

# MODERNIZACIÓN Y REESTRUCTURACIÓN DEL SECTOR SALUD

(DR-0078)

## RESUMEN EJECUTIVO

<b>PRESTATARIO Y GARANTE:</b>	República Dominicana	
<b>ORGANISMO EJECUTOR:</b>	La Secretaría Técnica de la Presidencia	
<b>MONTO Y FUENTE:</b>	BID: CO/FFI	US\$61,2 millones
	Cofinanciamiento:	US\$8,5 millones
	Financiamiento local de contrapartida:	US\$5,3 millones
	Total:	US\$75 millones
<b>PLAZOS Y CONDICIONES FINANCIERAS:</b>	Plazo de amortización:	25 años
	Período de desembolso:	5 años
	Tasa de interés:	variable
	Inspección y vigilancia:	1%
	Comisión de crédito:	0.75%
	Moneda:	Dólares de los Estados Unidos
<b>COFINANCIAMIENTO:</b>	Fondo Nórdico para el Desarrollo:	(US\$3,5 millones)
	Plazo de amortización:	40 años
	Período de desembolso:	5 años
	Período de gracia:	10 años
	Tasa de interés:	0%
	Comisión por servicios:	0,75%
	Comisión de compromiso:	0,50%
	Organización de Países Exportadores de Petróleo:	(US\$5 millones)
	Plazo de amortización:	12 años
	Período de desembolso:	5 años
	Período de gracia:	5 años
	Tasa de interés:	3,75%
	Comisión por servicios:	1%
<b>OBJETIVOS:</b>	El objetivo consiste en mejorar la situación sanitaria de los habitantes de la República Dominicana de bajos y medianos ingresos respaldando la estrategia del gobierno, encaminada a dotar de mayor eficiencia y equidad y mejorar desde el punto de vista cualitativo el sistema de salud pública a través de la aplicación de reformas de política sanitaria, institucionales y de prestación de	

servicios. Esto se logrará por la vía de inversiones en asistencia técnica, capacitación, prestación de servicios, infraestructura y equipamiento.

**DESCRIPCIÓN:**

El proyecto está formado por cuatro componentes:

Con el Componente I (Elaboración de políticas - US\$3,5 millones) se financiará asistencia técnica para respaldar la elaboración y aprobación de medidas encaminadas hacia la reforma del sector y las instituciones, la preparación y aprobación de normas legales que respalden esas medidas y el diseño y la aplicación de normas y procesos de certificación de dispensadores de servicios sanitarios, aseguradores y productores de suministros médicos.

Por medio del Componente II (Reorganización institucional de SESPAS - US\$9,8 millones) se financiará asistencia técnica, capacitación y materiales para la reestructuración de SESPAS. Este Componente, formado por tres subcomponentes, separa la función de financiamiento y prestación de servicios, crea nuevas estructuras institucionales para la elaboración de políticas y el cumplimiento de otras funciones, introduce modernos sistemas de información gerencial, establece nuevos mecanismos de asignación de recursos e introduce un sistema orientado por la demanda para la adquisición y distribución de medicamentos y suministros médicos.

A través del Componente III (Reestructuración y modernización institucional del sistema de salud financiado por el seguro social - US\$7,5 millones) se financiará asistencia técnica, capacitación y materiales, para ampliar la cobertura de salud en el marco del seguro social. Este Componente comprenderá dos subcomponentes, y permitirá reestructurar la organización institucional actual, separará fondos de pensiones, indemnizaciones de accidentes y de salud, y establecerá un sistema sanitario financiado por el seguro social en cuyo marco las familias aseguradas seleccionarán a una red de dispensadores de servicios dentro de una gama de redes en mutua competencia.

Con el Componente IV (Fortalecimiento de Servicios Básicos y Hospitalarios - US\$34,6 millones) se realizarán tres proyectos piloto de prestación de servicios para la población, al mismo tiempo que se introducirán incentivos financieros orientados hacia productos y resultados en el sistema de prestación de servicios. Cada uno de los tres proyectos piloto corresponde a un subcomponente separado. Mediante el primero se financiará en parte la prestación de un

conjunto básico de servicios de asistencia primaria para sectores de población pobres y carentes de atención, para lo cual se contratarán dispensadores de servicios del sector público y del sector privado. Mediante el segundo se creará un régimen de seguros subsidiado que permitirá financiar un conjunto semintegral de servicios de nivel primario y secundario para trabajadores del sector informal de bajos ingresos no asegurados, con la contratación de redes de proveedores organizados del sector privado. A través del tercero se transformarán cuatro hospitales públicos en instalaciones modelo regidas en forma autónoma, que emplearán modernos métodos y tecnologías de administración. Este proyecto piloto vinculará las inversiones en rehabilitación y equipo médico a las reformas administrativas y a las mejoras de los sistemas financiero, administrativo y clínico.

**CLASIFICACIÓN  
AMBIENTAL:**

El 15 de agosto de 1997, el CESI/TRG analizó la evaluación ambiental y sus recomendaciones han sido incluidas en el presente documento.

**BENEFICIOS:**

El proyecto mejorará la situación sanitaria a través de la reducción de la carga de enfermedad en una proporción estimada en el 20% para los beneficiarios directos de las cuatro regiones del proyecto; esa proporción se mide como reducción del número de años de vida ajustados por discapacidad. Se prevé que, en la población tomada como objetivo, la mortalidad infantil se reducirá en un 10%. Para el mismo sector de población se estima que la cobertura efectiva de la atención prenatal aumentará del 83% al 100%; en lo que respecta a la atención a la niñez habrá un aumento del 23% al 90%, y en lo que atañe a la planificación familiar del 52% al 90%.

Se promoverá una mayor equidad: i) incrementando la cobertura del seguro social, del 6% al 20% de la población, ii) aliviando la carga financiera que representa el costo de la atención sanitaria para las familias pobres, iii) protegiendo los intereses del consumidor y estableciendo una mayor equidad en el mercado de los seguros a través de la reglamentación de estos últimos, y iv) reorganizando los sistemas de recuperación de costos hospitalarios al mismo tiempo que se introducen mecanismos para proteger a los pobres.

A través del proyecto se logrará una mayor eficiencia mediante: i) la consolidación de las funciones y la depuración de los trámites y procedimientos que se llevan a cabo en SESPAS y el IDSS en relación con la administración de los recursos financieros y humanos;

ii) la definición de conjuntos de servicios y el establecimiento de mecanismos de asignación, en el sector público, que favorezcan medidas de intervención dotadas de eficacia de costos; iii) la aplicación de modernos mecanismos de administración en los hospitales públicos, y iv) la reducción del derroche en los sistemas de suministro de medicamentos y material médico.

