

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

## **REPÚBLICA DOMINICANA**

### **APOYO A LA CONSOLIDACIÓN DEL SECTOR SALUD Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

**(DR-L1073)**

#### **PROPUESTA DE PRÉSTAMO**

Este documento fue preparado por: Christian Contín (FMP/CDR); Marcella Distrutti (SPH/CDR); Yonaida Encarnación (CID/CDR); Solange Berstein (SCL/LMK); Diana Pinto (SCL/SPH); Astrid Pineda (SPH/CDR); Cristina Landázuri (LEG/SGO); Rudy Loo-Kung (CID/CID); Claudia Pévere (SCL/SPH); Madiery Vásquez (SPH/CDR); María Victoria Fazio (SCL/LMK) co-jefe de equipo; y Sandro Parodi (SPH/CDR), jefe de equipo.

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

## ÍNDICE

RESUMEN DEL PROYECTO .....	1
I. DESCRIPCIÓN Y MONITOREO DE RESULTADOS.....	2
A. Desempeño macroeconómico reciente y necesidades de financiamiento .....	2
B. Los sistemas de seguridad social y salud de República Dominicana .....	2
C. Desafíos del sistema de seguridad social .....	4
D. Determinantes de la baja cobertura y de la baja eficiencia del SDSS .....	5
E. Desafíos del Sistema Nacional de Salud .....	7
F. Determinantes de la baja eficiencia del gasto público en salud.....	8
G. Apoyo del Banco a los sectores de seguridad social y salud .....	11
H. Racionalidad del programa y alineación estratégica .....	11
I. Objetivos, componentes y costos de la operación .....	12
J. Indicadores clave de la matriz de resultados .....	13
II. ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO Y RIESGOS .....	13
A. Instrumentos del financiamiento.....	13
B. Riesgos ambientales y sociales de las salvaguardias .....	14
C. Riesgos y economía política de las reformas.....	14
III. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GERENCIAMIENTO .....	15
A. Resumen de medidas de implementación.....	15
B. Resumen de medidas para monitoreo de resultados .....	15
C. Carta de Política.....	15

Anexos	
Anexo I	Matriz de Efectividad en el Desarrollo (DEM) - Resumen
Anexo II	Matriz de Políticas

Enlaces Electrónicos	
<b>OBLIGATORIOS</b>	
1.	Carta de Política <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=39230833">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=39230833</a>
2.	Medios de Verificación <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=39059137">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=39059137</a>
3.	Matriz de Resultados <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=39059145">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=39059145</a>
<b>OPCIONALES</b>	
1.	Monitoreo y Evaluación <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=39059166">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=39059166</a>
2.	Ruta Crítica <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=39059197">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=39059197</a>
3.	Análisis Económico <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=39060409">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=39060409</a>
4.	Documento de Marco Sectorial de Trabajo <a href="http://publications.iadb.org/handle/11319/2639?locale-attribute=es">http://publications.iadb.org/handle/11319/2639?locale-attribute=es</a>
5.	Nota de Política. Seguridad social en pensiones en la República Dominicana (borrador para discusión) <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?Docnum=39000628">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?Docnum=39000628</a>
6.	BID-Banco Mundial. Notas de Política, República Dominicana (borrador para discusión) <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?Docnum=38922689">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?Docnum=38922689</a>
7.	Ley 87-01 de Seguridad Social <a href="http://www.sipen.gov.do/documentos/norm_ley_87_01.pdf">http://www.sipen.gov.do/documentos/norm_ley_87_01.pdf</a>
8.	Ley 352-98 sobre Protección al Envejeciente <a href="http://www.comisionadodejusticia.gob.do/phocadownload/Biblioteca_Virtual/Envejeciente/Ley%20352-98,%20sobre%20Proteccion%20al%20Envejeciente.pdf">http://www.comisionadodejusticia.gob.do/phocadownload/Biblioteca_Virtual/Envejeciente/Ley%20352-98,%20sobre%20Proteccion%20al%20Envejeciente.pdf</a>
9.	Boletín N. 33 SIPEN con información sobre SISPRE <a href="http://www.sipen.gov.do/documentos/Boletin33_Sipen.pdf">http://www.sipen.gov.do/documentos/Boletin33_Sipen.pdf</a>
10.	Boletín N. 42 SIPEN <a href="http://www.sipen.gov.do/documentos/Boletin42_Sipen.pdf">http://www.sipen.gov.do/documentos/Boletin42_Sipen.pdf</a>
11.	Acciones de Política para mejorar la eficiencia del SNS <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=39199744">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=39199744</a>
12.	Apoyo del Banco al Sector Salud en República Dominicana <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=39199842">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=39199842</a>
13.	Análisis de Impacto Fiscal <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=39199788">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=39199788</a>
14.	Importancia relativa de los factores causales de la baja eficiencia del Sector Salud y la baja cobertura del SDSS <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?Docnum=39199781">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?Docnum=39199781</a>

## ABREVIATURAS

AFP	Administradora de Fondos de Pensiones
ALC	América Latina y el Caribe
APS	Atención Primaria de Salud
ARS	Administradora de Riesgos de Salud
CNSS	Consejo Nacional de Seguridad Social
CO	Capital Ordinario
CONAPE	Consejo Nacional de la Persona Envejeciente
DEA	Análisis Envolvente de Datos (por sus siglas en inglés)
DIDA	Dirección de Información y Defensa de los Afiliados
ECNT	Enfermedades Crónicas no Transmisibles
END	Estrategia Nacional de Desarrollo
ENFT	Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo
ENHOGAR	Encuesta Nacional de Hogares Múltiples
FFF	Facilidad Flexible de Financiamiento
FMI	Fondo Monetario Internacional
GC	Gobierno Central
GORD	Gobierno de la República Dominicana
ICV	Índice de Calidad de Vida
IDSS	Instituto Dominicano de Seguro Social
MH	Ministerio de Hacienda
MSP	Ministerio de Salud Pública
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OIT	Organización Internacional del Trabajo
PBL	Préstamo de Apoyo a Reformas de Política (por sus siglas en inglés)
PBP	Préstamo Programático de Apoyo a Reformas de Política
PBS	Plan Básico de Salud
PDSS	Plan de Servicios de Salud
PEA	Población Económicamente Activa
PIB	Producto Interno Bruto
PROVEE	Programa de Protección a la Vejez en Pobreza Extrema
RC	Régimen Contributivo
RCS	Régimen Contributivo Subsidiado
RD	República Dominicana
RPPSS	Red Pública de Prestación de Servicios de Salud
RS	Régimen Subsidiado
SDP	Sistema Dominicano de Pensiones
SDSS	Sistema Dominicano de Seguridad Social
SENASA	Seguro Nacional de Salud
SFS	Seguro Familiar de Salud
SIPEN	Superintendencia de Pensiones
SISPRE	Sistema de Pensiones de Reparto del Estado
SIUBEN	Sistema Único de Beneficiario
SNS	Sistema Nacional de Salud
SRS	Servicios Regionales de Salud
TIR	Tasa Interna de Retorno
TSS	Tesorería de la Seguridad Social
VPN	Valor Presente Neto

**RESUMEN DEL PROYECTO**  
**REPÚBLICA DOMINICANA**  
**APOYO A LA CONSOLIDACIÓN DEL SECTOR SALUD Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL**  
**(DR-L1073)**

Términos y Condiciones Financieras			
<b>Prestatario:</b> República Dominicana <b>Organismo Ejecutor:</b> Ministerio de Hacienda		<b>Facilidad de Financiamiento Flexible*</b>	
		<b>Plazo de amortización:</b>	17,5 años
		<b>Vida Promedio Ponderada (VPP) Original</b>	12,73 años**
		<b>Período de desembolso:</b>	1 año
		<b>Período de gracia:</b>	10,5 años
<b>Fuente</b>	<b>Monto (US\$)</b>	<b>Tasa de interés:</b>	Basada en Libor
<b>BID:</b> Capital Ordinario	150 millones	<b>Comisión de inspección y vigilancia:</b>	***
	150 millones	<b>Moneda:</b>	Dólares estadounidenses
<b>Total</b>			<b>Comisión de Crédito:</b>
Visión General del Programa			
<b>Objetivo del programa:</b> El objetivo general del programa es consolidar progresivamente la cobertura de la seguridad social y mejorar la eficiencia del gasto en salud, mediante la profundización de la reforma que viene implementando el GORD en ambos sectores.			
La presente operación es la primera de una serie programática en apoyo de reformas de política, a conformarse de dos préstamos contractualmente independientes pero técnicamente vinculados, de conformidad con el Documento CS-3633-1.			
<b>Condiciones contractuales especiales:</b> El desembolso del financiamiento del Banco está condicionado al cumplimiento de las condiciones de política señaladas en el Anexo II (Matriz de Políticas), en adición al cumplimiento de las demás condiciones establecidas en el Contrato de Préstamo (pár. 3.4).			
<b>Excepciones a las políticas del Banco:</b> Ninguna.			
El proyecto califica como:    SEQ [X]            PTI [ ]    Sector [ X ]    Geográfica [ ]    % de beneficiarios [ ]			

(\*) Bajo los términos de facilidad de financiamiento flexible (FN-655-1), el Prestatario tiene la opción de solicitar modificaciones al cronograma de amortización, así como conversiones de moneda y de tasa de interés, en todos los casos, sujeto a la fecha final de amortización y la VPP original. En la consideración de dichas solicitudes, el Banco tomará en cuenta condiciones de mercado y aspectos operacionales de manejo de riesgos.

