



Apoyo a la Consolidación del Sector Salud y de la Seguridad Social

**(DR-L1073 - 3382/OC-DR y
DR-1079 - 3585/OC-DR)**

Informe de Terminación de Proyecto (PCR)

Equipo de Proyecto Original:

DR-L1073: 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.

DR-L1079: Diana Pinto (SCL/SPH), jefe de equipo; María Victoria Fazio (SCL/LMK), co-jefe de equipo; Solange Berstein (SCL/LMK); Christian Contín (FMP/CDR); Marcella Distrutti (SCL/SPH); Yonaida Encarnación (CID/CDR); Cristina Landázuri (LEG/SGO); Sandro Parodi (SPH/CDR); Samantha Pérez (SCL/LMK); Claudia Pévere (SCL/SPH); Madiery Vásquez (SPH/CDR); y Omar Zambrano (CID/CID).

Equipo PCR: Diana Pinto (SCL/SPH), jefe de equipo; María Victoria Fazio (SCL/LMK), co-jefe de equipo; Matilde Neret (SCL/SPH); Guilherme Sedlacek (SPD/SDV); Maria Paula Gerardino Gutierrez (SPD/SDV) y Claudia Pévere (SCL/SPH).

ÍNDICE

Enlaces Electrónicos.....	ii
Enlaces Electrónicos Opcionales.....	ii
Acrónimos y Abreviaciones.....	iii
Información Básica (cantidad en dólares americanos US\$)	iv
I. Resumen Ejecutivo.....	5
II. Introducción	7
Contexto de la preparación del Programa.....	7
III. Criterios Centrales. Desempeño del Proyecto	9
3.1 Relevancia.....	9
a. Alineación con las necesidades de desarrollo del país	9
b. Lógica vertical.....	10
3.2 Efectividad	16
a. Descripción de los objetivos de desarrollo del proyecto.....	16
b. Resultados logrados.....	20
c. Análisis de atribución de los resultados	30
d. Resultados imprevistos	32
Eficiencia	32
IV. Criterios No Centrales.....	35
4.1 Alineación Estratégica	35
4.2 Monitoreo y Evaluación	36
a. Diseño del M&E	36
b. Implementación del M&E.....	36
c. Utilización del M&E.....	37
4.3 Uso de Sistemas de Países	37
4.4 Salvaguardias Ambientales y Sociales.....	37
V. Hallazgos y Recomendaciones	37
5.1 Diseño de proyecto.....	37
5.2 Selección de indicadores.....	38
5.3 Asuntos no resueltos	39

Enlaces Electrónicos

1. [Matriz de Efectividad en el Desarrollo \(DEM\)](#)
2. [Versión Final de Reporte de Progreso del Monitoreo \(PMR\)](#)
3. [Checklist del PCR](#)

Enlaces Electrónicos Opcionales

1. Análisis de Costos Ex post (si está disponible)
2. Informe de evaluación de impacto (si está disponible)
3. Minuta del Taller de cierre o en su caso de los comentarios por escritos recibidos del Gobierno (incluyendo la evaluación general del desempeño del Banco, si fue realizada)
4. Información adicional relevante, modificaciones reformulaciones, entre otros

Acrónimos y Abreviaciones

AFP	Administradoras de Fondos de Pensiones
ARS	Administradoras de Riesgos de Salud
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CNSS	Consejo Nacional de la Seguridad Social
CT	Cooperación Técnica
DEA	Análisis Envolvente de Datos (<i>Data Envelopment Analysis</i>)
DIDA	Dirección de Información y Defensa a los Afiliados
END	Estrategia Nacional de Desarrollo
GORD	Gobierno de la República Dominicana
MH	Ministerio de Hacienda
MSP	Ministerio de Salud Pública
PBL	Préstamo de Apoyo a Reformas de Políticas (<i>Policy Based Loan</i>)
PDSS	Catálogo del Plan de Servicios de Salud
RC	Régimen Contributivo
RCS	Régimen Contributivo-Subsidiado
RS	Régimen Subsidiado
SENASA	Seguro Nacional de Salud
SDSS	Sistema Dominicano de Seguridad Social
SIPEN	Superintendencia de Pensiones
SISPRE	Sistema de Pensiones de Reparto del Estado
SP	Sistema de Pensiones
SPNF	Sector Público No Financiero
TSS	Tesorería de la Seguridad Social

INFORMACIÓN BÁSICA (CANTIDAD EN DÓLARES AMERICANOS US\$)

NÚMERO DE PROYECTO (S): DR-L1073 Y DR-L079
TÍTULO: APOYO A LA CONSOLIDACIÓN DEL SECTOR SALUD Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL
INSTRUMENTO DE PRÉSTAMO: PRÉSTAMO PROGRAMÁTICO DE APOYO A REFORMAS DE POLÍTICA (PBP)
PAÍS: REPÚBLICA DOMINICANA
PRESTATARIO: REPÚBLICA DOMINICANA
PRÉSTAMO (S): 3382/OC-DR Y 3585/OC-DR
SECTOR/SUBSECTOR: SALUD/FORTEALECIMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD

FECHA DE APROBACIÓN DIRECTORIO: 11-DIC-2014 Y 18-NOV-2015
FECHA DE EFECTIVIDAD CONTRATO DE PRÉSTAMO: 16-DIC-2014 Y 30-NOV-2015
FECHA DE ELEGIBILIDAD PRIMER DESEMBOLSO: 7-AGO-2015 Y 29 NOV 2016.

MONTO PRÉSTAMO (S)

MONTO ORIGINAL: 150.000.000 Y 300.000.000
MONTO ACTUAL: 150.000.000 Y 300.000.000
PARI PASU: NO APLICA
COSTO TOTAL DEL PROYECTO: 450.000.000

MESES DE EJECUCIÓN

DESDE APROBACIÓN: 12 Y 12
DESDE EFECTIVIDAD DEL CONTRATO: 12 Y 12

PERIODOS DE DESEMBOLSO

FECHA ORIGINAL DE DESEMBOLSO FINAL: 28 JUNIO-2016 Y 26 DIC 2016
FECHA ACTUAL DE DESEMBOLSO FINAL: 28 JUNIO-2016 Y 26 DIC 2016
EXTENSIÓN ACUMULATIVA (MESES): 0
EXTENSIÓN ESPECIAL (MESES): 0

DESEMBOLSOS

MONTO TOTAL DE DESEMBOLSOS A LA FECHA: 450.000.000

REDIRECCIONAMIENTO. ESTE PROYECTO...:

¿RECIBIÓ FONDOS DE OTRO PROYECTO? No
¿ENVIÓ FONDOS A OTRO PROYECTO? No

METODOLOGÍA DE ANÁLISIS ECONÓMICO EX POST: A DETERMINAR
METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN EX POST: NO APLICA

CLASIFICACIÓN DE EFECTIVIDAD EN EL DESARROLLO: SATISFACTORIO

DESCRIPCIÓN DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL PROYECTO/PROGRAMA:

EL OBJETIVO GENERAL 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 GOBIERNO DE REPÚBLICA DOMINICANA (GORD) EN AMBOS SECTORES.

I. RESUMEN EJECUTIVO

Este documento presenta un único Informe de Terminación de Proyecto del Préstamo Programático basado en políticas (PBP) “Apoyo a la Consolidación del Sector Salud y de la Seguridad Social” (3585/OC-DR y 3382/OC-DR), una serie programática de dos operaciones consecutivas de un tramo cada una (DR-L1073 y DR-L1079). La primera operación fue aprobada por el Directorio del Banco en diciembre de 2014 y la segunda en noviembre del 2015. La primera operación cuyo monto fue de US\$150 millones se desembolsó en el 2015; mientras que la segunda operación de \$300 millones se desembolsó en el 2016, previo cumplimiento de la totalidad de sus Condiciones de Política.

El objetivo general de la serie programática fue consolidar progresivamente la cobertura de la seguridad social y mejorar la eficiencia del gasto en salud, mediante la profundización de la reforma que venía implementando el GORD en ambos sectores. Específicamente la serie se propuso resolver los siguientes desafíos; en el caso de la seguridad social: (i) aspectos del diseño de la Ley de Seguridad Social que limitaban el aumento de cobertura del SDSS; (ii) aspectos de diseño para la implementación del RS; (iii) la falta de un nuevo marco regulatorio para el SISPRE; (iv) el fortalecimiento de los canales de información para aumentar la cobertura del RC; (v) la falta de un sistema único de monitoreo y evaluación integral de los indicadores de resultados del SDSS; y (vi) una baja cultura previsional. En el área de salud, los desafíos principales eran: (i) aspectos normativos que limitaban la separación de funciones de rectoría y provisión, la efectividad de los servicios de prestación, la realización de mejoras en la calidad de los servicios y los incentivos para los profesionales de salud; (ii) debilidades institucionales para el desarrollo de la rectoría y gestión del financiamiento en salud; y (iii) la desactualización del catálogo de prestaciones.

La lógica vertical de la serie fue adecuada. Las condiciones de políticas y los productos obtenidos a través de la serie lograron los resultados esperados. Por un lado, se mejoró la focalización del Régimen Subsidiado (RS) en pensiones al promulgarse el reglamento de procedimientos con el índice de SIUBEN como instrumento de medición, a la vez que se promovió el aumento de cobertura del Régimen Contributivo (RC) resguardando la equidad y sostenibilidad del sistema a través de un ajuste en el diseño de la Ley 87-01, la armonización del sistema de reparto, y una mayor población informada. Por otro lado, se mejoró la eficiencia del Sistema Nacional de Salud (SNS) reorganizando los servicios con el foco de atención primaria como puerta de entrada; fortaleciendo institucionalmente el Ministerio de Salud Pública (MSP); introduciendo una política de calidad de los servicios de salud que empodere a la ciudadanía, y un reglamento de carrera sanitaria que incentive y por ende aumente la productividad de la fuerza laboral en el sector salud; y apoyando la implementación de un sistema de monitoreo para controlar el desempeño del sistema, entre otras actividades.

La efectividad a nivel de productos (anteproyectos de ley, análisis de los borradores de anteproyectos, reglamentos y normativas, comités inter-institucionales formados, planes de acción, estimaciones fiscales y de factibilidad de las políticas promovidas, entre otros) se tradujo en la efectividad de los resultados conseguidos (ganancias por una menor distorsión en el mercado de trabajo y por ende un menor impacto en la formalidad, incremento en la contribución al sistema y una reducción de la elusión, ahorros por disminución de fugas del SNS, ahorros con la mejora de la eficiencia de los hospitales y del capital humano, etc.). Sin embargo, hubo algunos resultados que dada la temporalidad del proyecto no se lograron conseguir y se decidieron eliminar.

Se llevó a cabo un análisis económico ex ante de la serie programática, el cual estimó todos los costos e identificó los principales beneficios que se derivan directamente de la implementación de las medidas de la matriz de política. Para determinar el costo-beneficio del programa tanto en la seguridad social como en el sector salud en el mediano plazo, se realizará una evaluación económica ex-post a los tres años de implementación de los cambios de política. Por el momento, el PCR no cuenta con este análisis dado que no se han cumplido los tres años planeados.

El programa se mantuvo relevante durante el periodo de ejecución de las reformas y sigue siendo relevante para el contexto actual del país. Adicionalmente, el programa contribuyó a los objetivos estratégicos del país (mejorar la cobertura de la seguridad social, mejorar la calidad de los servicios de salud, la gestión y la sostenibilidad financiera del sector) y a las metas regionales de desarrollo (reducción en la tasa de mortalidad materna e infantil).

En términos generales, se espera que las medidas de política promovidas por el Programa sean sostenibles. Finalizada esta serie programática el GORD cuenta con nuevas medidas legislativas y desarrollos institucionales que por sí mismos generan capacidades, incentivos y dinámicas para dar continuidad a las intervenciones del PBP. Finalizado este PBP, también prosigue el apoyo de las CT para dar respuesta a necesidades técnicas y operativas de etapas futuras de implementación de las reformas de seguridad social y salud.

II. INTRODUCCIÓN

Este documento presenta un único Informe de Terminación de Proyecto del Préstamo Programático basado en políticas (PBP) “Apoyo a la Consolidación del Sector Salud y de la Seguridad Social” (3585/OC-DR y 3382/OC-DR), una serie programática de dos operaciones consecutivas de un tramo cada una (DR-L1073 y DR-L1079). La primera operación fue aprobada por el Directorio del Banco en diciembre de 2014 y la segunda en noviembre del 2015. La primera operación cuyo monto fue de US\$150 millones se desembolsó en el 2015; mientras que la segunda operación de \$300 millones se desembolsó en el 2016, previo cumplimiento de la totalidad de las Condiciones de Política.

Contexto de la preparación del Programa

La serie fue diseñada durante un período de relevancia fiscal para el país. Durante el 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 como respuesta al deterioro fiscal que el país había estado sufriendo hasta ese entonces. A pesar de que el déficit del Sector Público No Financiero (SPNF) se redujo del 6.6% en el 2012 al 3% del PIB en el 2014, se estimaba que el sector público presentaría necesidades brutas de financiamiento a mediano plazo¹.

República Dominicana requería apoyo para consolidar la reforma a los sectores de seguridad social y salud. En el 2001 el GORD inició una reforma estructural de los sectores de seguridad social y 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 d/el Sistema Nacional de Salud. Este fue un paso muy significativo, dado que previo a 2001 no existía un sistema de seguridad social y solo existían planes de aseguramiento privado. Sin embargo, la implementación de las reformas a los sistemas de la seguridad social y salud se realizó en diferentes etapas y con desiguales grados de desarrollo de sus componentes, lo que limitó la realización de los beneficios esperados, como se explica a continuación.

La reforma en seguridad social para pensiones en el tiempo.



La Ley de Seguridad Social dio paso a la creación del Sistema de Pensiones (SP) a partir de un sistema de capitalización individual con cuentas administradas por las

¹ En el momento del diseño de la serie, se preveía que en el 2015 el país tendría unas necesidades brutas de financiamiento equivalente al 5.8% del PIB.

Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP). Para ello, 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 cuenta propia con ingresos superiores al salario mínimo; y (iii) Régimen Subsidiado (RS) para trabajadores cuenta propia, personas discapacitadas y desempleados con ingresos menores al salario mínimo. **De los tres regímenes, solamente el RC y RS en salud fueron iniciados².**

El GORD ha demostrado un alto compromiso con dar continuidad a la reforma iniciada en 2001, la que requería de algunos cambios para ser consolidada y completar la implementación del sistema de seguridad social. Las reformas en seguridad social son procesos muy complejos de reforma que requieren de un sólido análisis técnico, consensos y alto compromiso para llevar a cabo los cambios necesarios y darles sostenibilidad. En 2010, el país promulgo la Estrategia Nacional de Desarrollo, END 2010-2030, que estableció el objetivo de lograr cobertura universal en seguridad social. En 2013, el GORD solicitó asistencia técnica para pensar en un nuevo diseño del SDSS que permitiera incluir a todos los trabajadores al sistema (asalariados y cuenta propia) y que se avanzara en crear las condiciones para aumentar cobertura. Existía 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.

El Sistema de pensiones presentaba una cobertura baja como reflejo de aspectos incompletos en su implementación y de un mercado laboral con alta incidencia del sector informal³. Si bien el RC había comenzado con el 18% de la población ocupada, para el 2010 la tasa de crecimiento se había reducido estabilizándose en un 35% en el 2014⁴. Durante el diseño del PBP, se identificaron 6 factores asociados a la baja cobertura que amenazaban la eficacia y sostenibilidad del sistema: (i) la Ley de Seguridad Social contenía aspectos de diseño que limitaban la implementación completa del SDSS, y que podría incentivar distorsiones en el mercado laboral⁵; (ii) la falta de una reglamentación para iniciar el RS en pensiones; (iii) la falta de armonización del antiguo Sistema de Pensiones de Reparto del Estado (SISPRE) con el marco legal del SDSS; (iv) la debilidad de los canales de información y fiscalización para aumentar la cobertura del RC; (v) la ausencia de un sistema de monitoreo y evaluación integral del SDSS; y (vi) la baja cultura previsional de la población.

La Ley General de Salud estableció la separación de las funciones básicas del sistema de salud (rectoría, financiamiento y provisión). Según la Ley, el MSP se debía concentrar en la rectoría, la provisión estaría a cargo de los Servicios Regionales de Salud-SRS, y el SENASA sería el único financiador de la red de servicios, la cual sería gestionada y articulada por los SRS. Todavía en el año 2014 esta separación no se había hecho efectiva. Por otro lado, evaluaciones identificaron rezagos en el desarrollo de la capacidad del MSP para ejercer la rectoría⁶. Segundo, no se había puesto en marcha una política de calidad en salud. Tercero, faltaba una política para

² Según el libro “Mejores Pensiones, Mejores Trabajos”, por Bosch et. Al. (2013), el reto de cobertura de los trabajadores no asalariados concentra buena parte de los desafíos en materia previsional en prácticamente la totalidad de los países de la región.

³ Según datos de la Encuesta Nacional de la Fuerza del Trabajo, se estimaba que en el 2014 alrededor del 42% de los trabajadores eran cuenta propia.

⁴ Datos de la Superintendencia de Pensiones (SIPEN).

⁵ El diseño original y la implementación parcial del SDSS en cuanto a los regímenes de pensiones ponía presión a la divergencia entre las obligaciones y derechos de los trabajadores asalariados y no asalariados (quienes no tenía un canal para ingresar al sistema, ni por la vía voluntaria).

⁶ Resultados de la Evaluación del Desempeño y Fortalecimiento de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional, 2006.

mejorar el desempeño del recurso humano. Cuarto, el catálogo del Plan de Servicios de Salud (PDSS) estaba desactualizado. En cuanto a la provisión de servicios la reforma de 2001 planteó que los prestadores públicos y privados operarían como redes, con un enfoque de Atención Primaria de Salud (APS). Para el 2014 se había desarrollado un prototipo para un modelo de atención de esta naturaleza, pero el MSP todavía no lo había adoptado oficialmente de tal manera que los avances en su implementación eran incipientes. Finalmente, en 2014 la gestión del financiamiento del RS de salud carecía de capacidades actuariales.

La problemática planteada anteriormente iba en detrimento de la efectividad de la atención y en la eficiencia en el uso de los recursos. Evidencia del bajo rendimiento de la inversión en salud se manifestó en que países de la región con un nivel de desarrollo económico similar a RD han logrado mejores avances en reducir las tasas de mortalidad materna con un gasto público per cápita en salud menor⁷. Adicionalmente, estimaciones de la eficiencia técnica del gasto en salud por medio de Análisis Envolvente de Datos (DEA por sus siglas en inglés) encontraron que el gasto en salud de RD fluctuaba entre un 30% y 83% de su potencial desempeño, medido por diversos indicadores de salud. Por otro lado, se documentó ineficiencia en la asignación de los recursos, al dirigirse un monto sustantivo a intervenciones con baja costo-efectividad. Por ejemplo, en 2011, un 39,65% del gasto público en salud se asignó a servicios curativos y sólo 3,76% a prevención y salud pública⁸.

III. CRITERIOS CENTRALES. DESEMPEÑO DEL PROYECTO

3.1 Relevancia

a. Alineación con las necesidades de desarrollo del país

El programa contribuyó significativamente a la Estrategia de País para República Dominicana 2013-2016 (GN-2748). Especialmente para 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. Las acciones de política impulsadas son relevantes para el pilar de acción de la Estrategia del Banco en el País para el período 2013–2016, que busca fortalecer la base de capital humano mediante intervenciones en los sectores de protección social, educación y salud. En dicha estrategia se identifican los rezagos en la consolidación de la reforma del sector iniciada en el 2001 como limitantes para la mejora de los resultados en los indicadores de salud y dentro de los desafíos están mejorar la calidad de la oferta y el acceso efectivo a los servicios de salud y consolidar la reforma estructural e implementación. El sector salud es una de las prioridades de la estrategia de país, y se plantea focalizar el apoyo en: (i) fortalecimiento de la atención primaria; (ii) aumento de la calidad de los servicios de salud en todos los niveles de asistencia; (iii) mejora de la eficiencia del gasto en salud; (iv) desarrollo de políticas para mejorar el desempeño de los recursos humanos; y (v) consolidación de aspectos claves de la reforma del sector salud.

En relación a seguridad social, el tema se planteó como área de diálogo y a partir de 2013 el GORD solicitó una Cooperación Técnica para apoyar la reforma de Seguridad Social y en el sector salud (DR-T1098), luego el tema de reforma de seguridad social cobró más relevancia a partir de dos series programáticas (DR-L1072, con el préstamo de Productividad y Formalización

⁷ 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.

⁸ Cuentas Nacionales de Salud RD: Informe Gasto Público en Salud 2011. MSP.

-fase I y la fase II de la serie - DR-L1121- recientemente aprobada) y con la serie programática (DR-L1073 y DR-L1079).

Asimismo, la serie programática fue consistente con la Ley de la Estrategia Nacional de Desarrollo (END) 2010-30 de la República Dominicana, al promover el aseguramiento en salud y pensiones y un sistema único y sostenible de seguridad social, que esa Ley plantea como un objetivo para el país.

b. Lógica vertical

Como se ha descrito anteriormente, los retos que enfrentaba República Dominicana en los sistemas de seguridad social y de salud al momento de inicio de preparación de la operación eran: (i) mejorar la cobertura de pensiones bajo criterios de eficiencia y sostenibilidad, para reducir sus efectos en el mercado de trabajo y los incentivos a la informalidad; y (ii) mejorar la eficiencia del gasto en salud, mediante la profundización de la reforma que venía implementando el GORD en ambos sectores. A continuación, se explica la lógica vertical para cada uno de los componentes de seguridad social y salud.

Seguridad Social

El componente de seguridad social fue diseñado bajo la premisa de que un conjunto de medidas – como cambios en la Ley de seguridad social, la expansión de campañas de información, la implementación de un plan de educación financiera, la preparación de la implementación del régimen subsidiado en pensiones, y las mejoras en el sistema de monitoreo del sistema, entre otras-, consolidarían la implementación del Sistema de Seguridad Social (SDSS), y aumentarían la cobertura en pensiones y salud en el corto, mediano y largo plazo, según el tipo de medida. Para poder lograr esos objetivos, el componente y la matriz de políticas se enfoca en un cambio fundamental en la Ley de Seguridad Social que es necesario para destrabar la implementación del sistema desde 2001. En esencia, la mejora del diseño de los regímenes de financiamiento de la seguridad social en su Ley implicaba encontrar un esquema que integrara tanto a trabajadores asalariados y por cuenta propia en un régimen sin diferencias por condición laboral. Esto permitiría completar la implementación del sistema para todo tipo de trabajadores y aumentar la cobertura. Asimismo, en concordancia con la evidencia internacional, el componente se enfoca en medidas complementarias que también mejoran la cobertura en el más corto plazo, como el enfoque en campañas de información y de herramientas para mejorar la comprensión del sistema de pensiones y de la seguridad social.

Las medidas de la matriz de política en el componente de seguridad social fueron diseñadas y ejecutadas siguiendo la lógica vertical que se describe a continuación para cada medida:

Las modificaciones a la Ley de Seguridad Social (87-01). 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. En pensiones, el RC fue el único implementado, y al no haberse podido implementar el RCS, gran parte de los trabajadores no tenía acceso a cobertura, por lo que la cobertura de la población ocupada permanecía muy baja y estancada por varios años. Asimismo, el diseño y la falta de implementación han generado incentivos a la informalidad

y evasión del RC.⁹ ¹⁰En este sentido, la operación identificó la necesidad de modificar aspectos clave del diseño del SDSS en la Ley 87-01 para encaminar la expansión del aseguramiento en el largo plazo, los cuales requieren modificaciones a la propia legislación.

Las modificaciones a la legislación buscan permitir encaminar un proceso de expansión del aseguramiento de una manera más integral, con menores distorsiones sobre el mercado laboral, y fortaleciendo instituciones clave del sistema para mejorar la fiscalización de las contribuciones y la calidad de los servicios. En este sentido, en el marco del PBP, fue preparado un Anteproyecto de Ley de Seguridad Social 87-01 modificando en cuatro aspectos principales: (i) se resolvieron puntos en la Ley que resaltan diferencias en cobertura por cuestiones salariales o por condición laboral entre trabajadores y que pueden causar distorsiones en el mercado laboral, al desincentivar la cotización tanto de trabajadores como de empleadores, y que dificultan la implementación consolidada de un sistema integral para todos los trabajadores; (ii) en el texto del anteproyecto se facultó a la TSS ejercer un poder sancionador de los casos de evasión, elusión y sub- declaración de salarios del RC, con el fin de hacer más efectivas sus acciones de fiscalización y aumentar el cumplimiento en el pago de cotizaciones¹¹; (iii) facultar a la DIDA para medir la calidad y oportunidad en la entrega de las prestaciones a los afiliados¹²; y (iv) determinar una periodicidad para actualizar las pensiones según el índice de precios al consumidor¹³. Aunque la operación contribuyó a la elaboración y presentación al Congreso del Anteproyecto de Ley que modifica la Ley de Seguridad Social (Ley 87-01)- según acordado en la matriz de política, la aprobación en Congreso dependerá de consensos en el marco legislativo que quedaron fuera del alcance de la matriz de políticas para el horizonte de esta operación. A su vez, el anteproyecto en su versión final fue una reforma integral que incluyó varios puntos adicionales a los acordados por esta operación, aun cuando previo a la presentación al Congreso el GORD inició un proceso de consulta extenso.

Mejoras en la focalización de las pensiones solidarias. 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. 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.¹² En RD, dada las restricciones presupuestarias del GORD y los posibles desincentivos a la contribución, persistía el reto de contar con un protocolo de elegibilidad al RS que focalice tomando en cuenta criterios de eficiencia. En el marco de la serie programática se han dado avances para otorgar las pensiones solidarias del RS mediante la elaboración de la reglamentación que utilizará el Índice de Calidad de Vida (ICV) del Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN) como criterio de elegibilidad en la primera operación, y mediante la elaboración del protocolo para el otorgamiento de las pensiones, la identificación del padrón de hogares elegibles siguiendo ese protocolo y la estimación de la sustentabilidad

⁹ 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).

¹⁰ Corregir estas distorsiones e implementar un sistema de seguridad social que genere incentivos a ser formal es un reto muy importante para todos los países de la región.

¹¹ Bosch et al, 2014 identifican políticas para mejorar la cobertura, entre ellas la mayor fiscalización en el cumplimiento de la obligación de cotizar. Se mencionan en esta publicación iniciativas en esta dirección de países como Brasil y Argentina.

¹² Levy (2008) y Bosch, Melguizo y Pagés (2013); Carvalho Filho, 2008; Galiani y Gertler (2009).

financiera del otorgamiento de las pensiones solidarias^{13,14}. Aun cuando la aprobación del anteproyecto de Ley no formó parte de esta serie programática y aun cuando dicha Ley no ha sido aprobada aún, hay evidencia de la sostenibilidad del proceso de reforma. En el inicio del nuevo mandato del Gobierno elegido en 2016, el presidente del país fijó como meta de su plan de gobierno expandir el número de pensiones a 50,000 en cuatro años.

