Documento del Banco Interamericano de Desarrollo

**República Dominicana**

Proyecto “Fortalecimiento de la Gestión por Resultados del Sector Salud en República Dominicana**”**

**(DR- L1067)**

**Plan de Monitoreo y Evaluación**

Este documento fue preparado por: Kaly Peña (CID/CDR); Bibiana Taboada (SPD/SDV); Sandro Parodi (SPH/CDR); y Haydeeliz Carrasco (SPH/CDR).

**Contenido**

**Plan de Monitoreo y Evaluación**

1. **Introducción**
2. **Monitoreo y Seguimiento**
   1. Indicadores
   2. Recopilación de datos e instrumentos
   3. Presentación de informes
3. **Evaluación**
   1. Evaluación de impacto cuasi experimental del modelo de Financiamiento Basado en Resultados (FBR) para las prestaciones de salud del primer nivel de atención

**Anexos**

**Glosario de Términos**

**Referencias**

**Abreviaciones**

GORD: Gobierno de la República Dominicana

PMR: Informe de Monitoreo del Progreso (Progress Monitoring Report)

XPMR: Informe Ampliado de Monitoreo del Progreso (Extended Progress Monitoring Report)

1. **Introducción**

Este documento presenta el Plan de Monitoreo y Evaluación del proyecto el cual permitirá el seguimiento periódico y evaluación de las actividades del mismo a fin de suministrar información precisa y actualizada para la toma de decisiones. El Proyecto de “Fortalecimiento de la Gestión por Resultados del Sector Salud en República Dominicana” (DR-L1067), en apoyo a la reforma del sector salud[[1]](#footnote-1), tiene como objetivo general incrementar la eficiencia y efectividad del gasto en salud destinado a la población más vulnerable de RD, fortaleciendo la red pública de servicios de salud. 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; (iii) apoyar al Ministerio de Salud Pública (MSP) en la conducción sectorial a través del fortalecimiento institucional y del desarrollo de instrumentos de monitoreo y evaluación para la toma de decisiones; y (iv) generar evidencia para la toma de decisiones y la rendición de cuentas. El organismo ejecutor será el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP).

El MSP, a través de su Unidad Coordinadora de Proyectos (UCP), será la entidad responsable del monitoreo y evaluación de la ejecución del proyecto, y proveerá al Banco toda la información necesaria para medir el avance de las actividades y evaluar los resultados del Programa. El Banco supervisará el progreso de las actividades y acompañará cercanamente al ejecutor con asistencia técnica cuando así lo requiera. La Matriz de Resultados guiará el seguimiento de los productos, resultados e impactos del Proyecto.

En la segunda sección del presente documento se describen las principales herramientas para el Monitoreo y Evaluación del Proyecto, a saber: (i) los Informes Semestrales, que presentarán el avance en la ejecución de las actividades programadas; (ii) las auditorías recurrentes, que evaluarán el desempeño de las regionales de salud que se encuentren bajo el modelo de financiamiento basado en resultados (FBR), en relación al avance en las metas comprometidos en los convenios de gestión; (iii) el Plan de Ejecución del Proyecto y el Plan Operativo Anual; (iv) el Plan de Adquisiciones; (v) elInforme de Monitoreo del Progreso (PMR), que seguirá en el corto plazo el desarrollo de las metas de la Matriz de Resultados del Proyecto; y (vi) los informes de evaluación e impacto del programa.

Por último, la tercera sección presentará el Plan de Evaluación del Proyecto, el cual estará orientado a medir la efectividad del gasto en salud destinado a la población más vulnerable. En particular, se estará realizando la evaluación de impacto cuasi-experimental de la expansión del modelo de financiamiento basado en resultados (FBR) en el primer nivel de atención, tanto en indicadores de gestión de las regionales como en indicadores de salud finales de la población objetivo. Esta evaluación constituye una oportunidad importante para generar conocimiento acerca de un tipo de intervención cada vez más popular en la región, pero en donde aún es necesario generar evidencia rigurosa sobre su efectividad y replicabilidad.

1. **Monitoreo y seguimiento**

El MSP, mediante la Dirección de Desarrollo Estratégico Institucional (DDEI), será la entidad responsable de monitorear la ejecución del proyecto y proveer al Banco toda la información de monitoreo y gestión necesaria para medir el avance de las actividades y determinar de forma oportuna los ajustes que las mismas requieran durante la ejecución del proyecto.