(\*\*) La Vida Promedio Ponderada Original del préstamo podrá ser menor de acuerdo a la fecha efectiva de firma del Contrato de Préstamo.

(\*\*\*) La comisión de crédito y comisión de inspección y vigilancia serán establecidas periódicamente por el Directorio Ejecutivo como parte de su revisión de cargos financieros del Banco, de conformidad con las disposiciones aplicables de la política del Banco sobre metodología para el cálculo de cargos para préstamos del Capital Ordinario.

## **I. DESCRIPCIÓN Y MONITOREO DE RESULTADOS**

### **A. Desempeño macroeconómico reciente y necesidades de financiamiento**

- 1.1 República Dominicana (RD) ha sido una de las economías de América Latina y el Caribe (ALC) de mayor dinamismo. Entre 1990 y 2013, el Producto Interno Bruto (PIB) creció a una tasa anual promedio de 5,1%, muy por encima del promedio de la región de 3,1%. Este desempeño se ha mantenido en el primer semestre de 2014, con un crecimiento de 5,2%. No obstante, en el ámbito fiscal, RD ha registrado una posición deficitaria desde 2008 y que se agravó en 2012. Entre 2008 y 2012, el balance global del Gobierno Central (GC) promedió un déficit de 3,6% del PIB. A finales de 2012, el déficit alcanzó 6,8% (vs 2,6% en 2011), en parte por el aumento del gasto en capital durante el ciclo electoral.
- 1.2 Durante 2012, el Gobierno de la República Dominicana (GORD) implementó un Programa de Consolidación Fiscal que incluyó una reforma tributaria y un ajuste del gasto público. En 2013, los ingresos fiscales se incrementaron en 15,2%; el gasto público se redujo en 7,6%; y el déficit del GC alcanzó 2,9% del PIB. Estos avances revirtieron la tendencia creciente del déficit, sin embargo, éste apenas se ha normalizado a sus niveles previos a 2012. Además del ajuste en el nivel del gasto, se reorientaron recursos hacia el sector social que pasaron de 7,5% en 2011 a 9,4% del PIB en 2013. En particular, destacan el incremento de la asignación a educación y mayores recursos para aumentar la cobertura del seguro de salud subsidiado y de los programas de asistencia social.
- 1.3 Para 2014, se proyecta un déficit de 2,8% del PIB. Los ingresos fiscales (incluyendo donaciones) ascenderán a 15,5% del PIB, superior en 0,5 puntos porcentuales al estimado de 2013. El incremento se explica por la entrada en vigencia de artículos de la reforma tributaria que eran de aplicación gradual<sup>1</sup>. Se estima que el gasto alcanzará un 18,3% del PIB.
- 1.4 Este Préstamo Programático de Apoyo a Reformas de Política (PBP) proveerá apoyo presupuestario para financiar el déficit fiscal, permitiendo un manejo más eficiente de la deuda pública y reduciendo la presión para ajustar el gasto, que afectaría los compromisos de política social del GORD. Esta operación financiará un 5,5% del déficit fiscal y cerca de 2% de las necesidades brutas de financiamiento del sector público para 2014<sup>2</sup>.

### **B. Los sistemas de seguridad social y salud de República Dominicana**

- 1.5 **Reformas a los sectores de seguridad social y salud.** En el año 2001, el GORD inició un proceso de reforma estructural de los sectores de seguridad social y

---

<sup>1</sup> Por ejemplo, el aumento de 8% a 11% del impuesto al valor agregado para ciertos bienes primarios.

<sup>2</sup> Las necesidades de financiamiento llegan a US\$4.262 millones (6,9% del PIB 2014 vs. 5,9% 2013).

salud mediante la promulgación de la Ley de Seguridad Social (87-01), que creó el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), y la Ley General de Salud (42-01), que estableció el marco normativo del Sistema Nacional de Salud (SNS). Ambas reformas tienen como fin alcanzar una cobertura universal y con calidad<sup>3</sup>. Previo a la reforma, existían regímenes de aseguramiento aislados que beneficiaban a una minoría, a través de distintos regímenes de pensiones de reparto fragmentados para empleados del sector público o fondos de pensiones complementarios, y programas de aseguramiento privado en salud para trabajadores del sector privado. La Ley 87-01 estableció tres regímenes de financiamiento para el aseguramiento en pensiones y salud: (i) Régimen Contributivo (RC) para asalariados; (ii) Régimen Contributivo-Subsidiado (RCS) para trabajadores por cuenta propia con ingresos superiores al salario mínimo; y (iii) Régimen Subsidiado (RS) para trabajadores por cuenta propia, personas discapacitadas y desempleados con ingresos menores al salario mínimo<sup>4,5</sup>.

- 1.6 **El Sistema Dominicano de Pensiones (SDP).** A la fecha, el RC en pensiones es el único régimen que se ha implementado. Éste se instrumentó a partir de un sistema de capitalización individual con cuentas administradas por las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), y se financia a través de la contribución compartida entre el trabajador asalariado (30%) y su empleador (70%)<sup>6</sup>. El marco legal creó la Superintendencia de Pensiones (SIPEN) con la finalidad de supervisar el cumplimiento de la ley en lo relativo a pensiones y vigilar la solvencia de las AFP. Por otra parte, si bien la ley instituyó el sistema previsional como de capitalización individual, dio cabida a que los regímenes de carácter estatal y privados preexistentes pudieran seguir operando de forma cerrada con sus afiliados; y se estableció que los regímenes de reparto público quedaran a cargo del Sistema de Pensiones de Reparto del Estado (SISPRE), un subsistema del SDSS y bajo el Ministerio de Hacienda (MH).
- 1.7 **El Sistema Nacional de Salud.** El planteamiento más relevante de la Ley General de Salud de 2001 fue la separación de las funciones básicas del sistema de salud (rectoría, financiamiento y provisión). El Ministerio de Salud Pública (MSP) se encargaría exclusivamente del rol rector del sistema de salud (aunque en la práctica esto todavía no está ocurriendo). La Tesorería de la Seguridad Social (TSS) quedó a cargo de los aportes de seguridad social provenientes de las nóminas y las contribuciones del GORD, y gira un per cápita a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS). Las ARS privadas proveen aseguramiento a la población del RC.

---

<sup>3</sup> En 2001, sólo 7% de los trabajadores estaba cubierto por el Instituto Dominicano de Seguros Sociales.

<sup>4</sup> La Ley 87-01 fijó la determinación de pobreza según el salario mínimo. El criterio cambió para el RS de salud en 2005, mediante decreto que consideraba al índice de calidad de vida de SIUBEN.

<sup>5</sup> El marco legal del SDSS creó el conjunto de identidades de la seguridad social: Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS), la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA) y la SIPEN.

<sup>6</sup> Las contribuciones de trabajadores y empleadores se calculan sobre la base del salario cotizable. El Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia del RC se financia con el aporte de 9,97% del salario cotizable, mientras que el RC en salud se financia con el aporte 10,13% del salario cotizable.

La ARS pública, el Seguro Nacional de Salud (SENASA), asegura a la población del RS. El CNSS es responsable de definir el paquete de servicios de salud, denominado Plan de Servicios de Salud (PDSS). En cuanto a los servicios de salud, los afiliados al RC pueden elegir entre prestadores públicos o privados. Los afiliados al RS sólo pueden ser atendidos en establecimientos públicos, a cargo de los Servicios Regionales de Salud (SRS), unidades desconcentradas del MSP.

- 1.8 Si bien en los últimos trece años se ha puesto en marcha el SDSS, el SDP y el nuevo SNS, los avances en la implementación de estas reformas se han dado por etapas y todavía quedan aspectos clave por mejorar<sup>7</sup>. Como consecuencia, el alcance de los beneficios esperados ha sido limitado. A continuación se describen algunos de los principales desafíos para la consolidación de las reformas y soluciones vislumbradas por el GORD para resolverlos.