Las modificaciones a la Ley SISPRE para realinear el sistema de reparto público estatal al nuevo marco del SDSS. La fragmentación dentro del SDSS genera ineficiencias debido a sobre costos administrativos y duplicación de funciones. Los regímenes que conformarían el Sistema Pensiones de Reparto del Estado (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, el GORD elaboró un anteproyecto de Ley específico para 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). Las medidas que presenta el anteproyecto fueron analizadas en cuanto a su potencial costo fiscal a través del informe de un consultor independiente.¹⁵ El análisis de costo fiscal mencionado hizo evidente la escasa información sobre las pensiones públicas de reparto para realizar este tipo de evaluaciones y la necesidad de avanzar en un adecuado monitoreo de los sistemas de reparto, proponiéndose implicancias de los eventuales cambios paramétricos y fortalecimiento los sistemas de información. 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.

Aumentar la densidad de cotización a través de refuerzos en campañas de información. En el caso del RC en RD, el número de trabajadores asalariados que cotizan al único régimen de pensiones existentes se había venido estancando entre 2009 y 2015; además, un 42% de los asalariados que deberían cotizar a 2015 no lo han hecho. 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 contributivo¹⁶. Por este motivo, en el diseño de la operación se consideró que era 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

¹³ El SIUBEN es la institución encargada 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 (2012), lo que hace factible su uso para el RS en pensiones.

¹⁴ Según la Ley 87-01, el monto de las pensiones corresponde al 60% del salario mínimo del sector público, equivalente a US\$70. En cuanto a las implicancias fiscales, el GORD prevé iniciar gradualmente, dependiendo de la fuerte restricción presupuestaria para este tipo de gasto.

¹⁵ Isa Contreras, Pavel (2015) "Costo fiscal de la propuesta del Sistema de Pensiones de Reparto del Estado en la República Dominicana".

¹⁶ En el libro de Mejores Pensiones Mejores Trabajos -Bosch et al (2013)- se identifican la "optimización de la información y la valorización de los beneficios" como uno de los temas que afectan los incentivos a la generación de ahorro a través de los sistemas contributivos. También se resalta la experiencia de Chile, donde se ha comenzado a ejecutar un conjunto de iniciativas orientadas a transmitir información previsional a los trabajadores con el objetivo de motivarlos a participar de manera plena en el sistema de pensiones (pág. 130). Finalmente, Behrman, et al. (2012) establecen que la educación financiera se expresa en una mayor acumulación de fondos dentro de un sistema privado de pensiones.

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.¹⁷ Con el apoyo de la serie programática, se concretaron una serie de medidas en esa dirección: la DIDA expandió su cobertura con cinco nuevas oficinas de asistencia en zonas remotas del país, mientras que la SIPEN implementó servicios electrónicos para que los afiliados conozcan su situación con las AFP y sus estados de cuenta, y puedan calcular el monto de su pensión¹⁸. Con el apoyo de esta segunda operación, se busca dar continuidad a estas acciones y reforzar los servicios de información de la DIDA a lo largo del país, incluyendo campañas de información sobre el SDSS en medios masivos, talleres y unidades móviles.

Nuevo sistema de monitoreo integral del SDSS.

La operación identificó que cada entidad del SDSS administraba su propia base de datos, lo que genera duplicaciones e incompatibilidades entre los indicadores clave del sistema. El sistema integral de monitoreo y evaluación acordado en esta serie programática tiene la ventaja de reportar indicadores de desempeño armonizados (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 programas¹⁹. El institucionalizar un sistema de monitoreo y evaluación requiere múltiples tareas, como las que se identificaron al iniciarse las actividades del comité y que se han ido desarrollando con un alto compromiso de las siete organizaciones que lo conforman bajo la coordinación del CNSS, quien realiza el seguimiento a las metas del Plan Estratégico de la Seguridad Social 2014-2018²⁰. Con el apoyo de la serie programática se creó un comité interinstitucional para definir el plan para la creación del sistema de monitoreo y se ejecutó la primera fase del plan de monitoreo, que incluyó: (i) el control de consistencias y la definición de un glosario común de indicadores; (ii) la conformación de una base de datos única a partir de las distintas estadísticas manejadas por las entidades del SDSS; (iii) el piloto de las nuevas plataformas de información; y (iv) el aseguramiento de la calidad de la producción estadística a través de la elaboración de manuales normativos y la documentación en el Programada Acelerado de Datos (PAD) de las operaciones estadísticas del sector.

Plan de Educación Financiera para aumentar la cultura y la cobertura previsional. Un aspecto fundamental que afecta la afiliación y la cotización al SDP es la baja valoración y la falta de

¹⁷ 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.

¹⁸ Aun cuando es difícil el evaluar el impacto de este tipo de medidas en el caso de RD por su reciente implementación, se espera un incremento en densidades de cotización ya que hay evidencia proveniente de diversos contextos del efecto positivo de medidas que aumentan la valoración por el ahorro. En Chile, una experiencia apoyada por la OECD que envió información previsional con proyecciones de pensión tuvo efectos positivos sobre decisiones de ahorro. Fajnzylber, Plaza y Reyes, 2009, en *Documento de Trabajo N°31: "Better-informed Workers and Retirement Savings Decisions: Impact Evaluation of a Personalized Pension Projection"*. Resultados similares al de Chile se han mostrado para el impacto de recordatorios sobre decisiones de ahorro, Karlan et al. (2012) *"Getting to the Top of Mind: How Reminders Increase Saving."* Documento de trabajo del NBER Nro. 16205.

¹⁹ Argumentos sobre la necesidad de establecer un sistema efectivo de M&E se encuentran en: Banco Mundial y BID (2005) *"Hacia la Institucionalización de los Sistemas de Monitoreo y Evaluación en América Latina y el Caribe"* y en Shack, N., 2008. *Fortalecimiento de los Sistemas de Monitoreo y Evaluación en América Latina*. Banco Mundial, y CLAD.

²⁰ El Plan Estratégico de la Seguridad Social 2014-2018 contiene planes operativos para organizar a las entidades del SDSS a fijar objetivos, metas y un cronograma de actividades para realizar acciones prioritarias para el desarrollo del SDSS.

conocimiento sobre los beneficios del ahorro para la vejez²¹. Según datos de la Encuesta de Informalidad 2006²², 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 vejez²³. Según datos de la Encuesta General de Cultura Económica y Financiera (EGCEF)²⁶, a pesar de que el 83% de la población encuestada reportó preocuparse por “cubrir los gastos del hogar debido a la vejez”, los resultados reflejan el bajo conocimiento acerca de los fondos de pensiones²⁷. 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, fue 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. Con la serie programática, el GORD creó un comité intersectorial encargado de desarrollar el plan de educación financiera, como una de las acciones del Plan Estratégico de la Seguridad Social 2014-2018. Para la segunda operación, este comité intersectorial diseñó el Plan Operativo Anual (POA) y asignó un presupuesto específico a la SIPEN que permitirá avanzar más concretamente en la preparación de tres actividades principales para la implementación del plan de educación financiera: (i) el diseño de contenidos y materiales necesarios para incorporar el tema de seguridad social en el *pensum* académico; (ii) el diseño de contenidos y materiales para capacitar a los docentes; y (iii) el establecimiento de acuerdos con instituciones académicas especializadas en temas de seguridad social.

Salud

Separación funcional y operativa de la rectoría y provisión de servicios inconclusa. El MSP seguía involucrado directamente en la gestión de los proveedores de salud, asignando 63% de su presupuesto directo a la provisión de servicios. Ello incidió en el pobre desarrollo de la capacidad institucional de los SRS. Se consideró conveniente la expedición de un mandato al MSP de dejar de lado la provisión y para conferir a la Dirección General de Coordinación de los Servicios Públicos de Atención a la Salud (DGCSS), la autonomía necesaria para ejercer su papel en la provisión de servicios.

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 a ser más eficiente²⁴. Al estar concentrado en la prestación de servicios, el MSP tenía limitada capacidad de emitir e implementar regulaciones y desarrollar instrumentos que asignaran recursos según las necesidades de salud y con criterios de costo efectividad. Esto se debía a que el MSP todavía mantenía la estructura funcional pre-reforma, concentrada en la provisión. Por ello, para asumir su función, el MSP debía definir y hacer operativa una estructura organizacional que reflejara la rectoría del Sistema Nacional de Salud como el centro de sus acciones.

²¹ Bosch et al (2013) señalan experiencias con potenciales efectos positivos en la creación de una cultura previsional en la región. Para Chile, Landerretche y Martínez (2011) señalan que la educación en planes de pensiones se traduce en mayores ahorros y más probabilidades de cambiar el tipo de fondo de pensiones. Hastings y Mitchell (2011) y Hastings, Mitchell y Chyn (2010) observan que las personas con mayor formación financiera escogen cuentas de pensiones con menores gastos administrativos.

²² 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.

²³ Solo ¼ de la población declaró estar ahorrando para la vejez.

²⁴ La evidencia muestra que los países con mejores políticas e instituciones obtienen mayor impacto en salud por punto porcentual adicional de PIB invertido en el sector. Ver Wagstaff and Claeson. 2004. *The Millennium Development Goals for Health: Rising to the Challenges*.

No se había implementado una política de calidad en salud. Durante el diseño de la operación se obtuvo indicios de pobre calidad de los servicios de salud. Por ejemplo, un estudio observacional de médicos de establecimientos de salud del segundo y tercer nivel demuestra que 57% no siguió correctamente los protocolos de asistencia durante el parto²⁵. Asimismo, en el país sólo un tercio de las unidades de atención primaria alcanzan estándares de habilitación para operar según la norma. Lógicamente este tipo de problemas iba en detrimento de la efectividad de la atención y en la eficiencia en el uso de los recursos. Para que el SNS dominicano brindara una atención con calidad, se vio la necesidad que el MSP estableciera una política en salud que facilitara acciones para impulsar, vigilar y monitorear la calidad de la prestación, propias de la función de rectoría del MSP.

Falta de una política para mejorar el desempeño del recurso humano. En RD, hasta el 2014, no existía un plan de carrera y una política salarial para los profesionales de salud, ni mecanismos para el monitoreo y la evaluación periódica del desempeño de los trabajadores²⁶. La ausencia de un esquema adecuado de incentivos ha sido uno de los factores que contribuyen hacia la alta rotación de recursos humanos, la elevada inasistencia, el incumplimiento de los horarios de trabajo y la baja motivación²⁷. 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 y retención de profesionales y la generación de incentivos para un mejor desempeño²⁸. Esto dio pie para impulsar la aprobación de un marco normativo de carrera sanitaria que facilitara 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.

Catálogo del Plan de Servicios de Salud (PDSS) desactualizado. El PDSS define el conjunto mínimo de servicios de salud que debe ser garantizado a toda la población afiliada al SDSS. Un PDSS actualizado constituye un instrumento que le permitirá a RD asignar de manera eficiente los recursos al incluir intervenciones costo-efectivas que respondan a las necesidades de salud de la población y posibilidades financieras del país. El PDSS vigente en 2014 no había sido actualizado tanto en contenido como costos desde 2009 y la DIDA había estado reportando un número creciente de quejas en cuanto a las exclusiones e inconsistencias del mismo. Por ejemplo, se daba casos en que el PDSS cubría el diagnóstico de una enfermedad, más no su tratamiento. Por otro lado, el monto para la financiación de medicamentos ambulatorios no cubría el tratamiento de enfermedades que tienen un gran impacto en la salud pública como la hipertensión arterial y la diabetes. Otras evaluaciones del PDSS encontraron un sesgo hacia procedimientos curativos y de mayor complejidad. Dicha problemática requería facilitar la revisión y actualización del PDSS para que estuviera acorde al perfil epidemiológico de la población dentro de parámetros presupuestales.

Organización de la provisión limitaba efectividad de las intervenciones. En 2014 ya se había desarrollado un prototipo para un modelo de atención con enfoque de APS en que 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 proveedores más especializados. Sin embargo, el MSP todavía no lo había adoptado

²⁵ Péres-Then 2011.

²⁶ Salud en las Américas 2012: volumen de países. OPS 2012.

²⁷ Pérez-Then (2011) analizó de adherencia a los protocolos de atención en el segundo y tercer nivel.

²⁸ 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.*

oficialmente y los avances en la implementación eran incipientes, reflejándose en que la resolutiveidad de los servicios de salud del primer nivel en RD era baja, la referencia y contra-referencia débil y el nivel de articulación vertical entre prestadores limitado. Como consecuencia, la población acudía directamente a los niveles secundario y terciario, lo cual encarece la prestación, además de disminuir la efectividad de las intervenciones²⁹. Como solución a lo anterior, se requería apoyo a la oficialización del modelo de atención y facilitar su operacionalización y puesta en marcha.

Débil gestión del financiamiento del RS de salud. La buena gestión del financiamiento y del riesgo en salud es indispensable para que una entidad aseguradora garantice la cobertura efectiva de la población afiliada y la sostenibilidad financiera de los recursos. La existencia de un área técnica destinada a la actuaría es fundamental para este propósito. En 2014 el SENASA, la entidad que administra el RS del SDSS, no contaba con capacidad de realizar análisis actuariales para una gestión eficiente de recursos. Por tanto, apoyar la creación de la unidad actuarial del SENASA parte del supuesto que el organismo mejorará su capacidad de consolidar y revisar prácticamente toda la información de gasto de la entidad, lo cual permitirá una mejor planificación y evidenciar dónde existen ineficiencias y otras situaciones anómalas para tomar acciones correctivas.

3.2 Efectividad

a. Descripción de los objetivos de desarrollo del proyecto

El objetivo general de la serie programática fue consolidar progresivamente la cobertura de la seguridad social y mejorar la eficiencia del gasto en salud, mediante la profundización de la reforma que venía implementando el GORD en ambos sectores. Cada operación fue constituida por 3 componentes, que se describen a continuación. Las condiciones de la Matriz de Política de las dos operaciones contribuyeron a impulsar acciones estratégicas que ya conformaban el plan del GORD, pero que enfrentaban desafíos de implementación. Las condiciones establecidas cumplían 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) existía 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) contaban con el compromiso del GORD al más alto nivel para impulsarlas. Estos criterios se basaron en lecciones aprendidas por el BID en RD y otros países.

