atención Primaria en Salud del MSP y realizar un análisis de los aspectos que pueden estar explicando los resultados obtenidos en 4.4.

a. Deberá caracterizar los siguientes aspectos, identificando las fuentes de información utilizadas, y centrándose en la atención de los diagnósticos médicos analizados en 4.4:

- i. Criterios nacionales y subnacionales para la asignación y distribución de recursos para APS
- ii. Modalidades de financiación de servicios de APS, incluyendo gastos de bolsillo o copagos por parte de los pacientes
- iii. Prototipos de prestadores de APS, incluyendo tipo de entrenamiento del personal de salud
- iv. Porcentaje de médicos dedicados a APS vs otras especialidades, y distribución urbano-rural o por unidad político administrativa
- v. Relación salarios promedio de los médicos dedicados a APS vs otras especialidades
- vi. Uso de listados poblacionales para identificar comunidades beneficiarias de servicios de APS
- vii. Disponibilidad de servicios 24 horas
- viii. Número y tamaño de departamentos académicos para entrenamiento en AP y/o medicina general
- ix. Orientación de la prestación de los servicios de APS (primer punto de contacto, longitudinalidad o enfoque hacia la persona en el tiempo, integralidad, coordinación, enfoque familiar, enfoque comunitario)
- x. Explicar las diferentes modalidades de atención primaria en salud que existe para cada código de condiciones ACS escogido

b. Se plantean las siguientes preguntas para guiar el análisis, que pueden ser ampliadas como parte de la propuesta de consultoría:

- xi. De qué forma las condiciones ACS escogidas se pueden reducir a través de la atención primaria en salud?
- xii. Qué aspectos de la prevención primaria en salud son responsables para la prevención de hospitalizaciones para las condiciones seleccionadas? Estos incluyen prevención primaria, diagnóstico temprano y tratamiento de la condición o de su precursor, un óptimo control manejo continuo de la condición escogida monitoreo de episodios agudos
- xiii. El país está usando las condiciones ACS para evaluar los efectos de los programas de atención primaria en salud?

## **V. PRODUCTOS E INFORMES**

- 5.1 Base de datos de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a atención primaria (ACS) con todos los soportes físicos y electrónicos.
- 5.2 El consultor deberá entregar la base de datos en formato electrónico con todos los parámetros y guías utilizadas, así como la metodología y comandos utilizados. Debe incluir un informe del procesamiento de la información que incluya evaluación de calidad y completud de la misma, manejo de faltantes, y otros ajustes que se realicen a los datos, con recomendaciones para mejoramiento futuro.
- 5.3 Documento de descripción y análisis del sistema de Atención Primaria en relación a ACS.
- 5.4 Evaluación de la factibilidad del uso de las hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a atención primaria como indicador de desempeño del sistema de salud de una manera sostenible para el MSP.

## **VI. CONDICIONES DE PAGO**

- 6.1 20% la firma del contrato y entrega de un plan de trabajo y cronograma para el desarrollo de las actividades y productos de la consultoría.
- 6.2 20% a la entrega de la base de datos de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a atención primaria (ACS) con todos los soportes físicos y electrónicos.
- 6.3 20% un análisis de las condiciones ACS para determinar su relación con los programas e intervenciones de atención primaria en salud en el sistema de salud del país.
- 6.4 20% a la entrega del documento con la evaluación de la factibilidad del uso de las hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a atención primaria como indicador de desempeño del sistema de salud de una manera sostenible para el país analizado.

- 6.5 20% a la entrega del documento final con los aspectos indicados anteriormente (6.1 y 6.4), así como el numeral IV y V de los términos de referencia

## **VII. COORDINACIÓN**

71. El trabajo del consultor será coordinado por Ignez Tristao (SCL/SPH).