### **C. Desafíos del sistema de seguridad social**

- 1.9 La cobertura actual refleja que el SDSS es de reciente creación y que el mercado laboral dominicano presenta altos niveles de trabajo por cuenta propia e informalidad. El RC en pensiones comenzó en 2003 afiliando a un millón de empleados asalariados (35% de la Población Económicamente Activa [PEA]) en el primer año<sup>8</sup>. En 2013, la afiliación alcanzó 2,7 millones (55% de la PEA). Sin embargo, el número de afiliados que efectivamente cotizan ha ido estancándose, llegando a 1,37 millones en 2013<sup>9</sup>; en términos relativos una de las cotizaciones más bajas de la región (34% de la población ocupada)<sup>10</sup>. Solo 58% de los asalariados cotizan, por cuanto existe evasión del RC. Por otro lado, sólo 15% de los adultos mayores de 65 años recibe actualmente una pensión para la vejez; y, de no actuarse, aun luego de la reforma de 2001, la cobertura seguirá siendo una de las más bajas de la región en 2050<sup>11</sup>. El RCS, tanto en salud y pensiones, y el RS en pensiones todavía no han iniciado su implementación.
- 1.10 El principal reto del SDSS en materia de pensiones es mejorar la cobertura bajo criterios de eficiencia y sostenibilidad, para reducir sus efectos en el mercado de trabajo y los incentivos a la informalidad. En ese sentido, el GORD ha identificado un conjunto de factores asociados a esta problemática que requieren ser abordados, a saber: (i) aspectos del diseño de la Ley de Seguridad Social que limitan la implementación completa del SDSS; (ii) falta una reglamentación para iniciar el RS en pensiones; (iii) falta armonizar aspectos del SISPRE con el marco

---

<sup>7</sup> El RC en pensiones inició en 2003. En salud, en 2007 se expandió el RS y se inició el RC.

<sup>8</sup> La PEA se compone de la población ocupada y desocupada. El nivel de desempleo es uno de los más altos de la región (14,9% en 2014, manteniéndose en un promedio de 15% en los últimos diez años). El país tiene la tasa más alta de trabajadores por cuenta propia en la región (43% a 2013).

<sup>9</sup> SIPEN ha realizado estudios para entender el estancamiento de la cotización y encuentra que muchos afiliados dejan de cotizar por razones de pérdida de empleo, o porque pasan a ser cuenta propia, o por falta de información sobre la cotización del empleador, entre otras razones.

<sup>10</sup> Ver Bosch, Melguizo y Pagés (2013) para una comparación con otros países.

<sup>11</sup> La desprotección en la vejez impone no solo costos sociales sino también costos fiscales (Bosch et al 2013).



legal del SDSS; (iv) debilidad de los canales de información y fiscalización para aumentar la cobertura del RC; (v) ausencia de un sistema de monitoreo y evaluación integral del SDSS; y (vi) una baja cultura previsional, siendo el diseño fragmentado del SDSS, junto a la falta de reglamentación para el inicio del RS, los factores de mayor importancia<sup>12</sup>.

#### **D. Determinantes de la baja cobertura y de la baja eficiencia del SDSS**

1.11 **Marco normativo del SDSS necesita ajustes en el diseño.** Se ha identificado la necesidad de modificar aspectos clave del diseño del SDSS para encaminar la expansión del aseguramiento en el largo plazo, los cuales requieren modificaciones a la propia legislación. Por ejemplo, la diferencia en subsidios para trabajadores asalariados y no-asalariados y la implementación parcial solo para asalariados, puede estar generando incentivos para que empresas y trabajadores no coticen a la seguridad social y operen en el sector informal<sup>13</sup>. A su vez, el RCS no ha podido implementarse, dejando sin cobertura a gran parte de los trabajadores. Para superar estos posibles efectos adversos, es necesario modificar aspectos clave del diseño de los regímenes de financiamiento y considerar la factibilidad de la implementación de un sistema que incluya a todos los trabajadores.

1.12 **El RS de pensiones no ha iniciado.** El RS de pensiones se planteó en la Ley 87-01 como un régimen solidario de apoyo a la cobertura previsional de la población pobre mayor de 60 años<sup>14</sup>. En general, los pilares solidarios requieren criterios bien definidos para el otorgamiento de los beneficios y el nivel de los mismos, a fin de evitar pérdidas de eficiencia por los desincentivos a la participación laboral y al trabajo formal que pueden generar y para garantizar su sostenibilidad<sup>15</sup>. En RD, dada las restricciones presupuestarias del GORD y los posibles desincentivos a la contribución, persiste el reto de contar con un protocolo de elegibilidad al RS que focalice tomando en cuenta criterios de eficiencia. En los últimos meses se han dado avances para otorgar las pensiones solidarias del RS mediante la definición de la reglamentación que utilizará el Índice de Calidad de Vida (ICV) del Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN)<sup>16</sup> como criterio de elegibilidad<sup>17</sup>.

---

<sup>12</sup> Ver [Enlace Opcional 14](#) sobre el peso relativo de los factores causales de la baja cobertura en el SDSS.

<sup>13</sup> La evidencia reciente señala que los incentivos a cotizar podrían verse afectados a través del diseño de los regímenes de financiamiento que segmentan según la condición laboral. Véase Levy (2008) y también Bosch, Melguizo y Pagés (2013), op. Cit; Busso, Fazio y Levy 2012).

<sup>14</sup> Según estimaciones realizadas por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en 2013 el número de personas mayores de 60 años en condiciones de pobreza y potencialmente elegibles para el RS es de 315.137, de las cuales 72.250 se encuentran en pobreza extrema.

<sup>15</sup> Ver Levy (2008) y Bosch, Melguizo y Pagés (2013); Carvalho Filho, 2008; Galiani y Gertler (2009).

<sup>16</sup> El SIUBEN es la institución en RD que se encarga de dar la elegibilidad a la programación de protección social y subsidios al consumo. El SIUBEN ya cuenta con información socioeconómica para 5,7 millones de personas, actualizada al 2012, lo que hace factible su uso para el RS en pensiones.

<sup>17</sup> Según la Ley, el monto de las pensiones corresponde al 60% del salario mínimo del sector público, equivalente a 3.070 pesos (US\$70). El RS en pensiones estaba estipulado en el presupuesto para iniciarse en 2014 para cubrir 1.500 pensiones. En cuanto a las implicancias fiscales del RS, el GORD prevé iniciar muy gradualmente, dependiendo estrictamente de una fuerte restricción presupuestaria para este tipo de gasto.

- 1.13 **Falta de armonización del SISPRE.** La fragmentación dentro del SDSS genera ineficiencias debido a sobre costos administrativos y duplicación de funciones. Los regímenes que conformarían el SISPRE continúan funcionando a cargo del Estado sin contar con una adecuación al marco de la Ley 87-01 y sin un enfoque integral en relación a los demás planes de pensiones de instituciones del Estado, quienes operan al margen del SDSS y con escasa fiscalización. Para hacer frente a este desafío, es necesario organizar el SISPRE bajo un enfoque integral y regular el Régimen General de Pensiones de Reparto a cargo del Estado para todos los afiliados activos y pasivos que permanecen en dicho Régimen (Leyes 379-81 y 1896). Esta readecuación también permitirá una mejor fiscalización presupuestaria por parte del MH del funcionamiento de los diferentes planes de pensiones estatales que aún operan y sus pasivos contingentes<sup>18</sup>.
- 1.14 **Baja densidad de cotización al RC.** En el caso del RC en RD, el número de trabajadores asalariados que cotizan se ha estancado; además, un 42% de los asalariados que deberían cotizar no lo vienen haciendo<sup>19</sup>. Dado el diseño del SDSS y la estructura de incentivos existente, un canal fundamental para aumentar la cobertura del RC es la provisión de información a los trabajadores sobre los beneficios a los que tienen derecho al cotizar para una pensión. Los instrumentos de acceso a la información tienen un alcance inmediato para incentivar las cotizaciones y controlar la evasión al sistema contributivo<sup>20,21</sup>. Por este motivo, es importante que las entidades del SDSS (DIDA, SIPEN y TSS) tomen medidas para: (i) mejorar el acceso a la información de los afiliados y potenciales afiliados del sistema, particularmente en zonas más remotas; y (ii) desarrollar nuevas herramientas para informar sobre las cotizaciones, rentabilidad de los fondos y derechos previsionales de los afiliados, i.e. calculadora de pensiones, información sobre el estado de las cuentas para quienes aún no lo reciben, consultas sobre la AFP.
- 1.15 **Ausencia de sistema de monitoreo integral del SDSS.** Cada entidad del SDSS administra su propia base de datos lo que genera duplicaciones e incompatibilidades entre los indicadores clave del sistema. Un sistema integral de monitoreo y evaluación tendría la ventaja de reportar indicadores de desempeño (en cuanto a trabajadores por tipo de regímenes y empresas cotizantes, entre otros) y de procesos de gestión del sistema con criterios homologados que guíen la supervisión del SDSS y retroalimenten las decisiones de política, además de proveer información sobre el avance de las medidas que implementan, a modo a corregir o ajustar políticas y programas.

---

<sup>18</sup> Se amplía la información sobre la necesidad de generar la normativa del SISPRE en el [Enlace Opcional 9](#).

<sup>19</sup> Según cálculos basados en datos de la Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo (ENFT) y SIPEN para 2013.