Componente 1. Estabilidad del marco macroeconómico. Se estableció mantener un entorno macroeconómico sostenible que generara incentivos para un entorno favorable para la implementación de las acciones que promovió el programa, comprometidas por el Ministerio de Hacienda (MH) en su Carta de Política.

Componente 2. Consolidación del Sistema de Seguridad Social. Los objetivos específicos de la primera operación en seguridad social fueron: (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, de modo de aumentar la cobertura para un amplio número de trabajadores en forma sostenible; (ii) mejorar el diseño de la focalización del RS en pensiones con nuevos criterios basados en el ICV del SIUBEN; (iii) la organización y establecimiento de nuevo marco regulatorio para el SISPRE, de modo de mejorar su regulación; (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

²⁹ *Consultoría I Gestión* (2012) Adecuación del modelo de red a los SRS. RD. MSP.

dispersión de esfuerzos de las entidades del sistema; y (vi) el fomento de una cultura previsional y financiera en la población.

Con la segunda operación se dio continuación a los esfuerzos en seguridad social a través de: (i) La presentación al Congreso Nacional del anteproyecto de ley de modificaciones a la Ley 87-01 de Seguridad Social que incluya temas respecto al tratamiento de regímenes de financiamiento, sanciones para casos de evasión y elusión de las cotizaciones de la Seguridad Social, responsabilidades a la DIDA para medir la calidad de la entrega de prestaciones y servicios, y la periodicidad específica en la indexación de pensiones; (ii) La determinación del padrón de hogares elegibles del RS de pensiones utilizando el índice del SIUBEN, resguardando la sostenibilidad financiera y equidad del sistema; (iii) La presentación al Congreso Nacional del anteproyecto de Ley del Sistema de Pensiones de Reparto Estatal (SISPRE) que organiza y establece un nuevo marco regulatorio para éste; (iv) La incorporación en las campañas de información de los cambios promovidos en el SDSS por esta operación para apoyar su socialización entre la población beneficiaria; (v) El cumplimiento del plan operativo establecido para 2015 para que el sistema de monitoreo entre en funcionamiento; y (vi) El desarrollo por parte del Comité Interinstitucional de planes de acción basados en el Plan Estratégico del SDSS que incluya instituciones responsables, actividades y presupuesto para la promoción de la cultura previsional y financiera.

Componente 3. Mejora de la eficiencia del Sistema Nacional de Salud. Este componente apoyó la expedición de medidas normativas y la aplicación de herramientas gerenciales con el objetivo de impulsar y facilitar la ejecución de estrategias prioritarias para mejorar la eficiencia del gasto en salud. Los objetivos específicos de la primera operación en salud fueron: (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 pudiera 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 permitiesen monitorear la evolución del perfil de riesgo y costos, y realizar una efectiva programación financiera.

Con la segunda operación se dio continuación a los esfuerzos a través de: (i) la entrada en vigencia de la Ley que creó el Servicio Nacional de Salud; (ii) el dimensionamiento de los recursos necesarios para el desarrollo del modelo de atención en los nueve SRS existentes en el país y el inicio de su implementación en al menos tres de ellos; (iii) la entrada en funcionamiento de la nueva estructura organizacional y funcional del MSP, enfocada en su función rectora, y la aprobación de un Plan Estratégico del MSP; (iv) la puesta en vigencia de la política de calidad de salud y avances en la habilitación de los establecimientos del sector salud y la definición de parámetros para monitorear la calidad de la asistencia materno-infantil; (v) la elaboración y envío para aprobación al poder ejecutivo de los reglamentos complementarios previstos en la Ley de Carrera Sanitaria; (vi) la actualización del Catálogo del PDSS; y (vii) la entrada en funcionamiento de la de Unidad de Análisis Actuarial del SENASA.

En concordancia con los objetivos se incluyeron los siguientes productos como parte de del PBP:

Componente 2. Mejora de la cobertura y eficiencia del Sistema de Seguridad Social

Área de reforma	Objetivo	Productos logrados
Diseño de los regímenes de financiamiento de la Seguridad Social	Mejorar cobertura y eficiencia a través de 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	Anteproyecto de Ley que modifica la Ley de Seguridad Social (Ley 87-01) elaborado. Comunicación de envío del Anteproyecto de Ley que modifica la Ley de Seguridad Social (Ley 87-01) presentado al Congreso remitida.
Regimen subsidiado en pensiones	Mejorar cobertura y eficiencia, a través de diseño de la focalización del RS en pensiones	Protocolo de implementación para determinar elegibilidad de los beneficiarios del RS según el índice de SIUBEN elaborado Informe de la distribución de los potenciales beneficiarios de acuerdo a la aplicación del protocolo realizado Informe de estimación de costos fiscales de las pensiones solidarias finalizado
Nuevo marco regulatorio para adecuar el Sistema de Reparto Público Estatal (SISPRE) al SDSS	Mejorar eficiencia del SISPRE como parte del SDSS a través de la organización del marco regulatorio del SISPRE	Anteproyecto de modificaciones a la Ley de SISPRE elaborado Análisis del costo fiscal de las modificaciones a la Ley SISPRE elaborado Anteproyecto de Ley del SISPRE que organiza y establece el nuevo marco regulatorio presentado al Congreso.
Nuevas campañas de información para mejorar el conocimiento del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS)	Mejorar cobertura a través de campañas de información que apoyen la socialización de los beneficios del SDSS	Informe de la DIDA describiendo los avances de las campañas de información, incluyendo material electrónico y/o físico de las diferentes actividades elaborado. Los avances incluyen: <ul style="list-style-type: none"> - Campañas de información en medios masivos como la radio, televisión, prensa escrita e internet - Talleres/foros/reuniones con miembros de diferentes sectores (público, privado, sociedad civil, entre otros) - Materiales educativos e informativos - Asesorías a través de sus 11 oficinas de servicio con personal capacitado - Centro de Atención Telefónica Unidades móviles para alcanzar a los pequeños y micro-empresarios
Sistema de Monitoreo de los indicadores del SDSS	Mejorar cobertura y eficiencia a través de un sistema de monitoreo integral del SDSS	Comité Intersectorial de Estadística ad hoc para el diseño y supervisión del Sistema de Monitoreo y Evaluación del Sistema de Seguridad Social (SDSS) conformado. Informe de avance en la ejecución del Sistema de monitoreo de la primera fase elaborado
Plan de Educación Financiera	Mejorar cobertura a través de la inclusión de educación financiera en todos los niveles de educación	Comité Interinstitucional para fijar los lineamientos del Plan de Educación Financiera creado.

		Plan de acción incluyendo instituciones responsables, acciones y presupuesto definido para la meta anual elaborada.
--	--	---

Componente 3. Mejora de la eficiencia del Sistema Nacional de Salud

Área de reforma	Objetivo	Productos logrados
Estructura funcional de rectoría y provisión	Separar funcional y operativamente las funciones de rectoría y provisión del MSP	Funciones de rectoría y provisión de servicios de salud del MSP separadas Ley que crea el Servicio Nacional de Salud (SNS) vigente
Rectoría	Fortalecer la rectoría apoyando la redefinición de una nueva estructura organizacional y funcional del MSP	Estructura organizacional y funcional del MSP modificada Estructura organizacional y funcional del MSP aprobada por el MAP Plan Estratégico del MSP 2015-2018 aprobado
Calidad de los servicios	Impulsar la legitimización y difusión de la política de calidad en salud para dar paso luego a la implementación de sus disposiciones.	Política de Calidad en salud aprobada Informe de resultados de la Jornada Nacional de Inspección elaborado Número de establecimientos de salud habilitados desde el 1ro de septiembre de 2014 hasta el 31 de diciembre de 2016 Diagnóstico de procesos internos de la DGHA elaborado Guía de inspección actualizada que incluya criterios de evaluación comprendidos en el marco de la política de calidad Instrumentos para el monitoreo de la calidad de la asistencia materno-infantil validados, en todos los niveles
Recurso humano	Impulsar la promulgación de la Ley de Carrera Sanitaria para que se pueda proseguir a su reglamentación y operacionalización	Ley de Carrera Sanitaria puesta en vigencia Propuesta de reglamento de la Ley de Carrera Sanitaria remitida al poder ejecutivo
Catálogo de prestaciones	Actualizar el Catálogo del PDSS para contar con respuestas costo efectivas a la doble carga de enfermedad	Consultoría para la revisión y actualización del Catálogo de Prestaciones del Plan de Servicios de Salud (PDSS) contratada Catálogo actualizado de Prestaciones del Plan de Servicios de Salud (PDSS) recibido por el CNS Catálogo actualizado de Prestaciones del Plan de Servicios de Salud (PDSS) discutido por la Comisión Permanente de Salud

Organización de la provisión	Reorganizar la provisión de servicios mediante un modelo de atención articulado en redes integradas y enfoque en la atención primaria.	<p>Modelo de atención del Sistema Nacional de Salud con la atención primaria como puerta de entrada oficializado</p> <p>Dimensionamiento de los recursos necesarios para el desarrollo del modelo de atención a nivel nacional elaborado</p> <p>Planes de implementación del modelo de atención en el servicio regional de salud 3 y las provincias Barahona y Monte Plata elaborados e implementados</p>
Gestión del financiamiento de salud	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.	<p>Unidad de Análisis Actuarial del Seguro Nacional de Salud (SeNaSa) creada</p> <p>Contratación del coordinador de la unidad de análisis actuarial del SENASA realizada</p> <p>Estudio de la unidad de análisis actuarial del SENASA elaborado bajo las directrices del nuevo coordinador</p> <p>Plan de estudios de la unidad de análisis actuarial elaborado</p>

b. Resultados logrados

Las acciones de política promovidas por las dos operaciones 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.

Los resultados de las reformas relacionadas con el marco de políticas, normativo e institucional para la consolidación del sector salud y la seguridad social en el país se reseñan a continuación por componentes, presentando el grado de cumplimiento de los indicadores de resultado establecidos en la matriz de resultados

Respecto a los indicadores de resultado del componente de seguridad social, se cumplió con la meta de incrementar la cobertura medida como cotizantes sobre población ocupada, pasando este valor de 32% en 2014 a 39% en 2016, superando la meta de 35% en la matriz de resultados para ese año. En cuanto al número de personas orientadas sobre los beneficios de la seguridad social a través de las oficinas de la DIDA, este indicador paso de 338,790 personas en 2014 a 971,959 en 2016, más que duplicando lo esperado en la meta de la matriz de resultados, a partir de los múltiples esfuerzos de la DIDA en proveer información a través de la apertura de nuevas oficinas, unidades móviles, y una campaña publicitaria masiva y más cercana a los potenciales beneficiarios del SDSS. Los detalles de las medidas específicas por la serie programática relacionadas con la mejora de estos indicadores se describen más adelante.

Si bien el otorgamiento de pensiones solidarias es una prioridad del gobierno reelecto y que asumió en agosto de 2016, el indicador referido a pensiones solidarias aún no ha sido alcanzado

a fines de 2016. La meta presidencial del nuevo gobierno es alcanzar a otorgar 50.000 pensiones en los próximos cuatro años y se espera que se inicien a otorgar con el nuevo ciclo presupuestario. De todas maneras, el indicador de pensiones solidarias en la matriz de resultados era un indicador que por diseño excedía el alcance del proyecto y de la matriz de políticas. En la matriz de políticas se incluía el protocolo de focalización e implementación y el padrón de hogares elegibles para preparar la implementación. No se había hecho el compromiso de implementación dado que se requerían otros pasos previos y el gobierno se encuentra trabajando en una ampliación de la cobertura aun mayor que la esperada, lo cual requiere cambios presupuestales.

Respecto a los indicadores de resultado del componente de salud, se cumplió con la meta de incrementar las intervenciones ambulatorias en los Servicios Regionales de Salud (SRS) que ocurre en el primer nivel de atención como porcentaje del total de intervenciones ambulatoria en los SRS, pasando este valor de 33% en 2014 a 41% en 2016, y el gasto dedicado a servicios de salud preventivos como porcentaje del total de gasto público en salud pasó de 3,76% en 2014 a 10.3% en 2016.

Indicadores de producto

Todas las Condiciones de Política de las dos operaciones del Programa fueron cumplidas.

Los Informes sobre el Cumplimiento de las Condiciones de Política para la primera y segunda operación presentan los argumentos que llevaron al Equipo a recomendar el desembolso del financiamiento del Programa. A continuación, los resultados alcanzados más relevantes.

Ajuste a las fallas de diseño en los regímenes de financiamiento de la Ley 87-01. Como Condiciones de Política se requirió el desarrollo y la presentación al Congreso Nacional de una propuesta de modificaciones a la Ley 87-01 que incluyera una serie de ajustes que permitiera la expansión de la cobertura asegurando la sostenibilidad financiera, la integralidad y la eficiencia del sistema. Asimismo, se requirió también la elaboración de un informe técnico independiente para analizar el alcance de las medidas en el anteproyecto, el cual destacó que estas eran positivas en cuanto a aumento de cobertura y sostenibilidad, reducción de costos al Estado, mejora en la fiscalización del sistema y en la medición de la calidad de su servicio.

Mejoras en la focalización del Régimen Subsidiado (RS) en Pensiones. Como condición del primer préstamo, se requirió la promulgación del reglamento de procedimientos para otorgar las pensiones solidarias incluyendo el índice del SIUBEN como criterio de elegibilidad para la focalización. Este Protocolo fue desarrollado por una Comisión Interinstitucional conformada por técnicos del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD), el Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN), y la Gerencia General del Consejo Nacional de Seguridad Social (GGCNSS) Adicionalmente, para el segundo préstamo, se requirió identificar al padrón de hogares elegibles del RS utilizando dicho protocolo. Si bien debido a la restricción presupuestal el gobierno no ha podido hacer entrega de las 1,500 pensiones que se esperaba como meta dentro del programa, la aplicación del protocolo asegura que la afiliación a las pensiones será focalizada.