Para lograr una mayor calidad: i) se establecerán procesos de acreditación y aplicación de normas mínimas de calidad a los dispensadores de servicios de asistencia sanitaria; ii) se introducirán programas de garantía de calidad en hospitales modelo, y iii) se realizarán mejoras cualitativas en materia de medicamentos y suministros médicos y se reforzarán los protocolos terapéuticos.

**RIESGOS:**

La eficacia y viabilidad de cualquier plan de reforma sanitaria requerirá un firme respaldo político de niveles de gobierno de mayor jerarquía. Aunque las autoridades de alto nivel al parecer están firmemente determinadas a llevar a cabo la reforma, no existe unanimidad de opiniones en el gobierno con respecto al contenido, la amplitud y la profundidad del cambio que se respalda. Otro riesgo para la ejecución del proyecto es el continuo cambio de las autoridades públicas, lo cual puede ir en detrimento de la determinación gubernamental de realizar la reforma del sector salud y las actividades del proyecto. Será necesario mantener una masa crítica de personal técnico calificado a los efectos de una exitosa ejecución del proyecto. Otro riesgo se refiere a la capacidad del gobierno de mantener el financiamiento para la prestación directa de los servicios.

Para hacer frente a esos riesgos, el gobierno dictó el Decreto Presidencial No. 308-97, del 10 de julio de 1997, por el que se crea la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS) con el objetivo de orientar y supervisar el proceso de reforma. El Decreto expresa la determinación del gobierno de realizar la reforma del sector salud. La CERSS, presidida por el Presidente de la República, se encarga de concertar los planes de elaboración de políticas del gobierno en un marco de modernización del Estado y brinda respaldo político para la realización de cambios sustanciales dentro del sector salud. Ello facilitará el mantenimiento de una masa crítica de expertos y brindará cierta protección contra la gran inestabilidad de personal que existe dentro de las instituciones sanitarias del sector público. El equipo de proyecto elaboró una

estrategia de comunicación y promoción orientada hacia parlamentarios y otros sectores, ha logrado que el gobierno se comprometa firmemente a otorgar financiamiento de contrapartida y financiamiento-puente y establecerá unidades de coordinación y ejecución financiadas a través del crédito de que se trata. Para reducir el riesgo de que el gobierno no asuma la responsabilidad financiera referente a la prestación directa de servicios, en el diseño del proyecto se recomienda una transferencia incremental de obligaciones financieras a lo largo del período de ejecución del proyecto.

**ESTRATEGIA DEL  
BANCO EN EL PAÍS  
Y EN EL SECTOR:**

Estrategia sanitaria y social del gobierno: el gobierno ha presentado una estrategia para el sector social conocida como Plan Nacional de Desarrollo Social. Sus principales objetivos son los siguientes: i) reducir la pobreza brindando acceso económico, garantizando la prestación y entrega de servicios públicos básicos, respaldando a las instituciones cívicas y facilitando el suministro de bienes y la prestación de servicios para todos, ii) crear empleo productivo, y iii) integrar en la sociedad a todos los sectores, en especial a los grupos de población vulnerables. Las estrategias gubernamentales vinculadas con el sector salud guardan una correspondencia estrecha con las del proyecto propuesto, incluida la descentralización del proceso de adopción de decisiones, la reorganización de la prestación de servicios, la reestructuración de la SESPAS y del IDSS, la reforma de la administración hospitalaria; el establecimiento de sistemas integrados de información y la elaboración de políticas, leyes y reglamentos que respalden la reforma y la modernización institucional.

Estrategia del Banco: La Estrategia de País del Banco se encamina a aumentar el crecimiento económico, la estabilidad macroeconómica, el bienestar social y la utilización eficiente de los recursos productivos. Esto se logrará mediante cuatro estrategias, a saber: i) mejorar los programas y la administración fiscales, ii) estimular la inversión privada, iii) reducir la pobreza, y iv) modernizar las instituciones públicas. El proyecto de que se trata comprende actividades e instrumentos que promueven la aplicación de esas estrategias, haciendo especial hincapié en los seguros sanitarios y sociales.

**ADQUISICIONES:**

Se requerirá licitación pública internacional para la adquisición de bienes por más de US\$250.000 y de obras por más de US\$1.500.000.

**CONDICIONES  
CONTRACTUALES  
ESPECIALES:**

**Condiciones especiales previas al desembolso inicial  
— presentar, en forma que al Banco le resulte  
satisfactoria:**

- a) Prueba de que se ha establecido la UCP y se la ha dotado de personal, según lo convenido con el Banco (párrafo 3.7);
- b) Los acuerdos de coordinación interinstitucional que la UCP ha suscrito con el PROMESE y el IDSS, y prueba de que ha oficializado los acuerdos del proyecto con la SESPAS (párrafo 3.3); y
- c) El Manual Operativo del proyecto (párrafo 3.12).

**Otras condiciones especiales:**

- d) Antes de la contratación de servicios de consultoría o la adquisición de bienes para el subcomponente 3a, aparte del financiamiento de estudios convenidos con el Banco, prueba de que el IDSS ha hecho una separación de los recursos financieros y la gestión de los tres tipos de seguro que administra en la actualidad (párrafo 2.25);
- e) Antes de la contratación de servicios de consultoría o la adquisición de bienes para el subcomponente 3b, prueba de que se ha aprobado y promulgado el marco jurídico y reglamentario para el nuevo sistema de seguro social y la ampliación de la cobertura (párrafo 2.28)
- f) Antes de la adquisición de equipo de computación, documentación sobre el diseño de sistema y pruebas de que se han cumplido los requisitos de instalación y se cuenta con personal debidamente capacitado (párrafo 3.16).

El contrato de préstamo contendrá también las disposiciones estándar del Banco en materia de adquisiciones, auditoría, desembolsos, revisiones anuales, etc.

**REDUCCIÓN DE  
LA POBREZA:**

Se ha clasificado a este proyecto en la categoría de operaciones orientadas a reducir la pobreza, habida cuenta de que satisface los criterios que se enumeran a continuación y que han sido definidos en los párrafos 2.13 y 2.15 del Informe sobre el Octavo Aumento General de los Recursos del Banco y en el documento GN-1964-3, "Examen de la clasificación de los préstamos del BID según el objetivo de reducción de la pobreza en el marco del Octavo Aumento de

Recursos", a saber: i) el proyecto, por la vía de un conjunto de servicios de atención primaria, se focaliza geográficamente en las mujeres y niños que no tienen acceso a asistencia básica; ii) el 100% de los beneficiarios de subsidios impulsados por la demanda, son pobres; y iii) los hogares de bajos ingresos se beneficiarán directamente de las intervenciones del proyecto que tienen como objetivo mejorar los servicios públicos de salud, dado que más del 50% de los usuarios de los dispensarios públicos son pobres (párrafos 4.2 al 4.7).