<sup>20</sup> En Chile, una experiencia apoyada por la OECD que envió información previsional de balances de cuenta apunta a mayor cumplimiento de la legislación e incremento de la cultura previsional.

<sup>21</sup> Según información brindada por TSS y SIPEN, se han detectado casos en los que el empleador no realiza la cotización al día, los afiliados no siempre reciben su estado de cuenta de la AFP – por ende, la rentabilidad de sus fondos y otras variables-, o desconocen cuál es su AFP y el cálculo de su pensión. Según el dato más reciente para 2014, la rentabilidad entre AFPs oscila entre 9% y 12%.

- 1.16 **Baja cultura previsional de la población.** Un aspecto fundamental que afecta la afiliación y la cotización al SDP es la baja valoración y la falta de conocimiento sobre los beneficios del ahorro para la vejez<sup>22</sup>. Según datos de la Encuesta de Informalidad 2006<sup>23</sup>, un porcentaje importante de los asalariados, especialmente los jóvenes, muestra una alta tasa de descuento del futuro (“no vale la pena ahorrar para tan lejos”). Por otro lado, 56% de la población urbana encuestada declaró no estar ahorrando para la vejez<sup>24</sup>. En este contexto de baja valoración y escasos incentivos al ahorro, con una economía altamente informal y el índice más alto de trabajadores por cuenta propia de la región, es necesario desarrollar un plan de cultura previsional y educación financiera de la población que permita educar sobre los beneficios del ahorro y la participación en el sistema. El GORD ha estado desarrollando avances sobre este tema a nivel interinstitucional para implementar una cultura previsional para personas de todas las edades.

## **E. Desafíos del Sistema Nacional de Salud**

- 1.17 El gasto público per cápita en salud es bajo en comparación con países de ingresos similares<sup>25</sup> y hay indicios de que el nivel actual sería insuficiente para expandir la cobertura del RS<sup>26</sup>. En el actual contexto de restricción fiscal, que limita el incremento del gasto en salud, es oportuno impulsar intervenciones eficaces orientadas al aumento de la eficiencia del gasto en salud<sup>27</sup>.
- 1.18 RD obtiene un bajo rendimiento por su inversión en salud. Las tasas de mortalidad materna de países de la región con un nivel de desarrollo económico similar a RD han logrado mejores avances con un gasto público per cápita en salud menor<sup>28</sup>. Estimaciones DEA<sup>29</sup> de la eficiencia técnica del gasto en salud encuentran que el gasto en salud de RD fluctúa entre un 30% y 83% de su potencial desempeño, medido por diversos indicadores de salud<sup>30</sup>. Asimismo, existe ineficiencia en la asignación de los recursos, que con frecuencia no se

---

<sup>22</sup> Bosch et al (2013) señala que existen experiencias con potenciales efectos positivos en la creación de una cultura previsional de la región.

<sup>23</sup> Secretaría de Estado de Economía, Planificación y Desarrollo; Banco Central de RD & Banco Mundial. (2007). La Informalidad en el Mercado Laboral Urbano de RD. Santo Domingo.

<sup>24</sup> Solo 1/4 de la población declaró estar ahorrando para la vejez.

<sup>25</sup> El promedio de LAC, excluyendo países de renta alta, es US\$434 (vs. US\$256 en RD). *World databank and WHO Statistics 2012*. En 2013, el gasto en salud de RD alcanzó 2,8% del PIB (ALC promedió 3,7%).

<sup>26</sup> Entre 2007 y 2012 la cobertura de aseguramiento (RS + RC) pasó de 500 mil personas (6% de la población total) a 5,3 millones (56,5% d). Un 54% pertenece al RC y el resto al RS (58% y 73% de la población elegible respectivamente). La meta del GORD es expandir el RS de 2,7 millones en 2013 a 3,7 en 2016.

<sup>27</sup> El objetivo de garantizar el financiamiento del Seguro Familiar de Salud (SFS) y alcanzar la cobertura universal son retos que pueden ser abordados por GORD en el mediano o largo plazo.

<sup>28</sup> La tasa de mortalidad materna en Jamaica y Ecuador es 110 muertes por 100.000 nacidos vivos y 125,9 en RD. El gasto en salud per cápita es US\$220 en Jamaica y US\$255 en Ecuador, y el de RD US\$256.

<sup>29</sup> Análisis envolvente de datos (DEA por sus siglas en inglés).

<sup>30</sup> Análisis de 191 países encuentra que RD está 17 puntos porcentuales por debajo del país más eficiente en producir expectativa de vida saludable (*Evans DB et al. 2001*). Otro análisis la sitúa alrededor de 30% en la frontera de producción de esperanza de vida, índice de sobrevivencia infantil, años de vida recuperados por dolencias transmisibles y no transmisibles y causas externas. *Marinho et al. 2012*.

dirigen a las intervenciones más costo-efectivas. En 2011, un 39,65% del gasto público en salud se asignó a servicios curativos y sólo 3,76% a prevención y salud pública<sup>31</sup>.

- 1.19 Las medidas orientadas a generar ganancias de eficiencia no sólo liberarían recursos escasos, sino que son imperativas para asegurar que los recursos presentes y futuros, destinados a la salud, resulten en mayores ganancias en salud por cada peso invertido. Además, las mejoras de eficiencia podrían tener el mismo efecto potencial que incrementos de recursos para la salud, asumiendo que los ahorros derivados de estas mejoras se retienen y redistribuyen en el sistema<sup>32</sup>.

#### **F. Determinantes de la baja eficiencia del gasto público en salud**

- 1.20 **La separación de funciones está inconclusa<sup>33</sup>.** La reforma del sector salud estableció que el MSP se concentre en la rectoría del SNS y delegue la función de provisión y financiamiento. El SENASA sería el único financiador de la Red Pública de Servicios de Salud, la cual sería gestionada y articulada por los SRS. Sin embargo, a la fecha esta separación no se ha hecho efectiva. El MSP sigue enfocado en la prestación directa de servicios. En 2014, un 85% del presupuesto directo del MSP se asignó a la provisión de servicios. A fin de concretar la separación de funciones, se requiere una normativa con un mandato al MSP de dejar de lado la provisión.
- 1.21 **La organización actual de la provisión limita la efectividad de las intervenciones.** La reforma del sistema de salud busca que los prestadores, tanto públicos como privados, operen en un contexto de redes funcionales, con la atención primaria como puerta de entrada. Sin embargo, en la práctica la organización de la provisión está lejos de lo que establece la reforma. Según estudios, la resolutivez del primer nivel es muy baja, la referencia y contra-referencia es débil y los prestadores operan con poca articulación. Esto causa que la población acuda directamente a los niveles secundario y terciario<sup>34</sup>, encareciendo la prestación.
- 1.22 La literatura ha identificado intervenciones claves para prevenir y manejar un importante porcentaje de problemas de salud que componen la doble carga de enfermedad<sup>35</sup>. Más aún, hay un creciente consenso de que la implementación efectiva de estas intervenciones se favorece dando un enfoque de atención primaria a la prestación de los servicios y organizándolos como redes integradas

---

<sup>31</sup> Cuentas Nacionales de Salud RD: Informe Gasto Público en Salud 2011. MSP.

<sup>32</sup> Chisholm and Evans. 2010. *Improving Health System Efficiency as a Means of Moving Towards Universal Coverage. World Health Report (2010)*. Geneva: World Health Organization. Smith, Peter C. 2009. *Measuring value for money in healthcare: Concepts and tools*. London: The Health Foundation.

<sup>33</sup> La separación de funciones es el factor más importante para la consolidación de la reforma. Ver [Enlace Opcional 14](#) sobre el peso relativo de los factores causales de la baja eficiencia del gasto en salud.

<sup>34</sup> *Consultoria I Gestió* (2012) Adecuación del modelo de red a los SRS. RD. MSP.

<sup>35</sup> Ver WHO (2012). *"Improving chronic illness care through integrated health services delivery networks"*. Coleman, et al. (2009). *"Evidence on the chronic care model in the new millennium"*.

de servicios de salud<sup>36,37</sup>. En este modelo el punto focal para la resolución de la mayoría de las necesidades de los usuarios es un proveedor habitual del nivel primario que atiende a una población definida, cuenta con tecnología y recursos adecuados y coordina y articula la atención por medio de mecanismos de referencia y contra-referencia con otros proveedores más especializados, cuando es necesario<sup>38</sup>. Este modelo tendría un impacto significativo en la reducción de costos, eliminación de duplicidades y en el aumento de la eficiencia del sistema. RD ya cuenta con un diseño de modelo con estos lineamientos pero el MSP todavía no lo ha adoptado oficialmente. El modelo propuesto define la nueva estructura organizacional, los principios y directrices para brindar los servicios de salud, y las responsabilidades y funciones de todos los actores del sector<sup>39</sup>.