Armonización del SISPRE al marco legal vigente. Como Condición de Política de la primera operación se requirió la elaboración de un análisis del costo fiscal de la propuesta de reorganización del SISPRE, con el cual se identificaron ajustes que fueron incluidos en una propuesta ajustada. Esta propuesta fue presentada al Congreso Nacional como Condición de la segunda operación.

Población más informada sobre los beneficios del SDSS con incentivos a afiliarse. Se incluyeron dos condiciones que apoyaron el incremento de la cobertura del RC a través de una mayor valorización de la seguridad social, ayudando a que ésta alcanzase un XX% en el 2016. Por un lado la DIDA implementó una exitosa campaña de información durante el 2014 y el 2015 el cual incluyó las siguientes actividades: (i) campañas de información en medios masivos como la radio, televisión, prensa escrita e internet, incluyendo un análisis *post buy* de costo beneficio de la campaña por televisión; (ii) talleres/foros/reuniones con más de 7 mil miembros de diferentes sectores (público, privado, sociedad civil, entre otros); (iii) más de 1 millón 500 mil ejemplares de materiales educativos e informativos distribuidos; (iv) asesorías a través de sus 11 oficinas de servicio con personal capacitado; (v) un Centro de Atención Telefónica que atendió a 116.830 llamadas en el 2014; y (vi) el plan para la implementación de unidades móviles para alcanzar a los pequeño y micro-empresarios. Por el otro, el CNSS creó un Comité Interinstitucional que desarrolló un plan de acción que asignó a la SIPEN el objetivo de desarrollar un Plan de Promoción de la Cultura Previsional y Financiera, con el cual se espera que se logre alcanzar a la población estudiantil.

Existen mecanismos para monitorear el desempeño del SDSS. Se requirió la puesta en marcha del Sistema de Monitoreo del SDSS por parte de un Comité Intersectorial (primera condición), el cual cumplió con la primera fase de implementación (segunda condición). El portal del CNSS cuenta ya con información estadística e indicadores básicos, además de series históricas disponibles.

Existe presupuesto y planificación para concretar el Plan de Educación financiera a través de SIPEN. El comité intersectorial formado para dirigir el plan de educación financiera diseñó el Plan Operativo Anual (POA) y asignó un presupuesto específico a la SIPEN que permitirá avanzar más concretamente en la preparación de tres actividades principales para la implementación del plan de educación financiera: (i) el diseño de contenidos y materiales necesarios para incorporar el tema de seguridad social en el *pensum* académico; (ii) el diseño de contenidos y materiales para capacitar a los docentes; y (iii) el establecimiento de acuerdos con instituciones académicas especializadas en temas de seguridad social.

Se concretó a la separación de funciones de rectoría y provisión del Ministerio de Salud Pública. Se expidió la normativa que creó la Dirección General de Coordinación de los Servicios Públicos de Atención a la Salud (DGCSS), remplazando así el Viceministerio de Atención a las Personas del MSP. Además, se promulgó la Ley que crea el SNS, el cual se constituye de personalidad jurídica, con autonomía administrativa, financiera y técnica, y patrimonio propio. Cuenta con una Dirección Central (DC) adscrita al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. A lo largo del texto, la Ley dota a la DC de atribuciones para promover, coordinar y gestionar la prestación de servicios por parte de los Servicios Regionales de Salud y conducentes a profundizar el proceso de separación de funciones de rectoría y provisión del Ministerio de Salud Pública.

Provisión de servicios reorganizada con la atención primaria como puerta de entrada. Se hizo la oficialización del nuevo modelo de atención con un foco en la atención primaria como puerta de entrada y se llevaron a cabo estimaciones de los recursos físicos, humanos y tecnológicos que se requerirán para implementar el modelo en los nueve Servicios Regionales de Salud existentes en el país. Se logró la operacionalización del modelo en tres servicios regionales, al desarrollar planes de implementación que detallan, para los diferentes componentes del modelo de atención, las actividades para desarrollarlo, con sus respectivos objetivos, responsables, requerimientos, cronograma e indicadores de monitoreo.

El MSP cuenta con la estructura organizacional y normativa para realizar efectivamente su rol rector. El MSP cuenta con una nueva estructura organizacional y funcional y un plan estratégico acorde al ejercicio de la rectoría, cuyas acciones comenzarán a implementarse a partir de la fecha de expedición de la disposición ministerial que hace oficial éste último.

El SNS cuenta con una política de calidad en salud. Además de expedir la política de calidad se logró la puesta en vigencia de la misma. Se dio cuenta de avances en inspección de establecimientos de salud y otorgamiento de licencias de habilitación, y desarrollo de iniciativas e instrumentos para mejorar la capacidad de llevar a cabo las funciones de la Dirección General de Habilitación en el marco de la política de calidad. Por otro lado, se generaron los instrumentos, indicadores y procesos que se emplearán para el monitoreo y evaluación de la política nacional de calidad para la asistencia materno-infantil.

La Ley de Carrera Sanitaria y su respectiva reglamentación proveen normativas para un mejor desempeño del recurso humano. Esta normativa desarrolla aspectos para el ejercicio de la profesión en lo relativo al ingreso, desarrollo y estabilidad laboral de los servicios públicos que presten servicios vinculados a actividades sanitarias, a la vez que provee elementos para incentivar una distribución equitativa del recurso humano, dando prioridad a las necesidades del primer nivel de atención, y acorde con criterios y requerimientos del nuevo modelo de atención.

El Catálogo del Plan de Servicios de Salud está actualizado. Se llevó a cabo una actualización del PDSSS del año 2009 por medio del diseño de canastas integrales para los principales problemas de salud según el perfil epidemiológico más reciente, se excluyeron tecnologías obsoletas, e incorporaron nuevas tecnologías costo-efectivas para el tratamiento de condiciones de salud prioritarias orientadas hacia la promoción y la prevención.

El SeNaSa cuenta con la capacidad necesaria para generar análisis actuariales y seguir la evolución del perfil de riesgo y costos. Se llevó a cabo la creación y entrada en funcionamiento de una Unidad Actuarial del SeNaSa, la cual cuenta actualmente con un Coordinador y con un plan de estudios. Asimismo, se realizó ya un estudio sobre desviaciones en el gasto para generar escenarios de ajuste de tarifas.

La tabla 1 resume los cambios a la matriz de resultados.

Tabla 1. Cambios en la Matriz de Resultados

Sección de la Matriz de Resultados en la que se realizó cambios	Nombre del cambio	Tipo de cambio	Línea base de Meta	Meta Original	Meta formalmente revisada (si aplica)	Razón del cambio	Fecha de cambio	Fecha de cambio acordada con la Agencia Ejecutora
Resultados	Personas afiliadas con elegibilidad determinada según SIUBEN al Régimen Subsidiado (RS) en Pensiones	Eliminación de indicador	0	1,500		Aunque la operación contribuyó a la elaboración y presentación al Congreso del Anteproyecto de Ley que modifica la Ley de Seguridad Social (Ley 87-01)-según acordado en la matriz de política. La afiliación de beneficiarios requerirá la aprobación en Congreso dependerá de consensos en el marco legislativo que quedaron fuera del alcance de la matriz de políticas para el horizonte de esta operación. A su vez, el anteproyecto en su versión final fue una reforma integral que incluyó varios puntos adicionales a los acordados por esta operación, aun cuando previo a la presentación al Congreso el GORD inició un proceso de consulta extenso.	Noviembre 2017	Octubre 2017
Resultados	Gasto de Bolsillo como % del gasto total en salud	Eliminación de indicador	33	30		“Gasto de bolsillo” no es un indicador de resultado adecuado para capturar el efecto de la reforma. El gasto de bolsillo se define como los pagos directos de las personas por servicios de salud recibidos y está determinado por las tarifas o copagos que el sistema de salud determine para los servicios, los cuales no fueron objeto de las medidas impulsadas por la serie programática.	Noviembre 2017	

La Tabla 2 resume las metas alcanzadas por la serie a nivel de productos y resultados.

Tabla 2. Matriz de Resultados Alcanzados

Resultado/Indicador	Unidad de Medida	de Valor Línea base	de de Año de línea de base	Metas y alcance real		% Alcanzado	Medios de verificación
Resultado #1							
1.1 Porcentaje de personas cotizando al RC sobre población ocupada	% Personas	32%	2014	P	35	100	Sistema de Información de Superintendencia de Pensiones (SIPEN)
				P(a)	35		
				A	39		
1.2 Personas orientadas sobre los beneficios de la seguridad social a través de las oficinas de la DIDA	# Personas	338,790	2014	P	450,000	100	Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA)
				P(a)	450,000		
				A	971,959		
1.3 Intervenciones ambulatorias en los Servicios Regionales de Salud (SRS) que ocurre en el primer nivel de atención como porcentaje del total de intervenciones ambulatoria en los SRS	%	33	2014	P	41	100	Sistema de Información del Ministerio de Salud Pública (MSP)
				P(a)	41		
				A	41		
1.4 Gasto dedicado a servicios de salud preventivos como porcentaje del total de gasto público en salud	%	3.76	2014	P	6	100	Sistema de Información del MSP
				P(a)	6		
				A	10.3		

Producto	Unidad de Medida	Valor Línea base	de de	Año de línea de base	Metas y alcance real	% Alcanzado	Medios de verificación	
Componente #1: Consolidación del Sistema de Seguridad Social								
1.1 Anteproyecto de Ley que modifica la Ley de Seguridad Social (Ley 87-01) elaborado	Anteproyecto de ley	0		2014	P	1	100	Anteproyecto de Ley elaborado por la Comisión de Asesores del Ministerio de la Presidencia
					P(a)	1		
					A	1		
1.2 Reglamento de procedimientos para la concesión de pensiones solidarias elaborado	Reglamento	0		2014	P	1	100	Decreto No. 381-13 publicado en la Gaceta Oficial
					P(a)	1		
					A	1		
1.3 Análisis del costo fiscal de las medidas para la organización del Sistema de Pensiones de Reparto Estatal (SISPRE) elaborado	Informe	0		2014	P	1	100	Informe del análisis del costo fiscal de las medidas para la organización del Sistema de Pensiones de Reparto Estatal (SISPRE)
					P(a)	1		
					A	1		

1.4 Herramientas de acceso a la información para los beneficiarios disponibles en la web	Herramientas	0	2014	P	1	100	Página de internet de la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social (DIDA)
				P(a)	1		
				A	1		
1.5 Puntos de información para orientación al afiliado en zonas alejadas en funcionamiento	Puntos	0	2014	P	5	100	Acto administrativo mediante el cual se oficializa la apertura de los nuevos puntos de información
				P(a)	5		
				A	5		
1.6 Comité Intersectorial de Estadística ad hoc para el diseño y supervisión del Sistema de Monitoreo y Evaluación del Sistema de Seguridad Social (SDSS) conformado	Acta	0	2014	P	1	100	Acta de la Primera reunión del Comité donde lo integran y establecen la forma en que funcionaría
				P(a)	1		
				A	1		
1.7 Comité interinstitucional del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) para promover la cultura previsional y financiera creado	Acta	0	2014	P	1	100	Acta de la Primera reunión del Comité donde lo integran y establecen la forma en que funcionaría
				P(a)	1		
				A	1		
1.8 Anteproyecto de Ley que modifica la Ley de Seguridad Social (Ley 87-01) remitido al poder ejecutivo	Anteproyecto	0	2014	P	1	100	Comunicación del Poder Ejecutivo remitiendo el Anteproyecto de Ley que modifica la Ley de Seguridad Social (Ley 87-01)
				P(a)	1		
				A	1		
1.9 Análisis del alcance de las medidas del Anteproyecto de Ley que modifica la Ley de Seguridad Social (Ley 87-01) elaborado	Informe	0	2014	P	1	100	Informe técnico independiente del alcance de las medidas del Anteproyecto de Ley que modifica la Ley de Seguridad Social (Ley 87-01)
				P(a)	1		
				A	1		
1.10 Análisis de la distribución de los potenciales beneficiarios de acuerdo al reglamento de procedimientos para la concesión de pensiones solidarias elaborado	Informe		2014	P	1	100	
				P(a)	1		
				A	1		
1.11 Estimación de costos fiscales de las pensiones solidarias elaborado	Informe	0	2014	P	1	100	Informe del CNSS de estimación de costos fiscales de las pensiones solidarias
				P(a)	1		
				A	1		
1.12 Anteproyecto de Ley del SISPRE presentado al Congreso	Anteproyecto	0	2014	P	1	100	Comunicación del poder ejecutivo remitiendo el Anteproyecto de Ley del SISPRE
				P(a)	1		
				A	1		

1.13 Informe de avances de las campañas de información de la DIDA elaborado	Informe	0	2014	P	1	100	Informe de la DIDA de los avances de las campañas de información
				P(a)	1		
				A	1		
1.14 Informe de cumplimiento de las metas anuales del Sistema de Monitoreo y Evaluación del SDSS (Primera fase) elaborado	Informe	0	2014	P	1	100	Informe del CNSS de avance en la ejecución del Proyecto Sistema de Monitoreo del SDSS
				P(a)	1		
				A	1		
1.15 Plan de acción del Comité Interinstitucional basados en el Plan Estratégico del SDSS elaborado	Plan	0	2014	P	1	100	Informe del CNSS con el plan de acción del Comité Interinstitucional
				P(a)	1		
				A	1		