## I. ANTECEDENTES DEL SECTOR SALUD 1/

### A. Introducción

- 1.1 El sistema de salud pública dominicano no está a la altura de las expectativas o necesidades de la población. Los siguientes son algunos síntomas de esta situación: i) la creciente mortalidad infantil y grave incidencia de enfermedades transmisibles, ii) la gran insatisfacción de los usuarios con respecto a los servicios de salud pública, iii) la carga financiera excesiva para las familias dominicanas pobres que representa la asistencia sanitaria, iv) la escasa calidad de la asistencia médica que se brinda en contextos públicos y privados, v) la escasa cobertura de la población por parte del sistema de seguro social y privado, especialmente en el caso de las familias de bajos ingresos, vi) la discriminación contra las mujeres y los niños por parte de los aseguradores públicos y privados, y vii) la selección de riesgos y exclusión de tratamientos costosos y enfermedades crónicas por parte de aseguradores privados.
- 1.2 En el presente capítulo se describen los factores estructurales e institucionales básicos que promueven los problemas que anteceden y pueden clasificarse en tres ámbitos: i) marco de políticas, legal y reglamentario, ii) contexto institucional y sistema financiero, y iii) organización y prestación de servicios sanitarios. Tomadas en conjunto, las fallas existentes en esas categorías provocan desincentivos para las instituciones, las personas y otros actores del sistema en cuanto a un desempeño basado en la eficiencia, la equidad y una alta calidad.

### B. Marco de políticas, legal y reglamentario

- 1.3 **Ambigüedad del marco de políticas:** Existe confusión con respecto a los cometidos, las funciones y las relaciones de las principales instituciones y actores en el sector salud. Si bien existe unanimidad de pareceres en cuanto a que el actual sistema de salud no satisface las necesidades de la población, no existe un consenso positivo, entre las diversas autoridades públicas, en torno a una noción del contenido de una reforma del sector en cuestión, en especial en cuanto al papel del Estado, a los vínculos entre el sector público y el sector privado y el sistema financiero.
- 1.4 **Fragmentación intrasectorial:** No se conoce a ciencia cierta el papel de la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) dentro del sector, lo que obedece en parte a que la Secretaría de la Presidencia (SP) administra casi la tercera parte del gasto público en salud, y a que existe escasa coordinación

---

1/ Los archivos técnicos contienen un panorama social y económico sucinto, así como un panorama más pormenorizado del sector salud.



entre las instituciones sanitarias del sector público. Los vínculos entre el sector público y el sector privado son escasos, salvo los de carácter ad hoc. Cada una de las instituciones [SESPAS, SP, Instituto Dominicano de Seguro Social (IDSS), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional (ISSFAPOL), y el Programa de Medicamentos Esenciales (PROMESE)] elaboran políticas, establecen planes y aplican programas en forma más o menos independiente.

- 1.5 **Arcaísmo de la legislación sanitaria:** Los códigos de salud pública y seguridad social vigentes representan obstáculos para el establecimiento de un moderno sistema de salud pública. Por ejemplo, el Código de Salud Pública, que data de la década de los cuarenta, es fuertemente centralista y patrimonialista, haciendo confluir numerosas y complicadas funciones en una única entidad estatal. No están bien definidas las atribuciones ni la división del trabajo entre los departamentos y las unidades administrativas. El Código debilita también las facultades de adopción de decisiones del Ministro de Salud Pública al exigir la aprobación presidencial en muchos asuntos vinculados con la salud. La ley de seguridad social excluye a los empleados públicos y a los trabajadores privados que superan un nivel de ingresos relativamente bajo de la protección de la seguridad social; no da carácter preceptivo a la ampliación de la cobertura o cobertura de la salud familiar; respalda la prestación directa de los servicios, y deja a cargo de un fondo único el financiamiento y la administración de los programas de pensiones, salud pública y accidentes de trabajo.
- 1.6 **Falta de normas:** No existen normas de acreditación ni prácticas de seguimiento que garanticen el cumplimiento de patrones de calidad mínimos por parte de los dispensadores de servicios de salud. Esto ha dado lugar a la proliferación de pequeñas clínicas que realizan operaciones quirúrgicas y tratamientos en condiciones no sanitarias y sin equipo adecuado o personal suficientemente capacitado. Los aseguradores privados, los servicios colectivos de pago previo y los planes de autofinanciamiento de los seguros operan en un vacío reglamentario que compromete la integridad del sector. No existen reglamentos que garanticen la solvencia financiera de los aseguradores, que protejan a los consumidores, que controlen el fraude, que promuevan la equidad y controlen el desempeño. La inexistencia de normas reguladoras ha dado lugar a fallas de mercado en el ámbito de los seguros privados. Los aseguradores excluyen a los ancianos, no aceptan a personas con afecciones patológicas crónicas y dan de baja a los miembros que adquieren estas últimas.

C. Contexto institucional y sistema financiero

- 1.7 **Fallas institucionales:** Las principales instituciones del sector público -SESPAS, IDSS y PROMESE- carecen de las estructuras internas, las líneas de autoridad formales, la definición

funcional, la maquinaria administrativa y la capacidad de adopción de decisiones necesarias para la ejecución eficaz de sus atribuciones actuales y para alcanzar objetivos institucionales a más largo plazo. El proceso de adopción de decisiones, en casi todos los temas, está concentrado, pero las decisiones se ejecutan en forma difusa y caótica, a través de cadenas de mando que se superponen y son de carácter transitorio. En tales condiciones institucionales, existe una dispersión de la responsabilidad. No hay un proceso de adopción de decisiones, en tanto que es común una microadministración de alto nivel de las operaciones cotidianas de bajo nivel. Las burocracias centrales de cada una de las instituciones carecen de divisiones funcionales dotadas de las consiguientes responsabilidades.

- 1.8 **Inexistencia de responsabilidad:** En las instituciones públicas no existen normas de desempeño (por ejemplo en cuanto a calidad y productividad), o, si existen, no se hacen cumplir. Los infractores (directores de hospitales, administradores, médicos, enfermeros, etc.) no son sancionados, y el buen desempeño no es reconocido ni premiado. Es posible que los sistemas de recuperación de costos, no regulados ni organizados, vigentes en los hospitales, perjudiquen a los pobres, en lugar de protegerlos.
- 1.9 **Deficiente administración de los recursos humanos y materiales:** Aunque existen normas administrativas y reglamentos de personal que rigen la contratación y la ubicación en el cargo, en general no se cumplen. Casi todos los nombramientos se efectúan en el más alto nivel central, sin el conocimiento de los administradores medios y de servicios. Esto redundo en una escasa correspondencia entre la oferta de recursos humanos y la demanda de servicios, y un debilitamiento de la observancia de la autoridad de línea. Por ejemplo, en varios servicios de la SESPAS hay un exceso de personal médico de más del 50%, en relación con la demanda, en tanto que otros servicios deben permanecer cerrados por falta de personal. Las instituciones del sector salud pública han llegado a convertirse en programas de empleo público en la misma medida en que son centros de asistencia sanitaria.
- 1.10 **La adquisición y distribución de medicamentos y suministros está a cargo de varias entidades, sin coordinación alguna.** Las adquisiciones no se programan, no se realizan economías de escala, los procedimientos de licitación no son transparentes, y no existe control de calidad, lo cual da lugar a altos costos, prolongadas demoras y derroches. Suele suceder que se adquieran y entreguen medicamentos a instalaciones que no corresponden al perfil epidemiológico de sus pacientes, y es frecuente que se entreguen medicamentos a servicios que no los han solicitado. En los servicios mismos, los inventarios y los sistemas de distribución son inadecuados. Los pacientes de la SESPAS deben adquirir esos elementos de su propio bolsillo, generalmente a dispensadores que cobran altos precios, instalados cerca del servicio.