El monitoreo y seguimiento por parte del Ministerio estará relacionado con:

* Evaluar el desempeño del proyecto para determinar dónde aplicar acciones correctivas o preventivas.
* Analizar, efectuar el seguimiento y supervisar los riesgos del proyecto.
* Mantener una base de información precisa y actualizada de los entregables del proyecto y su documentación relacionada.
* Proporcionar información para respaldar el informe semestral.
* Suministrar proyecciones para actualizar la información del costo y cronograma.
* Supervisar la implementación de cambios aprobados.
  1. **Indicadores**

Los indicadores de la Matriz de Resultados del Proyecto, sobre los cuales se realizará el monitoreo y seguimiento, se presentan en la Tabla 1 detallando la línea base y la meta acumulada.

**Tabla 1**

**Indicadores de Monitoreo**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| INDICADORES GLOBALES | | | |
| **INDICADORES DE IMPACTO** | **Fórmula** | **Fuente-Línea de Base** | **Fuente-Fin del proyecto** |
| Porcentaje de Población Pobre (SIUBEN 1 y 2**) No cubierta por ningún régimen** a las que se les garantiza acceso a servicios de primer nivel a través el FBR, en las 5 Regiones de salud del Proyecto | Total de pobres SIUBEN 1 y 2 sin cobertura y financiados por el proyecto/Total de pobres SIUBEN 1 y 2 sin cobertura |  | [Reportes de auditorías recurrentes] |
| Muertes Maternas en los 6 Hospitales en los que se implementará el Modelo de Centros de Excelencia (CDEx) Materno Infantil | Sumatoria de la cantidad absoluta de mujeres que mueren durante el embarazo y el parto en cada uno de los hospitales los que se implementará el modelo | [Fuente: *: DIGEPI ¨Situación de hospitales seleccionados¨, 2012 y Oficina Nacional de Estadísticas (ONE)]* | [Formulario EPI-2 / Reportes del SIGHO] |
| Muertes Infantiles en los 6 Hospitales en los que se implementará el Modelo de Centros de Excelencia Materno Infantil | Sumatoria de la cantidad absoluta de niños menores de 1 año que mueren en cada uno de los hospitales n los que se implementará el modelo | [Fuente: *: DIGEPI ¨Situación de hospitales seleccionados¨, 2012 y Oficina Nacional de Estadísticas (ONE)]* | [Formulario EPI-2 / Reportes del SIGHO] |