- 1.23 **Hay rezagos en el desarrollo de la rectoría.** La rectoría incluye la capacidad de las autoridades de formular e implementar políticas efectivas, realizar planeación estratégica y gestión del cambio, regular bienes, servicios e insumos, generar y analizar la información y evaluar el desempeño. Una buena rectoría crea las condiciones para que las autoridades cumplan con sus responsabilidades y dirijan el sistema hacia una mayor eficiencia. En efecto, la evidencia muestra que los países con mejores políticas e instituciones obtienen un mayor impacto en salud<sup>40</sup> por punto porcentual adicional de PIB invertido<sup>41</sup>.
- 1.24 Evaluaciones realizadas en RD identifican debilidades institucionales en el MSP para ejercer su papel rector<sup>42</sup>. Existe una limitada capacidad de emitir e implementar regulaciones y para desarrollar instrumentos que asignen los recursos según las necesidades de salud y con criterios de costo efectividad. Esto se debe a que el MSP todavía mantiene la misma estructura funcional pre-reforma, concentrada en la provisión y no en la rectoría. A fin de que asuma su principal función, es crucial que el MSP defina una estructura organizacional, que refleje la rectoría (conducción sectorial, inteligencia sanitaria y regulación y supervisión) del SNS como el centro de sus acciones.
- 1.25 **No se ha puesto en marcha una política de calidad en salud.** La ausencia de una política de calidad en RD tiene un impacto en la atención que recibe la población. En el país sólo un tercio de las unidades de atención primaria alcanzan

---

<sup>36</sup> La evidencia empírica en ALC asocia el enfoque de Atención Primaria de Salud (APS) con una mejor expectativa de vida y con reducciones en mortalidad general e infantil, bajo peso al nacer, y hospitalizaciones evitables (Macinko et al 2011, Rosero-Bixby 2004, Borkan et al 2010). Además, el APS se correlaciona con menores costos y, en la medida que éste favorece a las poblaciones más vulnerables, reduce las inequidades en salud (Kringos et al 2013, Lynch et al 2004).

<sup>37</sup> Ver Bodenheimer 2008, Hans et al 2012, Springer et al 2010.

<sup>38</sup> Starfield, Barbara. 2011. "Politics, Primary Healthcare and Health: Was Virchow Right?" *Journal of Epidemiology and Community Health* 65 (8) (August): 653–5.

<sup>39</sup> Ver [Enlace opcional 11](#) para mayor detalle.

<sup>40</sup> Impacto medido por indicadores de mortalidad infantil y materna, desnutrición y mortalidad por tuberculosis.

<sup>41</sup> Wagstaff and Claeson. 2004. *The Millennium Development Goals for Health: Rising to the Challenges*.

<sup>42</sup> Resultados de la Evaluación del Desempeño y Fortalecimiento de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional en RD, Juan Dolio, Rep. Dominicana, 2006.

estándares de habilitación para operar y hay estudios que muestran la existencia de errores médicos e incumplimiento de normas de atención del embarazo y parto. Un 57% de médicos no sigue correctamente los protocolos de asistencia durante el parto<sup>43</sup>. Para que el SNS dominicano brinde una atención con calidad, es necesario que el MSP establezca una política en salud que defina como mínimo: (i) los estándares de calidad de la atención brindada en las entidades proveedoras de salud públicas, privadas y mixtas (certificación de establecimientos de salud en todos los niveles; guías y protocolos de atención del personal de salud); y (ii) las directrices de seguridad, inocuidad y eficiencia de los medicamentos y de las tecnologías sanitarias. Estas normativas facilitarían acciones para impulsar, vigilar y monitorear la calidad de la prestación.

- 1.26 **No hay una política para mejorar el desempeño del recurso humano.** La carrera sanitaria, definida como las normas y descripciones que regulan el empleo público en salud, y la relación laboral entre los trabajadores y las instituciones sanitarias, es un factor importante para la atracción de profesionales y la generación de incentivos para un mejor desempeño<sup>44</sup>. En RD no existe un plan de carrera y una política salarial para los profesionales de salud. Tampoco un sistema de educación y entrenamiento permanente y mecanismos para el monitoreo y la evaluación periódica del desempeño de los trabajadores<sup>45</sup>. Debido a la ausencia de un esquema adecuado de incentivos y debilidades en la capacidad de gestión, el sector enfrenta una alta rotación de los recursos humanos, elevada inasistencia, incumplimiento de los horarios de trabajo y baja motivación<sup>46</sup>. En este sentido, se requiere aprobar un marco normativo de carrera sanitaria que facilite la asignación eficiente del recurso humano. Esta política sería, además, un complemento clave para organizar la provisión bajo el nuevo modelo de atención y las directrices impulsadas por la política de calidad. El [Enlace 11](#) especifica en detalle los principios que debe seguir una carrera sanitaria adecuada.
- 1.27 **El Catálogo del Plan de Servicios de Salud (PDSS) está desactualizado.** Las evaluaciones realizadas al PDSS vigente encuentran deficiencias en su diseño y falta de actualización sistemática, tanto en contenido como en costos<sup>47</sup>. Por ejemplo, el monto para medicamentos ambulatorios no cubre el tratamiento de enfermedades que tienen un gran impacto en la salud pública como la hipertensión arterial y la diabetes. Este catálogo, si se mantiene actualizado, puede ser uno de los principales instrumentos para lograr una asignación eficiente y eficaz de los recursos, al incluir intervenciones costo-efectivas. La actualización, sin embargo, debe realizarse sobre la base del perfil epidemiológico dominicano y tomando en cuenta las necesidades de salud de la población.

---

<sup>43</sup> Ver Pérez-Then (2011), CERSS (2002), Miller et al. (2003), Pérez-Then (2008), Quiterio et al. (2008).

<sup>44</sup> Pan-American Health Organization. 2006. *Challenges to the management of human resources for health. 2005-2015. Area of Health Systems Strengthening Human Resources for Health Unit. Washington, D.C.*

<sup>45</sup> Salud en las Américas 2012: volumen de países. OPS 2012.

<sup>46</sup> Pérez-Then (2011) analizó de adherencia a los protocolos de atención en el segundo y tercer nivel.

<sup>47</sup> Estudio de caso del Plan de Servicios de Salud PDSS de RD.



- 1.28 **Débil gestión del financiamiento del RS de salud.** Una buena gestión del financiamiento es indispensable para garantizar la cobertura de aseguramiento de la población afiliada al RS de salud<sup>48</sup>. El SENASA, responsable de administrar este régimen, no cuenta con la capacidad de llevar a cabo análisis actuariales que demanda una gestión eficiente de recursos. La creación de una división de análisis actuarial proveería al SENASA información para la consolidación de sus procesos de gestión de riesgo en salud y sostenibilidad financiera. Entre las principales funciones debería incluir: (i) elaboración de estudios actuariales; (ii) análisis de siniestralidad; (iii) estimación de la prima de los asegurados; y (iv) elaboración de reservas (prima no devengada, siniestros avisados, no avisados, y desviación catastrófica, entre otros).

#### **G. Apoyo del Banco a los sectores de seguridad social y salud**

- 1.29 El Banco está apoyando los sectores de salud y seguridad social a través de distintas operaciones, con un foco en el fortalecimiento de la atención primaria y la promoción de servicios preventivos. El objetivo es mejorar la calidad de la asistencia y la eficiencia del gasto en salud. Además, se está apoyando el fortalecimiento de la rectoría y la mejora de la gestión del sector, también con miras al aumento de la eficiencia del sector<sup>49,50</sup>. El PBP profundiza el apoyo en estas áreas prioritarias. Asimismo, dos cooperaciones técnicas apoyarán, respectivamente, la elaboración de un plan de servicios explícito en salud y aspectos de reforma en seguridad social y salud, que apoyan el cumplimiento de los compromisos de política de la operación<sup>51</sup>.

#### **H. Racionalidad del programa y alineación estratégica**

- 1.30 Los compromisos de la [Matriz de Política](#) contribuyen a impulsar acciones estratégicas que ya conforman el plan del GORD, pero que enfrentan desafíos de implementación. Existe una ventana de oportunidad para abordar en simultáneo los sectores de seguridad social y salud, dada las complementariedades desde el punto de vista técnico y el amplio consenso político y social para llevar ambas reformas adelante. Las condiciones cumplen con uno o más de los siguientes criterios: (i) son reconocidas como buenas prácticas, con el potencial de mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios de seguridad social y salud que accede la población; (ii) existe capacidad institucional para llevar a cabo su implementación y que de no cumplirse estos hitos se constituyen en un obstáculo para la consolidación del sistema de seguridad social y salud; y (iii) cuentan con el compromiso del GORD al más alto nivel para impulsarlas. Estos criterios se basan en lecciones aprendidas por el BID en RD y otros países<sup>52</sup>.

---

<sup>48</sup> Al 2013 el RS beneficiaba a 2,75 millones de personas (poco más del 25% de la población total).

<sup>49</sup> Actualmente está en ejecución el programa multifase “Apoyo al Programa de Protección Social” (DR-L1039, DR-L1044, DR-L104, DR-L1053) y las operaciones DR-L1067 y DR-L1069.