- 1.11 **Asignación inadecuada de los recursos:** El gasto público influye en escasa medida sobre la situación sanitaria. Más del 70% del gasto público en salud (SESPAS/SP) está orientado hacia costosos servicios de asistencia hospitalaria, y menos del 5% a servicios de salud preventiva y de nivel primario, dotados de mayor eficacia de costos. La SESPAS orienta casi el 60% del gasto recurrente hacia los hospitales, en tanto que la SP asigna casi todos sus recursos para salud a ese mismo fin, principalmente para obras y servicios de infraestructura, equipamiento y medicamentos. Además, tanto la SESPAS como el IDSS han ampliado su nómina en los últimos años, en general respondiendo a presiones políticas, más bien que a la demanda.
- 1.12 El hecho de que se haga mucho hincapié en el gasto de capital, aunado a la continua ampliación de la nómina, ha dado lugar a la subfinanciación de los medicamentos y los suministros médicos, las actividades de mantenimiento, los servicios de extensión y los programas especiales. Los programas de salud pública y promoción de la salud subfinanciados se ejecutan en forma irregular, generalmente a través de iniciativas que se asemejan a campañas. Pese al gran volumen de recursos que se invierten en equipo e infraestructura, las instalaciones se están deteriorando rápidamente, debido a la mala administración, al insuficiente financiamiento de los servicios de mantenimiento y a la inexistencia de sistemas de mantenimiento. Análogamente, en el IDSS, el gasto por afiliado varía ampliamente de uno a otro de los servicios de la entidad, sin que guarde relación con el producto ni con el sector de población afiliado.
- 1.13 **Ineficacia de la administración financiera:** Los presupuestos anuales de la SESPAS y del IDSS, determinados a nivel central, se basan en estructuras históricas, y no en el orden de prelación de los objetivos ni en el producto de los servicios. Se reduce al mínimo el aporte de los servicios al proceso de adopción de decisiones del presupuesto. Los mecanismos presupuestarios y los procedimientos burocráticos son insatisfactorios y poco transparentes, inhiben la flexibilidad y establecen desincentivos a una utilización óptima de los recursos. Las funciones de planificación, programación, presupuestación y contabilidad están poco integradas. Una de las consecuencias de esta situación consiste en una insuficiente ejecución del presupuesto y, por otra parte, el proceso de contratación se realiza al margen del proceso presupuestario. A menudo se nombran funcionarios y luego se reasignan recursos para financiar el gasto adicional de personal. La mayor parte de los administradores de hospitales no conocen el total de funcionarios a su cargo.
- 1.14 **Distribución no equitativa de los recursos públicos:** Casi las dos terceras partes del gasto no administrativo de la SESPAS se concentra en dos regiones que comprenden grandes zonas metropolitanas (Santo Domingo y Santiago), en que reside apenas el

50% de la población. Casi todo el gasto del IDSS y del sector privado está concentrado en las mismas regiones. Es escasa la relación entre el gasto público en asistencia primaria de la salud y mortalidad infantil en las distintas regiones. El gobierno no toma como objetivo el financiamiento de sectores sociales especiales ni centra la atención en medidas de intervención dotadas de mayor eficacia de costos.

- 1.15 **Difusión insuficiente y exclusivista del riesgo:** Sólo el 7% de los hogares de bajos ingresos disponen de algún tipo de cobertura de seguros, en comparación con el 35% de los hogares pudientes. La cobertura de seguros de las mujeres es desproporcionadamente baja 2/. Los planes privados de pago previo obtienen éxito a través de segmentación del mercado, selección del riesgo, elevados pagos colaterales y desafiliaciones. En general dan cobertura a los trabajadores de oficinas y de mayores ingresos de las empresas. Esas prácticas afectan desfavorablemente a los trabajadores que padecen enfermedades crónicas y obtienen bajos ingresos, y a ciertos sectores laborales, y a su vez agravan una distribución de ingresos ya sesgada.

D. Organización y prestación de los servicios

- 1.16 **Falta de equidad del acceso y la cobertura.** Los índices de salud dominicanos disponibles revelan un nivel insatisfactorio de salud pública y de cobertura de los servicios de asistencia respectivos. La tasa de mortalidad infantil (48 por cada mil nacidos vivos), la esperanza de vida al nacer (67 años) y la mortalidad materna (180 por cada cien mil nacimientos) son inferiores a los de otros países latinoamericanos con niveles de renta per cápita y gasto similares. Las variaciones interregionales son considerables. Por ejemplo, la mortalidad infantil supera el coeficiente 65 en las regiones rurales meridionales, pero se reduce a menos de 40 en las grandes zonas urbanas. El mejoramiento de esos indicadores se ha rezagado en la última década, sin que se hayan modificado las variaciones interregionales ni entre zonas rurales y urbanas. Se estima que el 20% de los habitantes del país y el 33% de los pobres carecen de un acceso confiable a los servicios de salud. Así sucede, en especial, con los habitantes de las zonas rurales y los vecindarios periféricos.

---

2/ Sólo el 27% y el 42% de los afiliados del IDSS y de los planes de seguros privados, respectivamente, son mujeres y reciben una cobertura general. Las dependientes mujeres de asegurados del IDSS sólo reciben cobertura de maternidad, en tanto que los niños (de corta edad) reciben cobertura hasta el primer año de edad. Los planes de seguros privados no confieren cobertura por maternidad a las madres solteras.