| **COMPONENTE I. Financiamiento de prestaciones basado en resultados (FBR) en salud** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **Indicadores de producto** | **Fórmula** | **Frecuencia de medición** | **Fuente** |
| 1. Población pobre SIUBEN 1 y 2 adscripta a un centro de atención primaria. | Número absoluto | Cuatrimestral | Reportes de Fichas Familiares Completadas |
| 2. Población pobre SIUBEN 1 y 2, adscripta, no cubierta por ningún régimen cuya cápita de 1er. nivel de atención se financia a través de FBR, en las 5 regiones del proyecto. | Número absoluto | Cuatrimestral | Reportes de Fichas Familiares Completadas / Reportes auditorías recurrentes |
| 3. Población pobre SIUBEN 1 y 2 afiliada por el régimen subsidiado cuya cápita se financia a través de RBF, en las 5 regiones del proyecto. | Número absoluto | Cuatrimestral | Reportes a partir de la base de datos de dispersión de UNIPAGO/ Reportes auditorías recurrentes |
| **Indicadores de resultados intermedios** | **Fórmula** | **Frecuencia de medición** | **Fuente** |
| 1. Porcentaje de mujeres embarazadas con evaluación de riesgo del embarazo realizada antes de la semana 15 de embarazo. | Total de embarazadas con evaluación de riesgo antes de la 15ava semana de embarazo/Total de embarazadas que cumplían 15 semanas dentro de dicho cuatrimestre de acuerdo a registros del primer nivel | Cuatrimestral | Sistema Gestión Clínica Primer Nivel (SGC)/ Reportes auditorías recurrentes |
| 2. Porcentaje de puérperas referidas del hospital a su UNAP correspondiente con la documentación adecuada incluida en los archivos clínicos del centro de salud. | Total de puérperas referidas del hospital a las UNAP con su documentación incluida en los archivos clínicos del centro de salud/Total de puérperas referidas a las UNAPs | Cuatrimestral | Sistema Gestión Clínica Primer Nivel (SGC)/ Reportes auditorías recurrentes |
| 3. Porcentaje de menores de 15 meses con esquema de vacunación completo según protocolo nacional | Total de menores de 15 meses con esquema de vacunación completo según protocolo nacional/Total de menores de 15 meses registrados en el primer nivel | Cuatrimestral | Sistema Gestión Clínica Primer Nivel (SGC)/ Reportes auditorías recurrentes |
| 3. Porcentaje de niños mayores de 15 meses y menores de 24 meses con esquema de vacunación completo según protocolo nacional | Total de niños entre 15 y 24 meses con esquema de vacunación completo según protocolo nacional/Total de niños entre 15 y 24 meses registrados en el primer nivel | Cuatrimestral | Sistema Gestión Clínica Primer Nivel (SGC)/ Reportes auditorías recurrentes |
| 4. Porcentaje de niños menores de 24 meses con controles de desarrollo y crecimiento completo según protocolo nacional | Total de niños menores de 24 meses con controles de desarrollo y crecimiento completo según protocolo nacional/Total de niños menores de 24 meses registrados en el primer nivel | Cuatrimestral | Sistema Gestión Clínica Primer Nivel (SGC)/ Reportes auditorías recurrentes |
| 5. Porcentaje de individuos sintomáticos respiratorios captados con resultados de baciloscopia documentado en centro de primer nivel | Total de individuos sintomáticos respiratorios con resultados de baciloscopia documentados en el primer nivel/Total de individuos sintomáticos respiratorios captados en el primer nivel | Cuatrimestral | Sistema Gestión Clínica Primer Nivel (SGC)/ Reportes auditorías recurrentes |
| 6. Porcentaje de individuos mayores de 18 años tamizados para hipertensión arterial según protocolo nacional | Total de individuos mayores de 18 años tamizados para hipertensión arterial según protocolo nacional/Total de individuos mayores de 18 años registrados en el primer nivel | Cuatrimestral | Reportes Sistema Gestión Clínica Primer Nivel (SGC)/ Reportes auditorías recurrentes |
| 7. Porcentaje de individuos diagnosticados con hipertensión arterial en tratamiento según protocolo nacional | Total de individuos diagnosticados con hipertensión arterial en tratamiento según protocolo nacional/Total de individuos con hipertensión arterial registrados en el primer nivel | Cuatrimestral | Reportes Sistema Gestión Clínica Primer Nivel (SGC)/ Reportes auditorías recurrentes |
| 9. Porcentaje de individuos mayores de 18 años con tamizaje para diabetes según protocolo nacional (screening diabetes) | Total de individuos mayores de 18 años con tamizaje para diabetes según protocolo nacional /Total de individuos mayores de 18 años registrados en el primer nivel | Cuatrimestral | Reportes Sistema Gestión Clínica Primer Nivel (SGC)/ Reportes auditorías recurrentes |
| 10. Porcentaje de individuos diagnosticados con Diabetes tipo II en tratamiento según protocolo nacional | Total de individuos diagnosticados con Diabetes tipo II en tratamiento según protocolo nacional/Total de individuos con Diabetes Tipo II en el primer nivel | Cuatrimestral | Reportes Sistema Gestión Clínica Primer Nivel (SGC)/ Reportes auditorías recurrentes |