<sup>50</sup> En SS se complementa con DR-L1072 “Programa de Mejora de la Productividad y Formalización”.

<sup>51</sup> DR-T1111 “Apoyo a la implementación de la reforma en salud” y DR-T1098 “Apoyo a la reforma del sector salud y la seguridad social”.

<sup>52</sup> La experiencia ha mostrado la importancia de consensuar el apoyo de los actores involucrados en la reforma y proveer asistencia técnica para avanzar en el cumplimiento de los compromisos (ver [Enlace Opcional 12](#)).

- 1.31 El programa está alineado con el objetivo estratégico de “Mejorar la calidad de los servicios de salud, la gestión y la sostenibilidad financiera del sector”, y con el área de diálogo sobre reforma de la seguridad social de la Estrategia del BID con República Dominicana 2013-2016 (GN-2748). Asimismo, es consistente con la END 2010-30, que persigue el aseguramiento en salud y pensiones y un sistema único y sostenible de seguridad social. Está alineada a los marcos sectoriales del BID de Salud y Nutrición (GN-2735-3) y de Mercados Laborales (GN-2741-3), los cuales incluyen entre sus objetivos el fortalecimiento de la capacidad institucional de los sistemas de salud de forma de aumentar su eficiencia, así como el incremento de la cobertura de los sistemas de aseguramiento social. El programa contribuirá a las prioridades de financiamiento del Noveno Aumento General de Recursos del BID (AB-2764) (GCI-9) de: (i) apoyar el desarrollo de países pequeños y vulnerables; y (ii) reducir la pobreza y mejorar la equidad brindando cobertura de pensiones a la población pobre<sup>53</sup>.

## **I. Objetivos, componentes y costos de la operación**

- 1.32 El objetivo general del programa es consolidar progresivamente la cobertura de la seguridad social y mejorar la eficiencia del gasto en salud, mediante la profundización de la reforma que viene implementando el GORD en ambos sectores. La [Matriz de Políticas](#) presenta las condiciones de política cuyo cumplimiento permite el desembolso de recursos de la primera operación, así como los desencadenantes que permitirán considerar una segunda operación.
- 1.33 **Componente 1. Estabilidad del Marco Macroeconómico.** El componente busca promover un contexto macroeconómico congruente con los objetivos del programa, a través del monitoreo de acciones comprometidas por el MH en su [Carta de Política](#) y descritas en la [Matriz de Políticas](#).
- 1.34 **Componente 2. Consolidación del Sistema de Seguridad Social.** El componente busca mejorar progresivamente la cobertura mediante medidas dirigidas a completar la implementación del sistema de pensiones en lo referente a su marco legal, aspectos operativos, sistemas de monitoreo, programas de información y educación financiera. Específicamente se promueve: (i) ajustar el marco legal del SDSS en lo referente al diseño de los regímenes de financiamiento de la seguridad social y el fortalecimiento de funciones de las entidades del sistema; (ii) el incremento gradual de la cobertura del RS en pensiones con criterios de focalización basados en el ICV del SIUBEN; (iii) la organización y establecimiento de nuevo marco regulatorio para el SISPRE; (iv) el impulso de la cobertura del RC mediante la provisión de información a los trabajadores; (v) un sistema de monitoreo integral del SDSS para uniformizar criterios y evitar la dispersión de esfuerzos de las entidades del sistema; y (vi) el fomento de una cultura previsional y financiera en la población.

---

<sup>53</sup> El programa contribuirá a las metas regionales del GCI-9 de reducción de materna e infantil.



- 1.35 **Componente 3. Mejora de la eficiencia del Sistema Nacional de Salud.** Este componente apoya la expedición de medidas normativas y la aplicación de herramientas gerenciales que impulsen y faciliten la ejecución de estrategias prioritarias para mejorar la eficiencia del gasto en salud. Específicamente, el componente promueve: (i) separar funcional y operativamente las funciones de rectoría y provisión del MSP; (ii) reorganizar la provisión de servicios mediante un modelo de atención articulado en redes integradas y enfoque en la atención primaria; (iii) fortalecer la rectoría apoyando la redefinición de una nueva estructura organizacional y funcional del MSP; (iv) impulsar la legitimización y difusión de la política de calidad en salud para dar paso luego a la implementación de sus disposiciones; (v) impulsar la promulgación de la Ley de Carrera Sanitaria para que se pueda proseguir a su reglamentación y operacionalización; (vi) actualizar el Catálogo del PDSS para contar con respuestas costo efectivas a la doble carga de enfermedad; y (vii) fortalecer la capacidad del SENASA para generar análisis actuariales que le permitan monitorear la evolución del perfil de riesgo y costos, y realizar una efectiva programación financiera.

## **J. Indicadores clave de la matriz de resultados**

- 1.36 Las acciones de política que promueve esta operación forman parte de un conjunto de intervenciones que, sostenidas en el tiempo, tendrían un impacto positivo sobre la cobertura del SDSS, y la eficiencia del gasto en salud en el mediano y largo plazo. La [Matriz de Resultados](#) propone una serie de indicadores que permiten evaluar el desempeño del programa, a nivel de resultados. Estos indicadores son proxies para medir mejoras en: (i) la cobertura de los sistemas de seguridad social; (ii) la capacidad resolutoria de los centros de salud en el primer nivel de atención; y (iii) la eficiencia del gasto en el sector salud.
- 1.37 El [Análisis Económico](#) estimó todos los costos asociados a las actividades de la matriz de política a partir de referentes internacionales. Se identificaron también los principales beneficios que se derivan directamente de las mismas. En el componente de salud el beneficio se cuantificó como el ahorro obtenido por las intervenciones dirigidas a mejorar la eficiencia. En el componente de seguridad social el beneficio se cuantificó como el crecimiento económico generado por el efecto del sistema pensional sobre el mercado de trabajo y el mercado financiero. El caso base realizó el análisis para un horizonte temporal de veinte años y una tasa de descuento del 12% efectiva anual. El análisis arrojó una Tasa Interna de Retorno (TIR) del 93% y un Valor Presente Neto (VPN) de \$30.855 millones de pesos dominicanos. El resultado se mostró robusto al análisis de sensibilidad.

## **II. ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO Y RIESGOS**

### **A. Instrumentos del financiamiento**

- 2.1 La presente operación es la primera de una serie programática en apoyo de reformas de política, a conformarse de dos préstamos contractualmente

independientes pero técnicamente vinculados, de conformidad con el Documento CS-3633-1. Se eligió una serie programática a fin de brindar un apoyo de mediano plazo al programa de reformas en seguridad social y salud que viene impulsando el GORD, así como promover un diálogo técnico continuo y posibles refinamientos a la estrategia de implementación. El monto de la presente operación es de US\$150 millones.

**B. Riesgos ambientales y sociales**

- 2.2 Esta operación no financia inversiones físicas y tampoco prevé actividades con implicaciones negativas sobre los recursos naturales, por lo que no requiere clasificación de impacto ex ante (B.13) de la Política de Cumplimiento de Salvaguardia del Medio Ambiente (OP-703).

**C. Riesgos y economía política de las reformas**

- 2.3 **Macroeconómico y sostenibilidad financiera.** Un riesgo es la vulnerabilidad de la economía a variaciones de la demanda externa. El GORD ha adoptado medidas para reajustar las finanzas públicas y modificar la política monetaria.
- 2.4 **Economía Política de la Reforma.** El abordaje en simultáneo de las reformas en un contexto macroeconómico menos favorable podría generar oposición a los cambios por parte de sectores de la sociedad. Para mitigar este riesgo, la cooperación técnica DR-T1098 apoyará un amplio proceso de consulta y el logro de un consenso entre los principales actores involucrados.
- 2.5 **Gestión pública y gobernabilidad.** Existe riesgo de retraso para elaborar el anteproyecto de Ley del SISPRE. Para mitigar este riesgo se ha contratado una consultoría para estimar el impacto fiscal de la ley. Por otro lado, la naturaleza multisectorial de las intervenciones representa un riesgo debido a la necesidad de consenso político y de una estrecha coordinación entre instituciones para evitar demoras en la implementación de las reformas. Se escogió al MH como organismo ejecutor porque tiene la capacidad y autoridad para liderar el seguimiento con todos los actores y garantizar el cumplimiento de los compromisos de la matriz de políticas según la [ruta crítica](#) acordada. La comisión de asesores del Ministerio de la Presidencia, que coordina la reforma de seguridad social y salud, será responsable de garantizar la coordinación entre el organismo ejecutor y las instancias encargadas de cumplir las acciones de política. También existe el riesgo asociado al retraso de la reglamentación y operacionalización de la Ley de Carrera Sanitaria. En este sentido, se creará un Equipo Central de Implementación en el MSP para guiar el proceso.