- 1.17 **Ineficiencia productiva:** La red de servicios públicos, y en especial los hospitales, se caracterizan por una escasa eficiencia interna. Los suministros son inadecuados y el abandono del trabajo es endémico. Se carece de información sistemática sobre costos, número de casos, carga de casos por médico, modalidades de pases de enfermos, calidad y resultados. Tanto en SESPAS como en el IDSS se ha reducido considerablemente la productividad por médico en los diez últimos años. Las instalaciones se ven confrontadas con la situación paradójica de un exceso de médicos en combinación con una insuficiencia de servicios médicos. En el marco del sistema vigente, para incrementar, o inclusive mantener los niveles de producción, debe aumentarse el personal. En algunos estudios se estima que los hospitales públicos podrían funcionar con un personal médico considerablemente menor, con escasos efectos para la producción. Esta situación obedece: i) a la inexistencia de estructura y mecanismos que proporcionen incentivos para una eficiente utilización de los recursos y una mayor productividad, y ii) a la falta de aptitudes modernas de administración.
- 1.18 **Escasa satisfacción de los pacientes:** Según una reciente encuesta de hogares tendiente a evaluar la opinión referente a la calidad de los servicios de salud, existe una amplia insatisfacción con respecto al sistema actual. Más de la mitad de los respondientes estiman que el sistema debe sufrir una transformación en gran escala. Los servicios vinculados con seguros privados y planes de pago previo son los que reciben la mayor aprobación, en tanto que el nivel más bajo corresponde al IDSS y a la SESPAS. Si les fuera posible, el 72% de los respondientes acudirían al sector privado, en comparación con el 18% y al 3% para la SESPAS y el IDSS, respectivamente. Ciertamente, el sector privado es la principal fuente de servicios de salud en la República Dominicana, pues le corresponde, según se estima, un 59% de las visitas de pacientes externos y un 46% de las admisiones hospitalarias.
- 1.19 **Elevada proporción del gasto financiada por el paciente:** Corresponde al sector privado casi el 70% del gasto agregado en asistencia sanitaria (excluidos el agua corriente y el saneamiento) y el 75% de ese gasto proviene de pagos, con recursos del paciente, a dispensadores de servicios autónomos, que cobran honorarios por su labor. Si bien la SESPAS es la principal fuente de asistencia para los pobres, estos son además los principales usuarios de los servicios privados de pacientes externos y hospitalarios. Casi la mitad de las familias de bajos ingresos acuden en procura de servicios ambulatorios a clínicas privadas, y un tercio de ellas utiliza hospitales privados, en general pagando con recursos propios. La preponderancia del financiamiento a cargo del paciente, en un sistema de cobro de honorarios por servicios, aunada a la insatisfacción con los dispensadores de servicios públicos, somete a una carga financiera excesiva a los dominicanos de bajos ingresos. Según una encuesta de hogares reciente, el 20%

de hogares más pobres de la población gastó en salud el 20% del ingreso del hogar.

- 1.20 **Bajos niveles de calidad técnica:** En general, las evaluaciones técnicas, así como las crónicas periodísticas de un período de 15 años, revelan que el nivel de calidad técnica de la asistencia médica a cargo de médicos y enfermeras, en servicios públicos y privados, es escaso. Las fallas consisten en desconocimiento de los protocolos básicos de tratamiento, errores de diagnóstico y de modalidades de tratamiento, falta de aptitudes y experiencia para realizar procedimientos complejos, e insuficiente correspondencia entre la disponibilidad de infraestructura o equipos y los tipos de procedimientos realizados.

E. Estrategias gubernamentales

- 1.21 **Estrategia gubernamental de modernización del Estado:** Poco después de asumir sus funciones, en agosto de 1996, el gobierno puso en marcha el Programa Nacional de Modernización y Reforma del Estado (PNMRE). Este ambicioso plan pretende transformar el papel del Estado y su relación con la sociedad civil a través de la redefinición y transformación de las instituciones públicas. Por Decreto Ejecutivo No. 484 (1996) se creó la Comisión Presidencial de Reforma y Modernización del Estado. La Comisión se encarga de elaborar un marco y un plan de acción globales para aumentar, supervisar y coordinar las medidas de modernización de las instituciones públicas.
- 1.22 El proyecto es compatible con las estrategias del PNMRE, inclusive en los siguientes aspectos: i) la reorientación del gasto público social, de modo de canalizar los recursos hacia determinados sectores sociales tomados como objetivo, centrando la atención en la reducción de la pobreza, ii) la reorganización de los organismos públicos a fin de hacerlos más eficientes y ampliar su cobertura, iii) el mejoramiento de los marcos jurídicos y reglamentarios, iv) el establecimiento de vínculos entre el sector público y el sector privado, y v) la descentralización del proceso de toma de decisiones en materia de prestación de servicios sociales y asignación de recursos. Si se ejecuta en forma satisfactoria, el proyecto que se propone representará en la práctica el vehículo necesario para el logro de las metas del PNMRE en las instituciones de salud pública.
- 1.23 **Estrategia gubernamental en materia sanitaria y social:** El gobierno ha presentado una estrategia del sector social, conocida como Plan Nacional de Desarrollo Social. Sus principales objetivos son los siguientes: i) la reducción de la pobreza, brindando acceso a los recursos económicos, garantizando el suministro y la entrega de servicios públicos básicos, dando respaldo a las entidades cívicas y facilitando el suministro de bienes y servicios para la totalidad de la población, ii) la creación de empleo

productivo, y iii) la inserción social de todos los sectores, en especial de los que se encuentran en situación vulnerable. Las estrategias gubernamentales vinculadas con el sector salud guardan estrecha correspondencia con las del proyecto propuesto, incluida la descentralización del proceso de toma de decisiones, la reorganización de la prestación de servicios, la reestructuración de la SESPAS y del IDSS, la reforma de la administración hospitalaria, el establecimiento de sistemas de información integrados y la elaboración de políticas, leyes y reglamentos que respalden la reforma y la modernización institucional.

**F. Estrategia del Banco**

- 1.24 La estrategia del Banco para el país está orientada hacia la aceleración del crecimiento económico, la estabilidad macroeconómica, el bienestar social y una utilización eficiente de los recursos productivos. Ello se logrará a través de cuatro estrategias: i) el mejoramiento de las políticas fiscales y de la administración fiscal, ii) el fomento de la inversión privada, iii) la reducción de la pobreza, y iv) la modernización de las instituciones públicas. Este proyecto contiene actividades e instrumentos que promueven la aplicación de esas tres últimas estrategias, centrándose especialmente en la atención de la salud y el seguro social.
- 1.25 **Experiencia anterior del Banco en el sector y enseñanzas adquiridas:** El Banco ha ejecutado una operación referente a la salud en la República Dominicana, a través del Préstamo 680/SF y de la ATN/SF-2057, habiendo desembolsado aproximadamente US\$20 millones entre 1983 y 1987. Este proyecto de inversión respaldó la construcción y el equipamiento de pequeños hospitales y clínicas rurales ambulatorias. La operación de cooperación técnica se orientó a reforzar la capacidad institucional de operar y mantener las instalaciones construidas en el contexto del préstamo. En un informe de auditoría se destacó la escasa capacidad técnica y administrativa de la SESPAS para llevar a la práctica actividades del programa. Así sucedió en especial con aspectos tales como consultorías y capacitación. La ejecución se paralizó en gran medida debido a demoras en el suministro, por parte del gobierno, de fondos de contrapartida. Análogamente, en el caso de las operaciones 930/SF-DR y 825/OC-DR correspondientes al fondo de inversiones sociales (Procomunidad) se construyeron pequeños centros médicos, pero en algunos casos la falta de personal y de financiamiento de costos recurrentes por parte de la SESPAS han comprometido esa parte del programa. Una importante enseñanza adquirida guarda relación con la necesidad de vincular las inversiones en infraestructura y equipos con cambios en la organización, la administración, el pago y la supervisión de los sistemas de prestación de servicios. Un importante corolario es que el mecanismo más eficaz para lograr grandes beneficios a partir de inversiones en infraestructura y equipos consiste en reformar el

marco de políticas y el marco institucional e incrementar la capacidad institucional de atender las necesidades existentes en materia de cuidado de la salud.