| 11. Porcentaje de población SIUBEN I y II con carnets de afiliación al régimen subsidiado | Total de individuos de población SIUBEN I y II, adscriptos, con carnets de afiliación al régimen subsidiado / Total de individuos de población SIUBEN I y II, adscriptos | Cuatrimestral | Reportes a partir de la base de datos de dispersión de UNIPAGO/ Reportes auditorías recurrentes |
| 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 | Total de individuos de población SIUBEN I y II, adscriptos, con carnets de afiliación al régimen subsidiado / Total de individuos de población SIUBEN I y II, adscriptos | Cuatrimestral | Reportes a partir de la base de datos de SENASA y de la Junta Electoral |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COMPONENTE II. Fortalecimiento de la calidad de los servicios de salud materno infantil** | | | |
| **Indicadores de producto** | **Fórmula** | **Frecuencia de medición** | **Fuente** |
| 1. Hospitales certificados como centros de excelencia materno-infantil (CDEx). | Número absoluto | Anuales | Reportes de Evaluación hechos por la Dirección General de Habilitación |
| 2. Sistema de Gestión Hospitalaria (SIGHO) implementado en los hospitales CDEx | Binario | Anuales | Reportes de Evaluación emitidos por la Dirección de Tecnología de Información del MSP |
| 3. Número de Personal Médico y Enfermería, así como personal administrativo capacitado en Sistema de Gestión Hospitalaria (SIGHO) | Número absoluto | Anuales | Listados de Asistencia a las sesiones de capacitación y certificación participación de emitida por la DDI al finalizar el curso |
| 4. Número de personal de salud de los seis hospitales a ser incluidos como Centros de Excelencia Materno-infantil capacitadas a través de programas Cuidados Obstétricos De Emergencia COE | Número absoluto | Anuales | Listados de Asistencia a las sesiones de capacitación y certificación participación de emitida por la DDI al finalizar el curso |
| 5. Número de personal de salud del área de perinatología de los seis hospitales a ser incluidos como Centros de Excelencia Materno-infantil capacitadas en sepsis neonatal | Número absoluto | Anuales | Listados de Asistencia a las sesiones de capacitación y certificación participación de emitida por la DDI al finalizar el curso |
| **Indicadores de resultados intermedios** | **Fórmula** | **Frecuencia de medición** | **Fuente** |
| 1. Porcentaje de muertes maternas e incidentes auditados por los Comités de Maternidad Segura con al menos una de las medidas correctivas implementadas | Total de muertes maternas e incidentes auditados por el Comité de Maternidad Segura con al menos una medida correctiva implementada/Total de muertes maternas e incidentes registrados en los hospitales | Anual | Actas de las sesiones del Comité de Maternidad Segura |
| 2. Porcentaje de las muertes neonatales y cuasi auditados por los Comités de Maternidad Segura con al menos una de las medidas correctivas implementadas | Total de casos morbimortalidad neonatal auditados por el Comité con al menos una medida correctiva aplicada/Total de casos de morbimortalidad neonatal ocurridos en los hospitales | Anual | Actas de las sesiones del Comité de Maternidad Segura |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COMPONENTE III: : Fortalecimiento institucional de la función de rectoría del sector salud** | | | |
| **Indicadores de producto** | **Fórmula** | **Frecuencia de medición** | **Fuente** |
| 1. Plan decenal 2016‑2025 elaborado | Binario | Anual | Informe de consultoría |
| 2. Unidad de análisis de monitoreo y evaluación de desempeño dentro del MSP implementada | Binario | Anual | Resolución Ministerial estableciendo creación de la Unidad/ Manual de Operaciones de la Unidad/ Reportes de evaluación de la Unidad |
| 3. Norma y guías de habilitación actualizadas. | Binario | Anual | Resolución Ministerial instituyendo las normas |
| 4. Norma nacional para la homologación de las funciones de los sistemas de información de salud diseñada | Binario | Anual | Resolución Ministerial instituyendo las normas |
| 5. Sistema de gestión clínico-administrativo para el segundo y tercer nivel de atención desarrollado e implementado | Binario | Anual | Reportes anuales de evaluación emitidos por la Dirección de Tecnología de Información del MSP. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COMPONENTE IV: Generación de conocimiento y evaluación** | | | |
| **Indicadores de producto** | **Fórmula** | **Frecuencia de medición** | **Fuente** |
| 1. Análisis de resultados de la reforma del sector salud | Binario | Anual | Informe de consultoría |
| 2. Análisis de la estructura del Plan Básico de Salud y metodología para su costeo y ajuste. | Binario | Anual | Informe de consultoría |
| 3. Análisis de las implicaciones de eliminar la ley de pasantía médica | Binario | Anual | Informe de consultoría |
| 4. Análisis de esquemas de incentivo a recursos humanos en salud para trabajar en áreas geográficas apartadas | Binario | Anual | Informe de consultoría |
| 5. Análisis de factibilidad de la implementación de una tarjeta electrónica de salud vinculada al Sistema de Gestión Clínica | Binario | Anual | Informe de consultoría |