Componente #2: Mejora de la eficiencia del Sistema Nacional de Salud

2.1 Funciones de rectoría y provisión de servicios de salud del MSP separadas	Decreto	0	2014	P	1	100	Publicación del Decreto Presidencial para la separación de las funciones de rectoría y provisión de servicios de salud en la Gaceta Oficial
				P(a)	1		
				A	1		
2.2 Modelo de atención del Sistema Nacional de Salud con la atención primaria como puerta de entrada oficializado	Modelo	0	2014	P	1	100	Resolución Ministerial aprobando el nuevo modelo de atención integral del Sistema Nacional de Salud
				P(a)	1		
				A	1		
2.3 Estructura organizacional y funcional del MSP modificada	Estructura	0	2014	P	1	100	Oficio del Ministro de Salud presentando reestructuración al Ministerio de Administración Pública (MAP)
				P(a)	1		
				A	1		
2.4 Política de Calidad en salud aprobada	Política	0	2014	P	1	100	Resolución Ministerial aprobando la Política de Calidad en salud
				P(a)	1		
				A	1		
2.5 Ley de Carrera Sanitaria puesta en vigencia	Ley	0	2014	P	1	100	Publicación de la Ley de Carrera Sanitaria en la Gaceta Oficial
				P(a)	1		
				A	1		
	Catálogo	0	2014	P	1	100	

2.6 Consultoría para la revisión y actualización del Catálogo de Prestaciones del Plan de Servicios de Salud (PDSS) contratada				P(a)	1		Contrato para la consultoría de revisión y actualización del Catálogo del PDSS
				A	1		
2.7 Unidad de Análisis Actuarial del Seguro Nacional de Salud (SeNaSa) creada	Oficina	0	2014	P	1	100	Resolución del Consejo del SeNaSa (COSENASA) aprobando la creación de la Unidad de Análisis Actuarial del SeNaSa
				P(a)	1		
				A	1		
2.8 Ley que crea el Servicio Nacional de Salud (SNS) vigente	Ley	0	2014	P	1	100	Publicación de la Ley que crea el SNS en la Gaceta Oficial
				P(a)	1		
				A	1		
2.9 Dimensionamiento de los recursos necesarios para el desarrollo del modelo de atención a nivel nacional elaborado	Informe	0	2014	P	1	100	MSP. Informe de dimensionamiento de los recursos necesarios para el desarrollo del modelo de atención a nivel nacional
				P(a)	1		
				A	1		
2.10 Planes de implementación del modelo de atención en el servicio regional de salud 3 y las provincias Barahona y Monte Plata elaborados e implementados	Planes	0	2014	P	1	100	MSP. Remisión oficial de los planes de implementación del modelo de atención en el servicio regional de salud 3 y las provincias Barahona y Monte Plata
				P(a)	1		
				A	1		
2.11 Estructura organizacional y funcional del MSP aprobada por el MAP	Estructura	0	2014	P	1	100	MSP. Resolución Ministerial del MAP en que se aprueba la nueva estructura organizacional y funcional transitoria del MSP
				P(a)	1		
				A	1		
2.12 Plan Estratégico del MSP 2015-2018 aprobado	Plan	0	2014	P	1	100	MSP. Disposición Ministerial en que se aprueba el Plan Estratégico del MSP 2015-2018
				P(a)	1		
				A	1		
2.13 Informe de resultados de la Jornada Nacional de Inspección elaborado	Informe	0	2014	P	1	100	Informe de la Dirección General de Habilitación y Acreditación (DGHA) del MSP con los resultados de la Jornada Nacional de Inspección
				P(a)	1		
				A	1		
2.14 Número de establecimientos de salud habilitados desde el 1ro de septiembre de 2014 hasta el 31 de diciembre de 2016	Establecimientos	38	2014	P	2093	100	Informe de la DGHA del MSP de la relación del número mensual de licencias de habilitación de establecimientos de salud otorgados desde el 1ro de septiembre de 2014 hasta el 31 de diciembre de 2016
				P(a)	2093		

				A	2093		
2.15 Diagnóstico de procesos internos de la DGHA elaborado	Diagnóstico	0	2014	P	1	100	Informe de la DGHA del MSP, consultoría de diagnóstico de procesos internos de la DGHA
				P(a)	1		
				A	1		
2.16 Guía de inspección actualizada que incluya criterios de evaluación comprendidos en el marco de la política de calidad	Guía	0	2014	P	1	100	Informe de la DGHA del MSP de la guía de inspección
				P(a)	1		
				A	1		
2.17 Instrumentos para el monitoreo de la calidad de la asistencia materno-infantil validados, en todos los niveles	Informe	0	2014	P	1	100	Informe de la Dirección General de Monitoreo y Evaluación de la Calidad sobre el proceso de validación de los instrumentos de monitoreo de la calidad de la asistencia materno-infantil en todos los niveles, con copia de los instrumentos validados
				P(a)	1		
				A	1		
2.18 Propuesta de reglamento de la Ley de Carrera Sanitaria remitida al poder ejecutivo	Reglamento	0	2014	P	1	100	Dirección de Recursos Humanos del MSP. Comunicación oficial en que se remite la propuesta del reglamento de la Ley de Carrera Sanitaria al poder ejecutivo
				P(a)	1		
				A	1		
2.19 Catálogo actualizado de Prestaciones del Plan de Servicios de Salud (PDSS) recibido por el CNSS	Catálogo	0	2014	P	1	100	Comunicación oficial de la Gerencia General del CNSS informando que ha recibido el catálogo del PDSS actualizado
				P(a)	1		
				A	1		
2.20 Catálogo actualizado de Prestaciones del Plan de Servicios de Salud (PDSS) discutido por la Comisión Permanente de Salud	Catálogo	0	2014	P	1	100	Acta de reunión de la Comisión Permanente de Salud en la que se discute el catalogo actualizado del PDSS
				P(a)	1		
				A	1		
2.21 Contratación del coordinador de la unidad de análisis actuarial del SENASA realizada	Persona	0	2014	P	1	100	Contrato firmado del coordinador de la unidad de análisis actuarial del SENASA
				P(a)	1		
				A	1		
2.22 Estudio de la unidad de análisis actuarial del SENASA elaborado bajo las directrices del nuevo coordinador	Estudio	0	2014	P	1	100	SENASA. Remisión oficial del SENASA del estudio de la unidad de análisis actuarial del SENASA elaborado bajo las directrices del nuevo coordinador
				P(a)	1		
				A	1		
2.23 Plan de estudios de la unidad de análisis actuarial elaborado	Plan	0	2014	P	1	100	SENASA. Remisión oficial del SENASA del plan de estudios de la unidad de análisis actuarial
				P(a)	1		
				A	1		

Donde: P = Programación inicial; P (a) = Meta Anual Revisada; A = Actual.

c. Análisis de atribución de los resultados

Al tratarse de una serie programática y dado el limitado tiempo transcurrido desde la aprobación de la última operación, no se cuenta con una evaluación de impacto cuantitativa de las reformas de la serie programática. A continuación, se realiza un análisis de atribución teórico y cualitativo donde se presentan evidencias de reformas similares en otros contextos y se provee información adicional sobre las reformas en el contexto dominicano, el rol del Banco y los indicadores empleados para analizar la atribución entre productos y resultados.

El conjunto de medidas apoyadas por esta serie programática llevó a alcanzar los resultados obtenidos en los indicadores de seguridad social relacionados con el aumento en cobertura y el aumento de las personas orientadas por la DIDA con más información sobre los beneficios de la seguridad social. En una reforma de seguridad social, los resultados atribuibles a cambios en diseño de la Ley de Seguridad social y otros cambios normativos demoran más tiempo en trasladarse a la implementación, pero sí se espera que tengan un alcance más amplio sobre cobertura que se podría observar en el mediano y largo plazo. Sin embargo, para aumentar cobertura en el corto plazo, la literatura muestra que es fundamental mejorar la provisión de información a las personas para desarrollar cambios en su comportamiento en cuanto a la valoración y contribución a la seguridad social, y al ahorro en pensiones³⁰. En particular, de acuerdo a experiencias previas de otros países combinada con evidencia del país, se puede atribuir los resultados a dos medidas principales relacionadas con mejoras de la información disponible: la expansión de medios de información (nuevos centros de información fuera de la capital del país, campañas de radio, TV, unidades móviles), y de herramientas para esclarecer el valor de los beneficios del aseguramiento en seguridad social y el valor de las pensiones, como la calculadora de pensiones de SIPEN. En el caso de Chile, hay evidencia proveniente de diversos contextos del efecto positivo de medidas que aumentan la valoración por el ahorro. En Chile, una experiencia apoyada por la OECD que envió información previsional con proyecciones de pensión tuvo efectos positivos sobre decisiones de ahorro. Fajnzylber, et al (2009). 31 Resultados similares al de Chile se han mostrado en Karlan et al. (2012) para el impacto de recordatorios sobre decisiones de ahorro^{32,33}.

Por otra parte, la falta de información que tienen las personas en República Dominicana parece ser un factor considerable para explicar por qué las personas dejan de cotizar a seguridad social. En una encuesta confidencial realizada en 2012 por SIPEN a las personas que dejaron de contribuir se encuentra que la falta de información es un factor clave en la determinación de las contribuciones (la falta de información es la tercera razón para dejar de cotizar). La evidencia sobre el factor información en las decisiones de cotización para República Dominicana, combinada con la evidencia internacional sobre programas de información, resultan en que la

³⁰ En el libro “Mejores Pensiones, mejores trabajos”, se destacan las medidas relacionadas con aumentos en la información entre las medidas disponibles para alcanzar mayor cobertura en pensiones.

³¹ Fajnzylber, Plaza y Reyes, 2009, en Documento de Trabajo N°31: “*Better-informed Workers and Retirement Savings Decisions: Impact Evaluation of a Personalized Pension Projection*”.

³² Karlan et al. (2012) “*Getting to the Top of Mind: How Reminders Increase Saving*.” Documento de trabajo del NBER Nro. 16205.

³³ El estudio de OECD analiza la evidencia existente sobre campañas de información en pensiones y enfatiza en la efectividad de las campañas para aumentar cobertura en pensiones. Atkinson, A. et al. (2012), “Lessons from National Pensions Communication Campaigns”, *OECD Working Papers on Finance, Insurance and Private Pensions*, No. 18, OECD. Publishing. A su vez, el estudio de Lusardi (2008) explica que la falta de información es una de las principales trabas para aumentar el ahorro previsional.

expansión de las campañas informativas y las nuevas herramientas con las que cuentan los trabajadores para tomar decisiones en el país se puede asociar a aumentos en la cobertura.

La evidencia internacional muestra que un enfoque **de atención primaria en salud, en el contexto de una red integrada de prestadores incrementa el** acceso a servicios de calidad de manera oportuna, y facilita la continuidad de la atención a través de distintos prestadores y niveles de atención³⁴. Además, el ritmo de crecimiento de los gastos de salud es menor en los países que cuentan con redes integradas para la prestación de servicios³⁵. Estos resultados se logran por medio de diferentes mecanismos. Primero el en el modelo de atención primaria en salud, el punto focal para la resolución de la mayoría de las necesidades de los usuarios es un proveedor habitual que sirve como una “puerta de entrada” al sistema de salud, atiende a una población definida, cuenta con tecnología y recursos adecuados, y se articula directamente con otros servicios cuando es necesario. Esto facilita detectar y disminuir riesgos o problemas de salud de manera oportuna para resolver la mayoría de los problemas de salud, antes de que se agudicen, fuera de un ambiente hospitalario más costoso. Por ejemplo, estudios en Costa Rica, Brasil y España, cuyos sistemas se orientan hacia la APS, han documentado la asociación entre experiencias de atención con énfasis en la prevención y la reducción de hospitalizaciones evitables³⁶. Sistemas con orientación hacia la APS resuelven un mayor número de problemas en el primer nivel, y requieren menos consultas con especialistas y hospitalizaciones³⁷. **Segundo**, al integrar una red, se favorece la prestación de servicios de manera continua, coordinada y sin rupturas a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud. La evidencia muestra que esto no sólo mejora la calidad de la atención prestada, sino que también reduce ineficiencia del gasto por costos innecesarios al evitar duplicaciones de pruebas de laboratorio y exámenes diagnósticos³⁸.

Por otro lado, como medida del avance en la implementación de modelos de atención orientados hacia la APS, las estadísticas de la OECD muestran que en países donde estos modelos son maduros, hay una mayor proporción del gasto total en salud que se dirige hacia servicios ambulatorios y preventivos³⁹.

Siguiendo estas líneas, los cambios evidenciados en el incremento de consultas ambulatorias y mayor gasto en servicios preventivos se podrían atribuir a las reformas promovidas por la serie programática por medio de siguientes mecanismos. Por un lado, las normativas para la separación de funciones dotaron a los SRS de mayor autonomía para la asignación de recursos hacia la atención ambulatoria y preventiva. Por otro lado, la normativa impulsó el ejercicio de las funciones de gestión de red de servicios requeridas para la implementación del modelo de atención en salud orientado hacia la APS. Los informes de avance de implementación del modelo de atención documentan: (i) reasignación de recursos hacia el primer nivel; (ii) puesta en marcha de los esquemas de referencia y contrarreferencia que permiten atender cada caso en el nivel de atención más bajo posible y (iii) direccionamiento de la atención hacia servicios preventivos y resolución de un mayor número de casos en el ámbito ambulatorio⁴⁰.

³⁴ Ver Kringos et al 2010, Schoen et al 2010, WHO 2008, Starfield et al 2005, Macinko et al 2003.

³⁵ Kringos et al 2013

³⁶ Macinko et al 2011, Rosero-Bixby 2004, Borkan et al 2010

³⁷ White et al, 2016; Hansen et al, 2013; Chenore et al, 2013

³⁸ Wan et al 2002, Lee et al 2003, Stille et al 2005, Ham, 2007.

³⁹ OECD Health at a Glance 2015. No hay estadísticas comparativas para América Latina.

⁴⁰ Ver informe de consultoría Catalunya 2016.

d. Resultados imprevistos

Algunos de los resultados no previstos de la serie programática incluyen los siguientes: (i) el tema de la reforma de la seguridad social y el sector salud se ha convertido en un tema prioritario en la opinión pública, se han abierto espacios de dialogo entre el sector público y el sector privado sobre las opciones de reglamentación e implementación de la reforma, lo cual se espera que contribuya a la sostenibilidad de las reformas; (ii) existe un potencial de generar nuevas oportunidades de inversión relacionadas con las reformas apoyadas en la serie programática; y (iii) el GORD continua avanzando en otras medidas vitales para aumentar la formalización y por ende la cobertura de la seguridad social, y que fueron apoyadas por la reciente operación DR-L1121, como el portal de Formalízate, que apoya a las empresas a realizar el trámite de registro en la seguridad social, y como la creación de un Departamento de Inteligencia Fiscal para el monitoreo de la evasión y elusión de sistema.