- 1.26 En julio de 1995 el BID comenzó a ejecutar la ATN-5011-DR, para respaldar la elaboración de políticas de reforma sanitaria y la preparación del presente proyecto. La experiencia ha sido exitosa, lo que obedece en parte a que la SESPAS ha delegado la ejecución del programa a una unidad de coordinación técnicamente competente pero externa. Esta unidad se está ocupando también de un préstamo japonés con carácter de donación administrado por el Banco Mundial y la FPP, dotado de objetivos y actividades complementarias similares. Una enseñanza clave de esa experiencia consiste en la necesidad de establecer un equipo estable, pero técnicamente competente, para facilitar la ejecución del proyecto.



## II. EL PROYECTO

### A. Marco de políticas

- 2.1 A través del proyecto se procura elaborar el siguiente marco de políticas, que se realizará en forma paulatina a lo largo de un período de cinco a 10 años.
- 2.2 Una SESPAS reforzada y reorientada, que concentre la atención en la elaboración de políticas, la reglamentación, el control y la evaluación. El gobierno financia actividades de salud pública, prevención y promoción, a la vez que subvenciona a conjuntos bien definidos de servicios de salud individuales para los pobres. El sector público se encarga también de establecer niveles de financiamiento y criterios de asignación de recursos. La infraestructura pública seguirá siendo pública, pero se administrará en forma autónoma. Las funciones de administración financiera se descentralizarán, quedando en manos de unidades territoriales provinciales, encargadas también de la vigilancia de los servicios. La prestación de estos últimos se contratará con una combinación de dispensadores privados y públicos autónomos encargados de la organización y administración de los servicios.
- 2.3 Bajo la orientación de la SESPAS se establecerá un sistema de seguro social a través del cual se orientarán ingresos provenientes de la recaudación directa del impuesto sobre la nómina y subvenciones gubernamentales dirigidas hacia redes de dispensadores públicos y privados que conjugarán funciones de aseguramiento y de prestación de servicios. El sistema se basa en un modelo de competencia regulada que presenta los siguientes atributos: plan de beneficios estándar, selección individual de redes de prestadores acreditados, competencia entre redes de prestadores en procura de afiliados, y orientación hacia subsidios del Estado focalizados en la demanda para hogares de bajos ingresos. Además, el sistema incluirá también un régimen de pagos de fuente única para los regímenes basados en aportes (financiados mediante el impuesto sobre la nómina) y para el régimen subvencionado (financiado con rentas generales).

### B. Objetivos y fundamento teórico

- 2.4 El objetivo consiste en mejorar la situación sanitaria de los habitantes del país de bajos y medianos ingresos respaldando la estrategia gubernamental para el sector salud, encaminada a lograr una mayor eficiencia, equidad y calidad de los servicios sanitarios a través de la aplicación de reformas de políticas, institucionales y de prestación de servicios. Ello se logrará a través de inversiones en asistencia técnica, capacitación, prestación de servicios, infraestructura y equipos. La modernización y la reestructuración del sector salud requerirán varias fases, y su

ejecución llevará quizá de ocho a 12 años. A través del presente proyecto se respaldará la primera fase (cinco años).

- 2.5 A corto plazo, a través del proyecto: i) se desarrollará la capacidad del gobierno de elaborar y aplicar medidas encaminadas a modernizar el sector salud, ii) se pondrá en marcha la reorganización de la SESPAS y del IDSS, definiéndose nuevos papeles y funciones, iii) se establecerá un conjunto básico de servicios de alta calidad para sectores de población insuficientemente atendidos, de bajos ingresos, a través de modelos alternativos de financiamiento, organización y prestación de servicios, iv) se aplicarán modelos autónomos de administración y gobierno basados en los distintos servicios en los hospitales públicos, al mismo tiempo que se refuerzan los sistemas de respaldo en materia financiera, clínica y de información, y v) se establecerán vínculos entre el sector público y el sector privado con respecto a la administración y a la prestación de servicios de salud.
- 2.6 A mediano y largo plazo, a través del proyecto: i) se establecerán políticas, así como el correspondiente marco legal y reglamentario, de respaldo de la reforma del sector salud, ii) se elaborarán mecanismos alternativos de transferencia financiera, iii) se separarán las funciones financieras y de prestación de servicios mediante la transferencia de la toma de decisiones a unidades descentralizadas, iv) se ampliará la cobertura del seguro social por medio de la reestructuración del sistema, la introducción de una nueva configuración institucional (con separación de funciones), la incorporación del sector privado al ámbito de la administración de los riesgos y la prestación de los servicios, y se pondrá a prueba un régimen de subvenciones para trabajadores del sector informal de bajos ingresos y sus familias, y v) se promoverá el mejoramiento del equipo y la infraestructura de los servicios públicos.
- 2.7 Con el proyecto se introducirán reformas en los tres principales ámbitos del sistema: i) el fortalecimiento de la capacidad del sector público para elaborar y evaluar políticas, ayudar a mejorar el sistema jurídico y reglamentario a fin de respaldar esas políticas y fortificar el papel que cumple la SESPAS como institución rectora del sector salud (Componente I), ii) el respaldo para la redefinición, reorganización y reestructuración de SESPAS, IDSS y PROMESE, lo que comprende la descentralización del proceso de toma de decisiones referentes a la asignación y administración de los recursos (Componentes II y III), y iii) la introducción de mecanismos financieros alternativos basados en proyectos piloto y sistemas institucionales con alicientes a la obtención de resultados y a un buen desempeño, al mismo tiempo que se atiende a sectores de población insuficientemente cubiertos mediante un conjunto básico de servicios (Componente IV). El Anexo I comprende una matriz de comparación de las estrategias y los componentes del proyecto con los problemas del sector salud.