* 1. **Recopilación de datos e instrumentos**

El MSP cuenta con sistemas de información que proveerán insumos para reportar el progreso del Programa, adicionalmente se estará contando con la información administrativa del Seguro Nacional de Salud (SENASA), ambas instituciones enviarán las informaciones a la UCP y esta última, reportará al Banco siguiendo los acuerdos del presente plan de Monitoreo y Evaluación. En particular, el Ministerio cuenta con la herramienta del Sistema de Gestión Clínica (SGC) en el primer nivel de atención de salud, que proveerá información administrativa para el seguimiento a los indicadores de resultado del modelo FBR del Componente 1.

Para los indicadores de mortalidad materno-infantil del Componente 2, la fuente de información será el Sistema de Gestión Hospitalaria (SIGHO).

Por último, se utilizarán fuentes secundarias de información como antecedentes, informes de resultados de proyectos anteriores, investigaciones previas sobre el tema del Programa, y análisis de personas expertas en el tema.

Se acordó con el prestatario, que la Unidad Coordinadora de Proyectos (UCP), adscrita al MSP y encargada de la ejecución del Proyecto, será la responsable de recopilar la información de las múltiples fuentes y consolidarlas en el Informe Semestral.

* 1. **Presentación de informes**

**El Informe Semestral:** Este informe contiene información detallada sobre el nivel de avance alcanzado en los distintos componentes, productos y actividades del proyecto, tanto en su ejecución física como financiera. El Informe Semestral para cada producto y actividad del programa, está conformado por: el nivel de logro alcanzado, en ejecución física y monetaria; las dificultades encontradas; el responsable actual en quien recae el avance de la ejecución, sea institución o funcionario; y finalmente una relación de las acciones previas de la actividad o producto. Presenta, además, una revisión consolidada de lecciones aprendidas y recomendaciones para retroalimentar al Programa y al propio Ministerio. La elaboración de los Informes Semestrales será responsabilidad del Ministerio de Salud Pública a través de la UCP. Se acordó con el Organismo Ejecutor que la información de los Informes de Semestrales esté en consonancia con la Matriz de Resultados y que además contenga la información necesaria para alimentar el Informe de Monitoreo del Proyecto (PMR).

**Las Auditorías Recurrentes (AR´s):** El objetivo general de las auditorías recurrentes externas es verificar que las regionales de salud participando en el proyecto cumplen con las normas y procedimientos de gestión del modelo de financiamiento basado en resultados. Las AR´s se realizarán cuatrimestralmente y constituirán el instrumento mediante el cual el prestatario justificará los desembolsos correspondientes a las cápitas del Régimen Subsidiado del SENANA y la población pobre no asegurada recibiendo prestaciones de servicios en el primer nivel[[2]](#footnote-2). Específicamente, se contratará una firma externa que verificará la información consolidada de población objetivo, población adscrita e indicadores de resultado, tanto en los sistemas de las regionales de salud y como en los del SENASA. La firma validará la información en los sistemas con chequeos aleatorios in situ a nivel de beneficiarios (verificación de población adscrita a través de Fichas Familiares) y de UNAPs (verificación de información de prestación de servicios de acuerdo a registros del Sistema de Gestión Clínica).

**El Plan de Ejecución del Proyecto (PEP):** La UTP en conjunto con el Banco, elaboró el Plan de Ejecución del Proyecto (PEP). Este contiene la especificación, costeo y programación de todas las actividades y productos del Proyecto durante su período de ejecución, para el logro de los objetivos del mismo. La versión anual del PEP se debe entender como un Plan Operativo Anual (POA) típico. La UTP será capacitada en el manejo del MS PROJECT para llevar a cabo el seguimiento y actualización del PEP. A inicios de cada año, el Banco revisará y acordará las actividades a incluirse dentro del PEP. El PEP será sometido semestralmente al Banco para no objeción de cualquier modificación realizada al documento.

**El Plan de Adquisiciones (PA):** El Plan de Adquisiciones (PA) de la operación será actualizado trimestralmente. La UTP deberá enviar al Banco para no objeción a través del SEPA. El PA abarca los 48 meses de ejecución del Programa y contiene: (i) los contratos de obras, bienes y servicios diferentes de consultoría, los cuales seguirán las políticas del Banco (GN-2349-9; GN-2350-9); y (ii) los contratos de servicios de consultoría.

**Informe de Monitoreo del Progreso (PMR):** El desarrollo de la actividad de seguimiento está íntegramente asociada con las metas propuestas en la Matriz de Resultados del Proyecto y las actividades establecidas en el PMR. La Matriz de Resultados incluye indicadores relacionados con los resultados últimos esperados (indicadores de impacto), con resultados intermedios (indicadores de efectos) y con las actividades/procesos (indicadores de productos y resultados) que se ejecutarán durante el desarrollo del programa. Estas actividades se reflejarán en el PMR como herramienta que integra la información de metas a corto y mediano plazo, el Plan de Adquisiciones y los recursos ejecutados. El MSP deberá presentar una actualización de la información del PMR a más tardar la primera semana de Septiembre y la primera semana de Febrero de cada año que el programa se encuentre en ejecución.

**Informe de Revisión del Préstamo (LRR):** A ser elaborado por el equipo del proyecto del BID a los 18 meses del inicio de la ejecución del Programa, con base en los Informes de Status Actual.

**Informe de Monitoreo del Progreso Expandido (XPMR):** Al cierre del proyecto el equipo del Banco elaborará el documento XPMR, con una evaluación ampliada de los progresos de los indicadores establecidos en la Matriz de Resultados durante el ciclo de vida de la operación.

**Informe de auditoría:** El organismo ejecutor, a través de la UTP, presentará al Banco: (i) estados financieros auditados intermedios al 30 de Junio de cada año de ejecución del proyecto (ii) estados financieros auditados anuales del proyecto, dentro de los 120 días del cierre del ejercicio fiscal del organismo ejecutor; y (iii) estados financieros auditados finales del Proyecto, dentro de los 120 días siguientes al último desembolso. Las auditorías serán realizadas por una firma de auditores independientes aceptables al Banco.