3.3 Eficiencia

Se llevó a cabo un análisis económico ex ante de la serie programática, el cual estimó todos los costos e identificó los principales beneficios que se derivan directamente de la implementación de las medidas de la matriz de política. 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. Se compararon los beneficios y costos monetarios de un escenario en que los desencadenantes y acuerdos del PBP consignados en la matriz de política son efectivamente realizados y que se cumplen las metas descritas en la matriz de resultados, versus un escenario que supone que las tendencias actuales de nivel de ahorro previsional y de gasto en salud se mantienen. Se encontró un beneficio neto positivo de las medidas del PBP, dado por un mayor crecimiento en el PIB, gracias al efecto en el mercado laboral y en el mercado de capitales, y por los ahorros logrados con las medidas que incrementan la eficiencia del gasto en salud. El caso base realizó el análisis para un horizonte temporal de 20 años y una tasa de descuento del 12% efectiva anual. El caso base realizó el análisis para un horizonte temporal de 20 años y una tasa de descuento del 12% efectiva anual. En el caso base evaluado se encuentra que el proyecto es rentable, con una TIR de 0,32 y un VPN de RD\$5.990 millones (US\$132,2 millones). El resultado se mostró robusto al análisis de sensibilidad.

Para la serie se planteó realizar una evaluación económica ex post a los tres (3) años de implementación de los cambios de política con el objetivo de determinar el costo-beneficio del programa tanto en la seguridad social como en el sector salud en el mediano plazo. Los aspectos técnicos de esta evaluación se detallan en el Plan de Monitoreo y Evaluación. Se planea que esta evaluación económica ex post se lleve a cabo en 2018.

3.4 Sostenibilidad

En términos generales, se espera que las medidas de política promovidas por el Programa sean sostenibles. Finalizada esta serie programática el GORD cuenta con nuevas medidas legislativas y desarrollos institucionales que por sí mismos generan capacidades, incentivos y dinámicas para dar continuidad a las intervenciones del PBP. Finalizado este PBP, también prosigue el apoyo de las CT para dar respuesta a necesidades técnicas y operativas de etapas futuras de implementación de las reformas de seguridad social y salud.

A continuación, se presenta un análisis de la probabilidad de sostenibilidad de las medidas y sus factores de riesgo.

El banco implementó oportunamente una serie de acciones de mitigación respecto a los riesgos previstos. Estos eran relacionados a la economía política de las reformas lo que hubiera podido paralizar su presentación al Congreso; riesgos relacionados a la institucionalidad de los actores involucrados que pudiera obstaculizar la coordinación necesaria para obtener un consenso; y respecto al costo fiscal de las medidas incluidas que pudiera tener un impacto en las finanzas públicas.

La consolidación de la Seguridad Social en un sistema más eficiente y sostenible es una prioridad para el GORD, y se espera que los anteproyectos de modificaciones a la Ley 87-01 y a la Ley SISPRE que se enviaron al Congreso sean discutidos y aprobados. A pesar de que el Congreso debe aún aprobar estos anteproyectos para que éstos entren en vigencia, ambos borradores contienen temas de gran importancia para la sostenibilidad y eficiencia del sistema de pensiones. Se espera que el apoyo financiado con la CT DR-T1098 promoviendo el proceso de socialización entre los actores clave, y analizando el costo fiscal de ambas propuestas evite cualquier retraso en su aprobación. De ser aprobadas, estas leyes ayudarían a tener un sistema armonizado y organizado entre el sistema de capitalización individual y el de reparto; a aumentar el número de cotizantes al RC incorporando a los trabajadores cuenta propia al sistema de seguridad social sin incentivar distorsiones en el mercado laboral; a sancionar los casos de evasión y elusión; a medir la calidad de las prestaciones recibidas; y a actualizar el monto de las pensiones para evitar su pérdida de valor.

Por medio de la Cooperación Técnica DR-T1098 se apoyó a promover un proceso de consulta y consenso entre los principales actores involucrados. Lo anterior facilitó la socialización del contenido del Anteproyecto de Ley 87-01. Se realizó una consultoría de apoyo técnico para analizar el impacto de las propuestas del GORD, y realizar sugerencias a un grupo de representantes de la seguridad social en el país. Asimismo, se realizó un taller en el mes de marzo de 2016 donde se analizaron distintas propuestas de reforma y se presentaron las experiencias de otros países, lo que ayudó a que los actores que elaboraron el anteproyecto estuviesen informados de las mejores prácticas y lecciones aprendidas respecto al sistema de pensiones. Al momento, el apoyo de esta serie ha sido significativo ya que se elevó la discusión del anteproyecto al Congreso y a otros actores sociales después de más de 10 años que se venía repensando en modificar la Ley de Seguridad Social. El proceso de consulta y revisión continúa ha llevado tiempo por los múltiples actores involucrados. Se ha ido generando un diálogo constructivo entre las partes y en base a una propuesta concreta del GORD. Este diálogo entre los actores es lo que asegurará la sostenibilidad de las medidas de reforma en el tiempo, en la medida que los cambios son consensuados entre las partes. A la fecha, la CT ha permitido tener un rol de apoyo técnico significativo para el GORD antes las necesidades técnicas que surgen del intercambio y diálogo entre distintos sectores con el gobierno para evaluar las propuestas de la Ley de Seguridad Social 87-01. Para poder dar continuidad a este proceso de reforma será necesario seguir manteniendo actividades de diálogo a través de la CT para responder a las necesidades técnicas que requiera el GORD en la discusión final de las medidas y en cuanto a la reglamentación e implementación de las medidas.

Como contraparte técnica para la CT se ha contado también con una comisión de asesores del Ministerio de la Presidencia para apoyar la coordinación entre el organismo ejecutor y las instancias que estuvieron encargadas de las condiciones de la matriz. Asimismo, se creó un Equipo Central de Implementación en el MSP para guiar el proceso de reglamentación y operacionalización de la Ley de Carrera Sanitaria. Por último, se realizaron dos consultorías técnicas para analizar el impacto fiscal de las medidas incluidas en las propuestas de Ley 87-01 y del SISPRE.

Se aprobó el plan para la promoción de la cultura previsional y financiera con el objetivo de aumentar la cobertura a través de una población mejor informada, y éste se encuentra en marcha. El Comité Interinstitucional asignó a la SIPEN como la responsable para llevar a cabo la implementación del plan de acción para promover una cultura previsional y financiera entre la población. Se espera que el SIPEN lleve a cabo estas acciones, ya que existe tanto las actividades identificadas como su financiamiento se encuentran incluidos en su Plan Operativo y es el pilar número 1 de los pilares prioritarios en el Plan Estratégico 2016-2020 de la SIPEN⁴¹.

El Sistema de Monitoreo y Evaluación que apoya a la sostenibilidad del SDSS también arrancó su implementación, pero la restricción presupuestaria podría retrasar los avances. El Comité Interinstitucional desarrolló y cumplió con el plan operativo anual para que el sistema entrara en funcionamiento; sin embargo, aún quedan diversas acciones pendientes a ser implementadas por el CNSS en los siguientes años, y que dependen del presupuesto otorgado por el GORD.

El otorgamiento de las pensiones del RS al padrón de hogares identificado es prioritario en la nueva agenda del nuevo gobierno. Con apoyo de esta operación se desarrolló e implementó en una muestra el protocolo para identificar el padrón de hogares elegibles del RS en pensiones usando el SIUBEN como principal instrumento para garantizar su focalización. Se prevé que el GORD otorgue un presupuesto para comenzar con el otorgamiento de pensiones en el próximo ciclo presupuestario, ya que se sigue considerando como una acción prioritaria. De acuerdo con el plan de gobierno anunciado por el presidente del país en el discurso inaugural de su nuevo mandato presidencial iniciado a fines de 2016, se prevén entregar 50.000 pensiones en el ciclo de gobierno. Aun cuando se mantiene este plan, es importante continuar con medidas de mitigación a través del apoyo y diálogo técnico de la CT para poder fortalecer la sostenibilidad de esta medida.

El proceso de orientación sobre los beneficios de la seguridad social se implementó con éxito durante ambas operaciones. La DIDA desarrolló las campañas de información con excelentes resultados y se espera la continuidad de sus servicios.

En cuanto a la sostenibilidad financiera de las medidas, en el componente de seguridad social, de acuerdo con el análisis económico ex ante, y los informes técnicos sobre las posibles implicancias fiscales de las medidas, la reforma ha contemplado desde el diseño que las medidas sean sostenibles financieramente. La reforma aportaría beneficios a través de tres canales: mejoras en asignaciones en el mercado laboral a partir de mejoras en la regulación, mejoras en los sistemas financieros y el aumento del ahorro. Los supuestos de beneficios y de costos siguen siendo admisibles, dadas las medidas de mitigación de riesgos que se tomaron desde el principio del programa a través de CT y sus estudios que permiten seguir fortaleciendo el proceso de reforma.⁴²

⁴¹ En el Plan Estratégico de SIPEN 2016-2020, se reconoce a esta iniciativa institucional persigue proveer información a distintos sectores de la sociedad acerca del funcionamiento del Sistema Dominicano de Pensiones (SDP); educar y crear conciencia sobre los derechos y deberes de los afiliados y beneficiarios; promover la inclusión del tema de la Educación Previsional en el Sistema Educativo Nacional y crear una Escuela Previsional, con miras a mitigar las debilidades experimentadas en el SDP, producto del desconocimiento de la ciudadanía.
http://www.sipen.gob.do/transparencia/images/docs/plan_estrategico/Plan%20Estrategico%20Institucional%202016-2020_31_03_2017.pdf

⁴² Para los riesgos macroeconómicos, el GORD ha tomado medidas para ajustar sus finanzas públicas y política monetaria. Para los riesgos fiscales, se han estimado los potenciales costos fiscales de las opciones de reforma para ayudar al proceso de decisiones del GORD. Dada la multisectorialidad de las medidas de esta serie, el apoyo del MH en el seguimiento de las medidas con las partes responsables es fundamental para garantizar sostenibilidad, sumado al apoyo de la CT.

El proceso de separación de funciones de rectoría y provisión del MSP está en implementación y a pesar de los retrasos existen grandes avances. Entró en vigencia la Ley que creó el SNS como una entidad pública con personalidad jurídica propia y autonomía administrativa; la nueva estructura organizacional y funcional del MSP; y se aprobó el Plan Estratégico del MSP 2015-2018. Sin embargo, la separación de funciones y el funcionamiento del MSP como rector aún no han concluido debido a diversas negociaciones con los gremios de salud y paralizaciones de hospitales.

Si bien se implementó un nuevo modelo de atención, se requiere la continuidad de esfuerzos del MSP para que las intervenciones ambulatorias en los Servicios Regionales de Salud en el 1er nivel de atención sigan aumentando. Se oficializó un nuevo modelo de atención del SNS con un foco en la atención primaria como puerta de entrada y se dimensionaron los recursos para llevarlo a cabo. Sin embargo, aún se requiere de una mayor definición de la estructura funcional y operativa del SNS y de los SRS; del equipamiento de unidades de atención primaria, y un mejor funcionamiento de los sistemas de referencia y contra referencia.

La mejora de la calidad de la oferta es un tema prioritario para el GORD y se requieren acciones complementarias a las impulsadas por la serie. Se impulsó la política de calidad de salud, la Ley de Carrera Sanitaria junto con sus reglamentos, y con apoyo de la DR-T10799 se llevó a cabo la actualización del catálogo del PDSS. No obstante, el GORD requiere seguir avanzando en otras áreas importantes como la adscripción a los centros de atención primaria, las capacitaciones del personal de salud en cuidados obstétricos de atención primaria, un modelo de contratación de recursos humanos, entre otros, para seguir fortaleciendo los servicios públicos de salud. El nuevo PDSS se podrá mantener actualizado pues su diseño incluyó mecanismos y herramientas que han sido apropiadas por los actores relevantes.

El SeNaSa cuenta con una unidad actuarial capaz de generar análisis actuariales y seguir la evolución del perfil de riesgos y costos que debe ser aprovechada. Se contrató a un equipo con las habilidades necesarias para cumplir las funciones de elaboración de estudios actuariales, estimación de las primas de los asegurados, análisis de siniestralidad, entre otros. El SeNaSa debe ahora llevar a cabo un plan priorizando los estudios que le son necesarios para una efectiva toma de decisiones.

IV. CRITERIOS NO CENTRALES

4.1 Alineación Estratégica

Este Programa estuvo alineado a las estrategias y marcos sectoriales relevantes del Banco. Contribuyó 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 y mejorando la eficiencia del gasto público en salud; y a las metas regionales del GCI-9 de reducción de mortalidad materna e infantil, al impulsar medidas para mejorar la calidad de la atención materno infantil y para promover un modelo de servicios con énfasis en la prevención. El programa estuvo alineado con la estrategia para una Política Social Favorable a la Igualdad y la Productividad (GN-2588-4), y con 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. Por último, el programa estuvo alineado también a los objetivos de la Actualización de la Estrategia Institucional 2010-2020 (AB-3008), al buscar combatir el desafío de exclusión social y desigualdad a través del aumento de mecanismos

de protección social (i.e. seguros de salud y sistemas jubilatorios), y cumplir con el principio de la multisectorialidad al adoptar una solución integral e interdisciplinaria.