C. Ámbitos del proyecto

- 2.8 El proyecto abarca cuatro regiones administrativas de la SESPAS, que comprenden 16 provincias y al 56% de la población. En el Cuadro 1 aparecen indicadores resumidos de las cuatro regiones. El resto del país se cubre mediante un proyecto paralelo financiado por el Banco Mundial 3/. Se seleccionaron dos regiones (la V y la VI) porque en ellas se registran altos índices de pobreza o elevadas tasas de mortalidad infantil, así como una fuerte incidencia de las enfermedades transmisibles. Por otra parte, se incluye la región (II), que presenta los niveles más bajos de pobreza y mortalidad infantil. La Región II contiene un número relativamente grande de afiliados al IDSS o de trabajadores del sector formal no afiliados a ese organismo. Uno de los objetivos del proyecto consiste en ampliar la cobertura, llevándola al último de los grupos mencionados a través de una reforma del sistema de salud financiada mediante el seguro social.

CUADRO 1: INDICADORES RESUMIDOS DE LAS REGIONES DEL PROYECTO, 1995-96 4/						
REGIÓN	No. DE PROVINCIAS	PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN NACIONAL (1995)	PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN NACIONAL (1995)	PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN QUE VIVE EN LA POBREZA	MORTALIDAD INFANTIL POR CADA 100.000	PORCENTAJE DE NIÑOS CON DEFICIENCIAS DE NUTRICIÓN
I	3	13	4	36	38,9	23
II	5	25	6	30	43,8	21
V	5	10	10	32	65,3	18
VI	3	8	1	49	66,9	28

D. Descripción del proyecto

1. Componente I: Elaboración de políticas (Monto: US\$3,5 millones; 5% del costo agregado)
- 2.9 Objetivos: A través de este componente se financiará la prestación de servicios de consultoría, estudios especiales, talleres, seminarios y giras de estudio. Se creará capacidad y se respaldarán procesos orientados hacia el diálogo y la formación de políticas, la redacción y la aprobación de instrumentos jurídicos,

---

3/ El proyecto del Banco Mundial constituye el complemento del proyecto propuesto. Sus objetivos consisten en crear capacidad de administración de recursos humanos y poner a la SESPAS en condiciones de realizar una mejor prestación de servicios en cuatro regiones adicionales.

4/ En los archivos técnicos figuran cuadros adicionales de indicadores de las regiones del proyecto.

la creación de consenso y la divulgación de iniciativas de reforma. Este componente se centrará en los ámbitos siguientes:

- a. Definición y aprobación de políticas, así como elaboración del marco jurídico y reglamentario de respaldo, incluida la sanción de una ley nacional de salud y una ley de seguridad social sanitaria, para el establecimiento: i) de nuevas funciones institucionales y vínculos con el sector privado, ii) mecanismos alternativos de asignación de recursos, orientación de subvenciones hacia objetivos y pago de dispensadores de atención, iii) estructura de mercado y configuración institucional de un nuevo sistema de seguro social, iv) racionalización y administración de los recursos humanos, y v) establecimiento de hospitales descentralizados con estructuras de gobierno semindependientes.
- b. Mejoramiento cualitativo mediante el establecimiento de procesos, la adopción de normas y la elaboración del correspondiente marco reglamentario para el manejo de desechos hospitalarios peligrosos y la acreditación de dispensadores de servicios de salud, aseguradores y fabricantes de suministros médicos.
- c. Obtención de respaldo para planes de reforma y modernización del sector salud a través del diseño y la ejecución de estrategias de divulgación, promoción y formación de alianzas estratégicas.

2. Componente 2: Reorganización institucional de la SESPAS  
(Monto: US\$9,8 millones: 13% del costo agregado)

- 2.10 Objetivos: A través de este componente se respaldará la ejecución de reformas de políticas, institucionales y operativas, a nivel central y provincial, de la SESPAS. Mediante el financiamiento de servicios de consultoría, capacitación, talleres, seminarios, equipo y materiales, este componente financiará actividades que se dividen en tres subcomponentes:

a. Subcomponente 2a: Reorganización de la SESPAS

- 2.11 La reorganización de la SESPAS se basa en tres estrategias: i) la separación de las funciones de financiamiento y prestación de servicios, ii) la descentralización de las responsabilidades administrativas y operativas, que quedarán en manos de unidades provinciales (en cuanto a la asistencia básica), y iii) la transformación de la SESPAS en la institución rectora del sector. A nivel central, se trata de proporcionar a la SESPAS la capacidad de: i) diseñar, articular y coordinar la política sanitaria, ii) reforzar la capacidad de supervisión y control, iii) regular la prestación de servicios sanitarios, y iv) coordinar y gestionar la información dentro del sector. El nivel provincial administrará las medidas de intervención en materia de salud pública y

supervisará la prestación de servicios en su ámbito jurisdiccional, y adquirirá servicios a prestadores públicos a través de convenios de gestión, y a dispensadores privados a través de contratos. Los hospitales y otros centros de prestación de servicios constituirán, en gran medida, entidades autogestionadas encargadas de la prestación de servicios en el marco de contratos con SESPAS.

- 2.12 A través de este subcomponente se respaldarán cuatro actividades principales:
- 2.13 **1) Desarrollo institucional y reestructuración a nivel central:** Un elemento esencial de la reforma estructural a nivel central consiste en la simplificación y consolidación de las funciones. El plan de reestructuración del nivel central que se propone supone la consolidación en forma conjunta de nueve funciones actualmente dispersas en distintos planos de la institución. A través del proyecto se reorganizará la SESPAS de modo de cumplir las siguientes funciones: i) elaboración de políticas, ii) planificación, iii) elaboración de programas, iv) administración financiera, v) gestión de los recursos humanos, vi) administración, vii) reglamentación viii) información, ix) investigación, y x) respaldo de la gestión descentralizada.
- 2.14 **2) Descentralización:** A través del proyecto se respaldará el diseño y la ejecución de una gestión descentralizada de los servicios de la SESPAS, haciéndose especial hincapié en las necesidades gerenciales e institucionales de las unidades provinciales, en que se realizarán actividades piloto. Mediante el proyecto se respaldará la reorganización de unidades regionales y provinciales y se dotará a las autoridades provinciales de mayor capacidad para asumir nuevos papeles a los efectos de planificar, ejecutar y auditar presupuestos; asignar recursos y pagar a los prestadores de servicios, así como programar y controlar la ejecución de los contratos y otras actividades.
- 2.15 **3) Administración de los recursos humanos:** Esta actividad está centrada en la administración y racionalización de los recursos humanos, a fin de respaldar la realización de nuevas tareas y funciones institucionales. A través de él se realizará un análisis e inventario de las necesidades de recursos humanos; se redefinirán y establecerán perfiles de cargos; se diseñará y llevará a la práctica un proceso de traslado de funcionarios; se diseñarán modelos y opciones de estudio para la reducción del personal del nivel central; se mejorarán los procesos de reclutamiento, contratación y destitución; se pondrán a prueba modelos alternativos de contratación de personal, y se establecerán sistemas de apoyo para la administración de los recursos humanos.
- 2.16 **4) Sistemas de información gerencial:** Mediante esta actividad se introducirán modernos sistemas de información gerencial (SIG), para aumentar la capacidad de adopción de decisiones y los resultados en