* 1. **Plan de trabajo y presupuesto para el monitoreo**

**Tabla 2**

**Plan de trabajo para el monitoreo**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Principales instrumentos/actividades para el monitoreo** | **2014** | | | | **2015** | | | | **2016** | | | | **Responsable** | **Costo**  **(US$)** | **Financiamiento** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Informe de Semestral | X |  | X |  | X |  | X |  | X |  | X |  | UTP | Costo fijo | DR - L1067 |
| Auditorías recurrentes |  | X | X |  | X | X | X |  | X | X | X | X | UTP | 2,500.000 | DR - L1067 |
| Plan de Ejecución del Proyecto y Plan Operativo Anual | X |  | X |  | X |  | X |  | X |  | X |  | UTP | Costo Fijo | DR - L1067 |
| Plan de adquisiciones | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | UTP | Costo Fijo | DR - L1067 |
| Informe de Monitoreo del Progreso (PMR) | X |  | X |  | X |  | X |  | X |  | X |  | Equipo BID | Costo Fijo | DR - L1067 |
| Informe de Revisión del Préstamo (LRR) |  |  |  |  |  | X |  |  |  |  |  |  | Equipo BID | Costo Fijo | DR - L1067 |
| Informe de Monitoreo del Progreso Expandido (XPMR) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | X | Equipo BID | Costo Fijo | DR - L1067 |
|  | **Total Costo:** | | | | | | | | | | | | | | US$ 2,500.000 |

* 1. **Evaluación**

1. **Principales preguntas de evaluación**

La evaluación propuesta para el proyecto se centra en el análisis del primer componente del préstamo puesto que concentra la mayor parte de los recursos de la operación. Además, la posibilidad de evaluar el impacto del modelo de financiamiento basado en resultados en el sector salud constituye una oportunidad importante de generar conocimiento acerca de un tipo de intervención cada vez más popular en la región, pero en donde aún es necesario generar evidencia sobre su efectividad y replicabilidad.

Las principales preguntas de evaluación que se pretenden resolver con los análisis aquí propuestos están relacionadas con la estimación del impacto del financiamiento basado en resultados. Los indicadores asociados y de interés para la evaluación son aquellos que miden la gestión de los centros de salud y lo que proveen información sobre los resultados finales de salud de la población objetivo. Pensando en la teoría de cambio detrás de la intervención, se propone medir los cambios atribuibles a la intervención en resultados de: i) producción (recursos humanos y físicos); ii) acceso y cobertura; y iii) estado de salud de la población. De esta manera, no sólo será posible cuantificar el efecto del modelo en los indicadores básicos de salud de los individuos, sino que se podrá identificar el mecanismo por medio del cual se generan o no los cambios observados.

1. **Indicadores clave de resultado**

Los indicadores de resultado de la evaluación están directamente relacionados con aquellos incluidos en la matriz de resultados de la operación. Sin embargo, dado que, como se explicará más adelante, la evaluación está basada en datos secundarios existentes en el país, es necesario realizar ajustes en los indicadores de acuerdo con la disponibilidad de datos. Teniendo esta limitación en cuenta, la evaluación toma los siguientes indicadores clave de resultado:

* Producción:
  + Número de consultas médicas outorgadas a menores de cinco años
  + Número de consultas de control prenatal médicas outorgadas a mujeres embarazadas
  + Número de consultas preventivas outorgadas a mayores de 18 años
* Acceso y cobertura:
  + Proporción de población menor de un año con esquema de vacunación completo
  + Proporción de nacimientos cuyas madres reciben atención de personal profesional durante el embarazo (en cinco años)
  + Proporción de nacimientos en establecimientos de salud
  + Proporción de nacimientos cuyas madres reciben atención de personal profesional durante el parto (en cinco años)
* Estado de salud:
  + Casos de sepsis neonatal por 1,000 nacidos vivos
  + Casos de desnutrición crónica por 100 mil menores de cinco años
  + Casos de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos
  + Casos de mortalidad infantil por 1,000 menores de un año
  + Casos de mortalidad por tuberculosis

Estos indicadores serán ajustados en la medida en que se tenga un mejor entendimiento de la información disponible con el fin de lograr una mayor consistencia con la matriz de resultados del proyecto y de resolver las preguntas de interés prioritario para el país como es el tema de acceso a aseguramiento en salud. Los indicadores incluidos en este listado están disponibles con representatividad nacional, regional y hasta provincial, dependiendo de la fuente utilizada.

1. **Metodología de evaluación**

El desarrollo de una evaluación de impacto rigurosa del modelo de financiamiento basado en resultados que se va a financiar con esta operación presenta retos importantes. En primer lugar, dado que la unidad de tratamiento principal es la región de salud, son pocas las observaciones disponibles en un país tan pequeño, a saber: sólo existen nueve regiones de salud y, por lo tanto, nueve unidades de análisis. En segundo lugar, dado que ya dos de la regiones han sido intervenidas, que una lo será este año y que cinco lo serán simultáneamente a partir de 2014, sólo queda una región sin intervención, lo que dificulta encontrar un grupo de comparación valido para realizar la evaluación. Aún más, teniendo en cuenta que la región que queda por fuera es Santo Domingo, la capital, la estrategia de identificación se hace incluso más complicada.