4.2 Monitoreo y Evaluación

a. Diseño del M&E

El Ministerio de Hacienda (MH), en coordinación con el Banco, fue la entidad responsable del monitoreo del préstamo programático y brindó la información necesaria para medir el cumplimiento de las condicionalidades de la segunda operación. El Banco y el prestatario acordaron usar la Matriz de Resultados y las actividades definidas en el Informe de Monitoreo del Progreso (PMR) para monitorear la operación. Los instrumentos que conformaron este plan de M&E fueron los siguientes: (i) Matriz de Política; (ii) Matriz de Resultados; (iii) Matriz de Medios de Verificación; y (iv) Ruta Crítica para dar seguimiento al cumplimiento de las condicionalidades.

La Matriz de Resultados incluyó dos indicadores de resultados inadecuados: “Personas afiliadas con elegibilidad determinada según SIUBEN al Régimen Subsidiado (RS) en Pensiones” y “Gasto de Bolsillo como % del gasto total en salud”. Ambos indicadores fueron removidos de la Matriz de Resultados. El primero porque los productos propuestos y alcanzados por el proyecto no contemplaban, dentro del horizonte de implementación del proyecto, la afiliación de personas elegibles; y el segundo porque “gasto de bolsillo” no es un indicador de resultado adecuado para capturar el efecto de la reforma. Siendo que el gasto de bolsillo se define como los pagos directos de las personas por servicios de salud recibidos y está determinado por las tarifas o copagos que el sistema de salud determine para los servicios, los cuales no fueron objeto de las medidas impulsadas por la serie programática.

b. Implementación del M&E

En general, si bien los indicadores de resultado son adecuados, no hubo suficiente tiempo a partir de la implementación de las medidas para recoger algunos de los efectos del programa.

En seguridad social, se pudieron medir dos de los resultados, incluyendo el indicador de cobertura medido como el porcentaje de cotizantes sobre la población ocupada y el de número de personas orientadas con información del sistema de seguridad social por parte de la DIDA. En la actualización de los indicadores de la matriz de resultados se utilizaron datos de SIPEN, de la ENFT- Encuesta de Fuerza de Trabajo y de la DIDA.

En salud, se midieron dos de los resultados, utilizando estadísticas oficiales de los servicios regionales de salud compiladas por el Ministerio de Salud.

Dada la naturaleza de la operación, el monitoreo de los indicadores de producto consistió principalmente en la verificación del cumplimiento de las condiciones de política. Esto se complementó con otros informes para dar seguimiento posterior al desembolso, incluyendo el monitoreo de los indicadores de resultados y la retroalimentación del Banco.

Para la evaluación, en el plan de monitoreo de evaluación del proyecto se indicó que se realizaría una evaluación económica ex-post a los tres (3) años de implementación de los cambios de política con el objetivo de determinar el costo-beneficio del programa tanto en la seguridad social como en el sector salud en el mediano plazo. El CBA planteaba las siguientes preguntas: (i) beneficio neto de haber ejecutado las medidas de reforma; (ii) beneficio neto potencial de no

haber realizado las acciones de política; (ii) beneficio neto potencial de haber completado otro conjunto de medidas de manera exitosa; (iii) beneficio neto potencial si la operación falla; (iv) externalidades (positivas y negativas) que se habrán producido durante el tiempo de exposición a las reformas de políticas; y (v) extracción de conclusiones y recomendaciones de mejora para la implementación de otras iniciativas en apoyo al sector salud y la seguridad social, como préstamos de inversión o basados en reformas, alineadas a los objetivos del programa. Sin embargo, esta evaluación no se adjunta porque será realizada al cabo de tres años de la ejecución de las medidas de esta serie. Se planea que esta evaluación económica ex-post se lleve a cabo en 2018.

c. Utilización del M&E

El Cronograma de Cumplimiento de las Condiciones de Política permitió identificar de manera continua las necesidades de acompañamiento técnico a los ministerios de línea por parte del Banco. Asimismo, facilitó la identificación de acciones cuya realización requirieron un diálogo de alto nivel entre el MH y las autoridades de dichos ministerios.

4.3 Uso de Sistemas de Países

Para esta serie programática se hizo uso de distintos sistemas de información de seguridad social y salud existentes, tales como datos oficiales del gasto público, estadísticas, encuestas nacionales y registros administrativos relacionados a las actividades impulsadas por el préstamo programático. Se hizo uso del sistema de información de SIPEN, el sistema de información de la DIDA, el sistema de información del CNSS, a la vez que se apoyaron mejoras en el sistema de monitoreo de los indicadores de la seguridad social. A su vez, para salud se utilizaron estadísticas oficiales de los servicios regionales de salud compiladas por el Ministerio de Salud.

4.4 Salvaguardias Ambientales y Sociales

Por la naturaleza del PBL, esta operación no financió inversiones físicas y tampoco actividades con implicaciones negativas sobre los recursos naturales, por lo que no requirió contar con clasificación de impacto ex ante (B.13) de la Política de Cumplimiento de Salvaguardas del Medio Ambiente (OP-703). La clasificación de esta operación de acuerdo al filtro de salvaguarda ambiental fue “C”.

V. HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES

A continuación, se incluyen una serie de lecciones aprendidas y recomendaciones identificadas durante la ejecución del préstamo y en el contexto de consulta y preparación de este informe.

5.1 Diseño de proyecto

El diseño de la serie programática en dos componentes: seguridad social y salud, contribuyó a tener una discusión más ordenada y productiva sobre los dos beneficios del sistema de seguridad social (salud y pensiones), lo cual es necesario para consolidar una reforma más integral del SDSS y del Sistema Nacional de Salud. Se recomienda que en las fases de diseño de proyecto se identifiquen áreas técnicamente relacionadas para establecer diálogos conjuntos y visitas de preparación con abordaje integral y coordinado

5.2 Selección de indicadores

El diseño de los indicadores de resultados no proporcionó el tiempo adecuado para medir que las reformas sean efectivas. El corto plazo para realizar el PCR del proyecto no permite hacer análisis de tendencia que pueda asegurar no sólo que se obtuvieron los resultados esperados, sino que se han consolidado y sostenido. Los resultados de las reformas, salvo contadas excepciones se obtienen en un plazo mayor a un año de su implementación. Asimismo, en el área de seguridad social, la complejidad de las reformas (múltiples actores interesados, sumado a la necesidad de hacer cambios legales, posterior reglamentación y potenciales implicancias fiscales) requeriría un tiempo más prolongado para la implementación y obtención de resultados. Por ello, se recomienda anticipar los posibles retardos de tiempo entre la implementación de las reformas y su repercusión en los indicadores planteados, para lo cual puede ser útil contar con indicadores intermedios, u otros proxies acordes con los resultados que se pueden obtener de las condicionalidades.

5.3 Ejecución del proyecto y cumplimiento de las condiciones

Por su naturaleza y al contener temas de relevancia política, los PBL requieren un seguimiento con la contraparte de manera cercana y continua. A mayor número de reformas, aumenta la complejidad del seguimiento al cumplimiento de las condiciones de política. En el caso de este PBL la participación del Ministerio de Hacienda en el seguimiento de las políticas y en el diálogo con los ministerios de línea resultó clave para el logro de las mismas. Se recomienda mantener la participación activa de miembros del MH en las reuniones e intercambios con los actores encargados del cumplimiento de las condiciones de política.

Por otra parte, el tiempo transcurrido entre la aprobación y la elegibilidad del segundo préstamo fue más alto de lo esperado debido principalmente a retrasos en la ejecución de las medidas durante el periodo electoral. En el caso de la segunda operación la última condición fue cumplida dos meses después de la transición del Gobierno. La segunda operación tenía presente el ciclo electoral y la transición, y tenía contempladas medidas de seguimiento a las condiciones para que no hubiera atrasos mayores.

5.4 Aceptabilidad y apoyo de los actores a las condiciones de política

En las reformas se encuentra presente una gran variedad de actores clave pertenecientes a distintos grupos, algunos de gran influencia. Por ende, el consenso es un proceso que toma tiempo y que debe ser siempre informado. El desarrollo y validación de la matriz de políticas junto con varios actores del gobierno le da mayor alcance a la matriz e involucra a los actores,

Por otro lado, la inclusión de reportes de análisis del alcance de los anteproyectos y de estimaciones fiscales permitieron tener una conversación informada acerca de las implicaciones con el GORD. Se recomienda ofrecer un continuo apoyo técnico a través de consultorías, talleres y presentaciones para que las reformas que se desarrollen estén alineadas a las mejores prácticas internacionales y a los objetivos de desarrollo. También puede ser útil desarrollar los términos de referencia o los lineamientos para las consultorías junto con el equipo técnico del gobierno para que éstos se empoderen de los resultados.

5.5 Seguimiento y sostenibilidad de las condiciones de política

Es importante mantener una relación de trabajo a largo plazo y contar con mecanismos para dar seguimiento a los resultados. Se recomienda utilizar las cooperaciones técnicas asociadas a estos préstamos como instrumentos para mantener la relación técnica y dar seguimiento a los

próximos pasos de la reforma. También puede ser útil incorporar medidas como incorporar un sistema de monitoreo de las reformas para dar seguimiento a los resultados en el más largo plazo. Por otro lado, se recomienda también incorporar un componente de socialización y de “rendición de cuentas” de las reformas, o de campañas informativas que informen a los potenciales beneficiarios para que haya seguimiento a los avances por parte de los mismos.

Para mejorar la sostenibilidad de las acciones de política, es conveniente anticipar el presupuesto requerido para seguir esas acciones y considerar incluir líneas presupuestales como parte de las condiciones. Sería recomendable pensar en instrumentos de financiamiento como un PBP combinado con un préstamo de inversión en los casos en que se anticipe la necesidad de apoyo financiero para garantizar el espacio presupuestario que algunas acciones de reforma requieren..

5.3 Asuntos no resueltos

No han quedado asuntos no resueltos en la serie programática, dado que todas las condiciones de política fueron cumplidas y la serie programática ha apoyado un gran número de reformas de política fundamentales para la consolidación del sector salud y la seguridad social. A futuro, el horizonte del programa no permite ver el funcionamiento de las nuevas entidades creadas o fortalecidas. En algunos casos, algunas reformas podrían beneficiarse con continuidad del apoyo del Banco en el tiempo. Por ejemplo, continuar apoyando el fortalecimiento del sistema de monitoreo o el plan de educación financiera, que dotarían al país de herramientas sostenibles para medir los resultados del sistema, en el caso del sistema de monitoreo, y para crear la cultura previsional.

Tabla 4
Hallazgos y Recomendaciones

Hallazgos	Recomendaciones
Diseño de proyecto	
El diseño de la serie programática en dos componentes: seguridad social y salud, contribuyó a tener una discusión más ordenada y productiva sobre los dos beneficios del sistema de seguridad social (salud y pensiones), lo cual es necesario para consolidar una reforma más integral del SDSS y del Sistema Nacional de Salud.	Identificar áreas técnicamente relacionadas para establecer diálogos conjuntos y visitas de preparación con abordaje integral y coordinado
Diseño y selección de indicadores	
El corto plazo para realizar el PCR del proyecto limita la medición de los resultados esperados. Los resultados de las reformas, salvo contadas excepciones se obtienen en un plazo mayor a un año de su implementación.	Identificar indicadores de resultados que sean consistentes con el “timing” de las reformas. Anticipar los posibles retardos de tiempo entre la implementación de las reformas y su repercusión en los indicadores planteados, para lo cual puede ser útil contar con indicadores intermedios, u otros proxies acordes con los resultados que se pueden obtener de las condicionalidades.
Ejecución del proyecto y cumplimiento de las condiciones	
La participación del Ministerio de Hacienda en el seguimiento de las políticas y en el diálogo con los ministerios de línea resultó clave para el logro de las mismas. Por otra parte, el tiempo transcurrido entre la aprobación y la elegibilidad del segundo préstamo fue más alto de lo esperado debido principalmente a retrasos en la ejecución de las medidas durante el periodo electoral. Si bien para la segunda operación se tenía presente el ciclo electoral en el año posterior a la aprobación.	Incorporar y mantener la participación activa de miembros del MH en las reuniones e intercambios con los actores encargados del cumplimiento de las condiciones de política. Se recomienda tener en cuenta en el diseño de algunas medidas de reforma que el ciclo electoral puede retrasar la ejecución de PBLs, por lo que las medidas que tienen más impacto político pueden tardar en ejecutarse; se recomienda también reforzar el seguimiento de esas medidas para destrabar potenciales cuellos de botella con la participación activa de miembros del MH en el monitoreo de las condiciones de política.
Aceptabilidad y apoyo de los actores a las condiciones de política	
En las reformas se encuentra presente una gran variedad de actores clave, requiriendo concesos informados.	Desarrollo y validación de la matriz de políticas junto con varios actores del gobierno.
	Ofrecer un continuo apoyo técnico a través de consultorías, talleres y presentaciones para que las reformas que se desarrollen estén alineadas a las mejores prácticas internacionales y a los objetivos de desarrollo.
	Desarrollar los términos de referencia o los lineamientos para las consultorías junto con el equipo técnico del gobierno para que éstos se empoderen de los resultados.
Seguimiento y sostenibilidad de las condiciones de política	
Es importante mantener una relación de trabajo a largo plazo y contar con mecanismos para dar seguimiento a los resultados.	Utilizar las cooperaciones técnicas asociadas a estos préstamos como instrumentos para mantener la relación técnica y dar seguimiento a los próximos pasos de la reforma.
	Incorporar un componente de socialización y de “rendición de cuentas” de las reformas, o de campañas informativas que informen a los potenciales beneficiarios para que haya seguimiento a los avances por parte de los mismos.

	Incorporar medidas tales como desarrollar un sistema de monitoreo de las reformas para dar seguimiento a los resultados en el más largo plazo.
Es conveniente anticipar el presupuesto requerido para seguir y apoyar las acciones de política.	Considerar incluir líneas presupuestales como parte de las condiciones.
	Considerar instrumentos de financiamiento combinados como un PBP con un préstamo de inversión para dar apoyo a la implementación.