- 2.6 Se estima que las reformas propuestas tendrán un impacto fiscal bajo<sup>54</sup>, lo cual hace factible que el gobierno absorba los costos de las medidas sin poner en riesgo las finanzas públicas, y además, sugiere que las medidas serían sostenibles en el tiempo. A la sostenibilidad contribuye también el alto compromiso político de RD para la consolidación de estas reformas, reflejado en la Estrategia Nacional de Desarrollo (END) 2010-2030 y en el Plan Nacional Plurianual del Sector Público (PNPSP) 2013-2016, y en el incremento en 11% y 13,4% de los recursos asignados para el sector salud y la seguridad social<sup>55</sup>, respectivamente.

### III. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GERENCIAMIENTO

#### A. Resumen de medidas de implementación

- 3.1 **Prestatario y organismo ejecutor.** El prestatario es la República Dominicana. La ejecución del programa y la utilización de los recursos del financiamiento del Banco serán llevados por el prestatario a través del MH, el cual será denominado el Organismo Ejecutor y tendrá la responsabilidad de coordinar el cumplimiento de las acciones de política con todos los actores involucrados con el programa, y dar seguimiento a la ruta crítica de los compromisos de la matriz de política.

#### B. Resumen de medidas para monitoreo de resultados

- 3.2 El [Plan de Monitoreo y Evaluación](#) acordado con el GORD establece que la [Matriz de Políticas](#) y la [Ruta Crítica](#) serán los instrumentos para dar seguimiento a los productos del programa. El seguimiento de los indicadores de resultado utilizará: (i) el Sistema de Información del MSP; (ii) el Sistema de Información de la SIPEN; (iii) el Sistema de Información de la DIDA; y (iv) la Encuesta Nacional de Hogares Múltiples (ENHOGAR).

#### C. Carta de Política

- 3.3 En la [Carta de Políticas](#), el MH describe las acciones de política en el ámbito macro y sectorial que el país está implementado y que tiene previsto realizar. Dichas acciones son consistentes con los objetivos del programa.
- 3.4 **Condición Contractual Especial.** El desembolso del financiamiento del Banco está condicionado al cumplimiento de las condiciones de política señaladas en el Anexo II (Matriz de Políticas), en adición al cumplimiento de las demás condiciones establecidas en el Contrato de Préstamo.

---

<sup>54</sup> La implementación de la Ley de Carrera Sanitaria y del Modelo de Atención representa solamente el 0,01% del PIB, el 0,067% del gasto público total y el 0,42% del gasto público en salud. Ver [Enlace Opcional 13](#) que contiene el Análisis del Impacto Fiscal.

<sup>55</sup> Ley de Presupuesto General del Estado 2015 aprobada el 11 de noviembre de 2014.

Matriz de Efectividad en el Desarrollo			
Resumen			
I. Alineación estratégica			
1. Objetivos de la estrategia de desarrollo del BID	Alineado		
Programa de préstamos	i) Préstamos a países pequeños y vulnerables; y ii) Préstamos para la reducción de la pobreza y la promoción de la equidad.		
Metas regionales de desarrollo	i) Tasa de mortalidad materna; y ii) Tasa de mortalidad infantil.		
Contribución a los productos del Banco (tal como se define en el Marco de Resultados del Noveno Aumento)			
2. Objetivos de desarrollo de la estrategia de país	Alineado		
Matriz de resultados de la estrategia de país	GN-2748	Mejorar la calidad de los servicios de salud, la gestión y sostenibilidad financiera del sector.	
Matriz de resultados del programa de país	GN-2756-2	La operación no está incluida en el Programa de Operaciones de 2014.	
Relevancia del proyecto a los retos de desarrollo del país (si no se encuadra dentro de la estrategia de país o el programa de país)			
II. Resultados de desarrollo - Evaluabilidad	Evaluable	Ponderación	Puntuación máxima
	8.8		10
3. Evaluación basada en pruebas y solución	10.0	33.33%	10
3.1 Diagnóstico del Programa	3.0		
3.2 Intervenciones o Soluciones Propuestas	4.0		
3.3 Calidad de la Matriz de Resultados	3.0		
4. Análisis económico ex ante	10.0	33.33%	10
4.1 El programa tiene una TIR/VPN, Análisis Costo-Efectividad o Análisis Económico General	2.5		
4.2 Beneficios Identificados y Cuantificados	2.0		
4.3 Costos Identificados y Cuantificados	2.0		
4.4 Supuestos Razonables	2.0		
4.5 Análisis de Sensibilidad	1.5		
5. Evaluación y seguimiento	6.5	33.33%	10
5.1 Mecanismos de Monitoreo	1.5		
5.2 Plan de Evaluación	5.0		
III. Matriz de seguimiento de riesgos y mitigación			
Calificación de riesgo global = grado de probabilidad de los riesgos*	Medio		
Se han calificado todos los riesgos por magnitud y probabilidad	Sí		
Se han identificado medidas adecuadas de mitigación para los riesgos principales	Sí		
Las medidas de mitigación tienen indicadores para el seguimiento de su implementación	Sí		
Clasificación de los riesgos ambientales y sociales	B.13		
IV. Función del BID - Adicionalidad			
El proyecto se basa en el uso de los sistemas nacionales			
Fiduciarios (criterios de VPC/PDP)	Sí	Administración Financiera: Presupuesto, Tesorería y Contabilidad y emisión de informes. Adquisiciones y contrataciones: Sistema de Información.	
No-Fiduciarios	Sí		
La participación del BID promueve mejoras en los presuntos beneficiarios o la entidad del sector público en las siguientes dimensiones:			
Igualdad de género			
Trabajo			
Medio ambiente			
Antes de la aprobación se brindó a la entidad del sector público asistencia técnica adicional (por encima de la preparación de proyecto) para aumentar las probabilidades de éxito del proyecto	Sí	El Banco ha aprobado distintas asistencias técnicas como la ATN/OC-14167 para apoyar el sector. Adicionalmente, se viene preparando la cooperación técnica DR-T1098 para apoyar esta operación.	
La evaluación de impacto ex post del proyecto arrojará pruebas empíricas para cerrar las brechas de conocimiento en el sector, que fueron identificadas en el documento de proyecto o el plan de evaluación.			

La propuesta de préstamo presenta un diagnóstico sólido y una argumentación clara. Identifica las restricciones de financiamiento que enfrenta el país desde el punto de vista fiscal, así como las limitaciones de cobertura en el sistema de pensiones y de eficiencia en el gasto público en salud. El documento señala como causas de esta problemática fallas en los sistemas de seguridad social y salud, asociados con una implementación parcial de reformas aprobadas en 2001. Además, presenta datos y ejemplos concretos para sustentar la importancia de dichos desafíos.

El documento propone reformas que están alineadas con el diagnóstico presentado y que permitirán consolidar el sistema de pensiones y mejorar la eficiencia del gasto en salud. También presenta evidencia empírica sobre la efectividad de los cambios de política propuestos en otros países, y analiza la validez de dicha evidencia para el caso dominicano con base en estadísticas y estudios a nivel nacional.

La matriz de resultados del proyecto es adecuada. Si bien no se incluyen indicadores de impacto (posiblemente por el corto periodo de ejecución), se observa una lógica vertical clara entre las actividades del proyecto y los resultados esperados. Los indicadores de producto son correctos, incluyen una fuente de verificación clara y se relacionan directamente con los acuerdos del programa en la matriz de política.

El anexo de análisis económico presenta un análisis económico general adecuado en el que se estiman los beneficios macro relacionados con las reformas propuestas y los costos asociados con la implementación de dichas reformas. El plan de monitoreo y evaluación es adecuado. El plan de evaluación propone replicar el análisis económico realizado de manera ex-post, utilizando información administrativa principalmente.

La matriz de riesgos es adecuada. Califica los potenciales riesgos del proyecto de acuerdo con su magnitud y probabilidad de ocurrencia, y propone medidas de mitigación relacionadas con indicadores para monitorear su implementación.