Teniendo en cuenta estas limitaciones, la evaluación aquí propuesta plantea dos tipos de análisis: retrospectivo y prospectivo. El análisis retrospectivo busca cuantificar el impacto del modelo de financiamiento basado en resultados en las dos regiones ya intervenidas desde 2010. Por su parte, el análisis prospectivo busca medir el impacto inverso de la intervención, es decir, el impacto de no tener el financiamiento basado en resultados en Santo Domingo (mientras que todas las demás regiones lo tienen). Obviamente, este último ejercicio debe tener en consideración que la capital, Santo Domingo, es diferente de las demás regiones del país, por lo que puede ser necesario limitar el análisis a ciertas áreas de la ciudad que sean más comparables con el resto del país.

Para realizar los análisis mencionados se utilizará la metodología de controles sintéticos que utiliza series de tiempo para las unidades tratadas y las no tratadas, y construye un control ficticio que simula muy de cerca la tendencia de la unidad tratada antes del tratamiento. De esta manera, es posible tener una aproximación al contrafactual, es decir, a lo que sucedería en la ausencia de la intervención, para después comparar con lo observado bajo la intervención. Bajo esta metodología, la diferencia en los indicadores de interés, después de la intervención, entre la unidad tratada y el control sintético, constituye el impacto del proyecto.

Esta metodología requiere idealmente de series de tiempo largas, así como de un universo numeroso de potenciales controles, para construir con mayor precisión el control sintético. Sin embargo, es posible aplicarla con mínimo dos observaciones anteriores a la intervención y un grupo de potenciales controles. En República Dominicana están disponibles dos fuentes de datos importantes que cumplen con estos requisitos. Primero, están los datos administrativos del Ministerio de Salud Pública que se publican anualmente en el reporte de Indicadores Básicos de Salud. Estos datos están disponibles desde 2008, y para algunos años entre 1999 y 2003. Segundo, están los datos de la Encuesta de Demografía y Salud (ENDESA) que se ha realizado en el país en 1986, 1991, 1996, 1999, 2002, 2007 y está actualmente en campo la de 2013. Si bien estas dos fuentes tienen limitaciones importantes en cuanto a la calidad de los datos (e.g. subregistro) y su comparabilidad a través de los años, constituyen un recurso valioso que utilizado con precaución puede permitir llevar a cabo la evaluación propuesta. Los indicadores presentados en la sección anterior provienen, precisamente, de alguna de estas dos fuentes de datos.

1. **Aspectos técnicos de la metodología propuesta**

La metodología de los controles sintéticos fue desarrollada por Abadie y Gardeazabal (2003) como una herramienta de evaluación de impacto que permite construir un estimado de lo que hubiera pasado en la ausencia de un programa y, por consiguiente, proporciona una forma de cuantificar el impacto del programa, al comparar dicho estimado con el resultado observado bajo el programa en cuestión. La metodología se basa en la generación de un control sintético que replique a nivel agregado los resultados de interés de la unidad bajo tratamiento, durante los periodos anteriores a la entrada en operación del programa. El control sintético se obtiene a través de un algoritmo que selecciona unidades de control de manera que se minimicen las diferencias observadas en una serie de características agregadas entre la unidad de tratamiento y el control sintético. Este algoritmo otorga ponderaciones a cada control y característica para replicar la unidad tratada con la mayor precisión posible.

De esta manera, se logra una unidad de control que, al momento de la intervención (y en los periodos anteriores), sólo se diferencia de la unidad tratada en que no recibe el tratamiento. Cuando se obtiene un control sintético que replica con precisión la tendencia de la unidad tratada antes de la intervención, se puede asumir que la tendencia del control sintético después de la intervención corresponde a lo que le hubiera pasado a la unidad tratada en la ausencia del programa. Por lo tanto, la comparación del control sintético y la unidad tratada después de la intervención corresponde al impacto del programa.

Como se menciona en la sección anterior, si bien esta metodología puede aplicarse con tan sólo dos observaciones anteriores a la entrada en operación del programa y un grupo de potenciales controles, la calidad de la estimación mejora en la medida en que hay una serie de tiempo más larga, un universo de controles más grande y una variedad de características observadas mayor. En casos en los que se considere necesario hacer pruebas de robustez de la validez del contrafactual, se puede verificar el balance entre la unidad tratada y el control sintético en variables dependientes e independientes, e incluso realizar pruebas de placebo utilizando regiones o periodos de tiempo que no son relevantes para el programa estudiado.

1. **Reporte de los resultados de la evaluación**

Los resultados de la evaluación propuesta serán presentados a través de informes de evaluación que serán compartidos con las contrapartes en el gobierno y otros sectores relevantes. Además se podrá participar en eventos como seminarios en los que se presenten los resultados obtenidos.

1. **Plan de trabajo para la evaluación**

**Tabla 3**

**Plan de trabajo para la evaluación de impacto**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Principales actividades para la evaluación** | **2014** | | | | **2015** | | | | **2016** | | | | **2017** | | | | **Responsable** | **Costo**  **(US$)** | **Financiamiento** |
| Diseño detallado de la evaluación | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | BID |  |  |
| Análisis de datos de la evaluación retrospectiva | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | UCP | 10.000 | DR-L1067 |
| Resultados de la evaluación retrospectiva |  | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | BID |  |  |
| Análisis preliminar de datos de la evaluación prospectiva |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | UCP | 10.000 | DR-L1067 |
| Diseminación inicial de resultados |  |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | UCP |  |  |
| Análisis final de datos de la evaluación prospectiva |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | X |  |  |  | UCP | 20.000 | DR-L1067 |
| Resultados de la evaluación prospectiva |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | X |  |  | BID |  |  |
| Diseminación final de resultados |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | X |  | UCP | 10.000 | DR-L1067 |
| **Costo Total:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **50.000** |  |

**Referencias**

1. Andaleeb, Syed Saad (2001). Service quality perceptions and patient satisfaction: a study of hospitals in a developing country. *Social Science and Medicine*, Volumen 52, Número 9, pp. 1359-1370.
2. DesRoches, Catherine M. et al. (2008). Electronic Health Records in Ambulatory Care — A National Survey of Physicians. *New England Journal of Medicine*, Número 359, pp. 50-60.
3. Foster, Jennifer et al (2010). A community-based participatory research approach to explore community perceptions of the quality of maternal–newborn health services in the Dominican Republic. *Midwifery*, Volumen 26, Número 5, pp. 504-511.
4. Haddad, Slim y Pierre et al. (1998). What does quality mean to lay people? Community perceptions of primary health care services in Guinea, *Social Science and Medicine*, Volumen 47, Número 3, pp. 381-394
5. Häyrinen, Kristiina et al. (2008). Definition, structure, content, use and impacts of electronic health records: A review of the research literature. *International Journal of Medical Informatics*, Volumen 77, Número 5, pp. 291-304
6. [Kalogriopoulos, Nicholas A](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Kalogriopoulos%20NA%22%5BAuthor%5D). (2009). Electronic medical record systems for developing countries: review. Conference proceedings: Annual International Conference of the IEEE, pp. 1730-3.
7. Linder, Jeffrey A. (2007). Electronic Health Record Use and the Quality of Ambulatory Care in the United States. Archives of Internal Medicine, Volumen 167, Número 13, pp. 1400-1405.
8. Mariko, Mamadou (2003). Quality of care and the demand for health services in Bamako, Mali: the specific roles of structural, process, and outcome components. *Social Science and Medicine*, Volumen 56, Número 6, pp. 1183-1196.
9. Pérez-Then, Eddy (Ed.) (2010). Calidad de la Atención de la Embarazada y del niño menor de un año en Centros de Primer Nivel de Atención de la Regiones III, IV, V VI de la República Dominicana. CENISMI. Resultados de la Segunda Fase. Serie de Reuniones Técnicas IV.
10. Poissant, Lise y Jennifer Pereira, Robyn Tamblyn, Yuko Kawasumi (2005). The Impact of Electronic Health Records on Time Efficiency of Physicians and Nurses: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Informatics Association*, Volumen 12, Número 5, pp. 505‑516.
11. Raudenbush, S. W., et al. (2011). Optimal Design Software for Multi-level and Longitudinal Research (Version 3.01) [Software]. Available from www.wtgrantfoundation.org or from sitemaker.umich.edu/group-based.
12. Skordis-Worrall, Jolene et al. (2011). Estimating the demand for health services in four poor districts of Cape Town, South Africa. *International Health*, Volumen 3, Número 1, March 2011, pp. 44-49.

1. En el 2001 inicia la Reforma del Sector Salud mediante la Ley No. 87-01, que establece el Sistema Dominicano de Seguridad Social y Ley No. 42-1, Ley General de Salud. [↑](#footnote-ref-1)
2. 50% de las transferencias se hará por adscripción (tramo fijo) y el 50% restante (tramo variable) de acuerdo al desempeño en los 10 indicadores meta en salud. [↑](#footnote-ref-2)