**MATRIZ DE POLÍTICAS**

<b>Resultados Buscados</b>	<b>Medidas de Política</b>	
	<b>ACUERDOS PROGRAMA I</b>	<b>Desencadenantes PROGRAMA II</b>
<b>Componente I. Marco macroeconómico y fiscal estable y sostenible para apoyar la viabilidad de los objetivos del programa</b>		
1) Marco de política macroeconómica adecuado	(1.1) Que se mantenga un marco de política macroeconómica adecuado	(1.1) Que se mantenga un marco de política macroeconómica adecuado
<b>Componente II. Apoyo a la consolidación del Sistema de Seguridad Social para mejorar su cobertura y eficiencia</b>		
2) El Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) cuenta con un diseño de regímenes de financiamiento que permite expandir la cobertura de la población dominicana con sostenibilidad financiera y promoviendo la integralidad y eficiencia del sistema	(2.1) Que se hayan elaborado las modificaciones a la Ley 87-01 para, al menos: - definir el tratamiento de los regímenes de financiamiento no implementados de forma que se evite la segmentación del aseguramiento por condición laboral. - facultar al TSS a sancionar los casos de evasión y elusión de las cotizaciones de la seguridad social - adicionar responsabilidades a la DIDA con la finalidad de medir la calidad y oportunidad en la entrega de prestaciones e informaciones recibidas por los afiliados -determinar la indexación de las pensiones con periodicidad específica	(2.1) Que se haya presentado al Congreso el anteproyecto de ley de modificaciones a la Ley 87-01 de Seguridad Social que incluya los temas mencionados
3) La implementación del Régimen Subsidiado (RS) en pensiones se ha iniciado	(3.1) Que se haya promulgado el reglamento de procedimientos para otorgar pensiones solidarias incluyendo el índice del Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN) como criterio de elegibilidad para la focalización.	(3.1) Que el padrón de hogares elegibles del RS de pensiones se haya determinado utilizando el índice del SIUBEN como principal instrumento del protocolo de implementación
4) El SDSS se encuentra unificado y cuenta con un subsistema de pensiones de reparto estatal que se adecúa a su nuevo marco jurídico	(4.1) Que se haya elaborado un análisis del costo fiscal de la reorganización del Sistema de Pensiones de Reparto Estatal (SISPRE)	(4.1) Que se haya presentado al Congreso el anteproyecto de Ley del Sistema de Pensiones de Reparto Estatal (SISPRE) que organiza y establece un nuevo marco regulatorio para el SISPRE
5) La cobertura del régimen	(5.1) Que se hayan establecido nuevos	(5.1) Que las campañas de información hayan

Resultados Buscados	Medidas de Política	
	ACUERDOS PROGRAMA I	Desencadenantes PROGRAMA II
contributivo (RC) se ha incrementado	servicios de información, en específico: - Herramientas de acceso a la información disponibles a los beneficiarios por medios electrónicos, incluyendo como mínimo: calculadora de pensiones, acceso al estado de cuenta. - Apertura de cinco nuevos puntos de información, particularmente en zonas más remotas	incorporado los cambios promovidos en el SDSS por esta operación para apoyar su socialización entre la población beneficiaria
6) El SDSS cuenta con un sistema integral de monitoreo	(6.1) Que se haya conformado un Comité Intersectorial de estadística ad hoc integrado por un representante de las siguientes instituciones: Oficina Nacional de Estadística (ONE), Superintendencia de Pensiones (SIPEN), Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), Tesorería de la Seguridad Social (TSS), Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA), Seguro Nacional de Salud (SENASA), para diseñar y supervisar la implementación del Sistema de Monitoreo y Evaluación del SDSS para su desarrollo integral	(6.1) Que el Sistema de Monitoreo y Evaluación del SDSS haya entrado en funcionamiento
7) Los beneficios de la seguridad social y el ahorro son valorados y conocidos por la población de distintas edades	(7.1) Que el CNSS haya creado un Comité Interinstitucional (ad hoc) responsable de desarrollar las pautas, normas, lineamientos técnicos y legales, así como los procedimientos para la formulación, evaluación, aprobación y ejecución del Acuerdo Nacional que promueva la cultura previsional y financiera	(7.1) Que el Comité Interinstitucional haya desarrollado las pautas, normas, lineamientos técnicos y legales, y los procedimientos para la formulación, evaluación, aprobación y ejecución del Acuerdo Nacional que promueva la cultura previsional y financiera
<b>Componente III. Mejora de la eficiencia del Sistema Nacional de Salud.</b>		
8) Se inicia la separación de funciones de rectoría y provisión del Ministerio de Salud Pública	(8.1) Que se haya iniciado la separación de funciones de rectoría y provisión del MSP, mediante la desconcentración	(8.1) Que la DGCSPS (anteriormente llamado Vice-Ministerio de Atención a las Personas) esté coordinando los servicios regionales de

Resultados Buscados	Medidas de Política	
	ACUERDOS PROGRAMA I	Desencadenantes PROGRAMA II
(MSP)	administrativa, funcional y territorial del Vice-Ministerio de Atención a las Personas, el cual pasará a llamarse Dirección General de Coordinación de los Servicios Públicos de Atención a la Salud (DGCSPS) y se le encargará la coordinación de los servicios regionales de salud, con sus establecimientos de salud; así como, de los centros auto-gestionados de servicios de salud	provisión y que haya: i. definido e implementado un modelo estandarizado de gestión de los servicios regionales de salud, ii. aprobado los contratos y convenios suscritos por los servicios regionales de salud, iii. aprobado los presupuestos de los servicios regionales de salud correspondientes al 2016 o al año anterior al que se realice la evaluación de cumplimiento los desencadenantes
9) La provisión de servicios se ha reorganizado y con la atención primaria como puerta de entrada	(9.1) Que se haya oficializado el nuevo modelo de atención del Sistema Nacional de Salud, el cual deberá contener: i) una definición de la nueva estructura organizacional de los prestadores públicos, con la atención primaria como puerta de entrada, y funcionando en red con los demás niveles de atención, ii) la definición de los principios, directrices y parámetros a ser utilizados por los servicios regionales para brindar los servicios de salud, y iii) las responsabilidades y funciones de los actores del sector (el MSP, las direcciones provinciales de salud, las entidades aseguradoras, los prestadores de los servicios de salud individual y colectiva, y finalmente, los ciudadanos, familias y comunidad)	(9.1) Que se hayan dimensionado los recursos necesarios (físicos, humanos y tecnológicos) para el desarrollo del modelo de atención a nivel nacional (en los nueve Servicios Regionales de Salud existentes en el país) y se haya iniciado su implementación en al menos tres de estos Servicios Regionales de Salud (la implementación en el país será realizada de manera gradual)
10) El MSP desarrolla efectivamente su rol rector	(10.1) Que se haya definido una nueva estructura organizacional y funcional del MSP, que refleje la rectoría (conducción sectorial, inteligencia sanitaria y	(10.1) Que la nueva estructura organizacional y funcional del MSP, enfocada en su función rectora, haya entrado en funcionamiento

Resultados Buscados	Medidas de Política	
	ACUERDOS PROGRAMA I	Desencadenantes PROGRAMA II
	regulación y supervisión) del Sistema Nacional de Salud como su principal función, y se haya presentado al Ministerio de Administración Pública (MAP) para su aprobación	(10.2) Que se haya aprobado un Plan Estratégico del MSP 2015-2018, el cual deberá: i) enfocar las líneas de acción del MSP dentro de las principales dimensiones de la función rectora, a saber: conducción sectorial, inteligencia sanitaria, y regulación y supervisión; ii) estar alineado a los objetivos estratégicos planteados en la Estrategia Nacional de Desarrollo- 2030
11) El Sistema Nacional de Salud cuenta con una política de calidad en salud	(11.1) Que el MSP haya aprobado una política de calidad en salud que contenga: i) los estándares de calidad de la atención brindada en las entidades proveedoras de salud públicas, privadas y mixtas; ii) las directrices de seguridad, inocuidad y eficiencia de los medicamentos y de las tecnologías sanitarias	(11.1) Que el MSP haya puesto en vigencia la política de calidad de salud y se haya avanzado en la habilitación de los establecimientos del sector salud y la definición de parámetros para monitorear la calidad de la asistencia materno-infantil, en todos los niveles
12) Los recursos humanos del SNS cuentan con incentivos para la distribución geográfica equitativa y con reglamentos para el ejercicio de la profesión	(12.1) Que haya entrado en vigencia la Ley de Carrera Sanitaria; la cual establece las relaciones laborales entre los servidores públicos y el estado, bajo principios de eficiencia y eficacia, integralidad, y selección y promoción basada en el mérito	(12.1) Que hayan entrado en vigencia los reglamentos complementarios previstos en la Ley de la Carrera Sanitaria
13) El Catálogo del Plan de Servicios de Salud (PDSS) del Seguro Familiar de Salud se encuentra actualizado de acuerdo al perfil epidemiológico dominicano y las necesidades sanitarias de la población	(13.1) Que se haya licitado una consultoría internacional para elaborar la revisión y actualización del Catálogo del PDSS, sobre la base del perfil epidemiológico dominicano y las necesidades de salud de la población	(13.1) Que se haya actualizado el Catálogo del PDSS
14) SeNaSa cuenta con la capacidad necesaria para generar análisis actuariales y seguir la evolución del perfil de riesgo y costos	(14.1) Que se haya creado la Unidad de Análisis Actuarial del SeNaSa que entre sus principales funciones incluya: (i) elaboración de los estudios actuariales para	(14.1) Que la Unidad de Análisis Actuarial esté en funcionamiento



Resultados Buscados	Medidas de Política	
	ACUERDOS PROGRAMA I	Desencadenantes PROGRAMA II
	brindar información para la toma de decisiones; (ii) estimación de las primas de los asegurados, por régimen de afiliación; (iii) definición de nuevos productos para los afiliados; (iv) análisis de la siniestralidad de SENASA; y (v) elaboración de la Reserva de Prima No Devengada, la Reserva de Siniestros Avisados, la Reserva de Siniestros NO Avisados (IBNR) y la Reserva de Desviación Catastrófica	