todos los niveles de los sistemas de la SESPAS y del IDSS. A través del financiamiento de computadoras, software y accesorios (módems, impresoras, etc.), líneas telefónicas adicionales y cableado, y capacitación en la utilización eficaz de tecnología de la información, el proyecto: i) establecerá una plataforma tecnológica económicamente accesible que permitirá el intercambio de información dentro de los servicios y las unidades administrativas, y entre unos y otras; ii) se creará una unidad de respaldo y mantenimiento técnico para el SIG, y iii) se diseñará y llevará a la práctica una serie de módulos en cuya elaboración se tendrán en cuenta nuevas funciones institucionales y necesidades específicas de los proveedores de servicios. Esos módulos respaldarán actividades previstas en otras partes del proyecto, incluidas las de administración hospitalaria, vigilancia epidemiológica, administración a nivel central y provincial y adquisición, control de inventario y distribución de medicamentos y suministros.

**b. Subcomponente 2b: Reorganización y fortalecimiento de la administración financiera**

2.17 Mediante este componente se respaldarán las dos actividades siguientes:

2.18 **1) Reorganización de la administración financiera y la presupuestación:** A través del proyecto: i) se estructurará y establecerá una unidad de administración financiera (UAF) dentro del nivel central de la SESPAS, consolidando las actividades vinculadas con el ámbito financiero que actualmente se realizan en forma descoordinada, a cargo de varios departamentos, ii) se desconcentrará el proceso presupuestario en relación con la Tesorería General y la Dirección Nacional del Presupuesto, llevándola hacia la SESPAS, iii) se simplificará la estructura presupuestaria, iv) se introducirán procedimientos depurados y transparentes para eliminar cuellos de botella y demoras en la aprobación y emisión de órdenes de pago a los dispensadores de servicios, y v) se diseñará y llevará a la práctica un programa de capacitación para la UAF y sus equivalentes provinciales.

2.19 **2) Diseño y aplicación de mecanismos alternativos de asignación de recursos y sistemas de pago a los dispensadores de servicios:** Esta actividad se encamina a establecer un mecanismo transparente y más equitativo para la transferencia de recursos del nivel central de la SESPAS a las provincias a través de la utilización de fórmulas de asignación de recursos presupuestarios basadas en indicadores de situación sanitaria, necesidades especiales de la población, índices de pobreza e indicadores de gestión. A través del proyecto se pondrá a prueba, además, la utilización de sistemas alternativos de pago para los hospitales, en que se establecerán incentivos para la prestación eficiente de servicios de alta calidad.

c. Subcomponente 2c: Modernización de la adquisición, el inventario y la distribución de medicamentos y suministros médicos

2.20 El objetivo de este subcomponente consiste en otorgar un acceso más expedito a medicamentos y suministros médicos de buena calidad y precio módico, así como su disponibilidad, a través de la estructuración de un sistema de adquisiciones y distribución transparente, integrado y eficiente que atienda las necesidades de los dispensadores de servicios de asistencia sanitaria que participen en actividades del proyecto. Esta actividad, realizada por la vía del PROMESE, se llevará a cabo por la vía del financiamiento de servicios de consultoría, capacitación, talleres y seminarios referentes a dos actividades:

1) Respaldo para el diseño, la puesta a prueba y la ejecución de un sistema orientado por la demanda para la adquisición y distribución de medicamentos y suministros médicos, en cuyo contexto los cometidos de adquisición estén descentralizados, llevándolos al nivel local y de los servicios. Ello se logrará a través del diseño y la ejecución de subproyectos piloto que: i) convertirán a los dispensadores en tenedores descentralizados de recursos presupuestarios para la adquisición de medicamentos y suministros, ii) reorientarán al PROMESE, convirtiéndolo en un agente de respaldo logístico y en un intermediario para el manejo conjunto de pedidos y compras, y iii) dotarán a los dispensadores de capacidad para administrar existencias de medicamentos.

2) Introducción de normas de control de calidad (por ejemplo certificación, acreditación, cuadro básico revisado de productos, elaboración de protocolos terapéuticos estandarizados), a fin de garantizar la seguridad y la utilización eficaz de los productos.

3. Componente 3: Reestructuración y modernización institucional del sistema de salud financiado por el seguro social (Monto: US\$7.5 millones: 10% del costo agregado)

2.21 El objetivo de este componente consiste en ampliar la cobertura del seguro social, llevándola del 6% al 20% del total de la población durante la vida del proyecto. Ello se logrará mediante la aplicación de reformas de políticas, financieras e institucionales encaminadas a reconfigurar el sistema de salud financiado por el seguro social y a reestructurar el IDSS, para prepararlo para asumir nuevos papeles y funciones 5/. El componente en cuestión comprende dos subcomponentes, cada uno de los cuales corresponde a

---

5/ En los archivos técnicos aparece una descripción resumida de las reformas propuestas para el sistema de salud financiado por el seguro social.

una fase de ejecución separada: i) Fortalecimiento y estudios institucionales (años 1 y 2), y ii) Configuración de un nuevo sistema de salud financiado por el seguro social y ampliación de la cobertura (años 3 a 5).

a. Subcomponente 3a: Fortalecimiento y estudios institucionales

- 2.22 A través de servicios de consultoría, capacitación, talleres y seminarios se financiarán, mediante este componente, las dos actividades siguientes, a lo largo de los dos primeros años del proyecto:
- 2.23 1) **Desarrollo institucional orientado hacia objetivos:** Como el papel que haya de asumir el IDSS dentro de un sistema de seguro social reformado no llegará a conocerse por lo menos durante el primer año de la ejecución del proyecto, se adopta para esta actividad un enfoque orientado al desarrollo institucional. El mismo se encamina a lograr un mejor desempeño en un reducido número de funciones que, si es necesario, pueden transferirse a otros organismos dentro de una nueva configuración institucional. El subcomponente en cuestión concentrará sus esfuerzos en los siguientes ámbitos: i) inventario y redefinición de perfiles de cargos y personal, ii) mejoramiento de la recaudación del impuesto (sobre la nómina), del registro de afiliados, de los sistemas de facturación y auditoría, y iii) redefinición de la estructura, los procedimientos y la gestión del proceso presupuestario.
- 2.24 2) **Estudios y diseño:** A través del proyecto se financiará un reducido número de estudios y diseños de sistemas, a fin de sentar las bases de la puesta en funcionamiento de un sistema de seguridad social reformado. Los estudios comprenderán: i) la definición de los cometidos y la estructura orgánica del IDSS, ii) el diseño de un sistema de pagos del personal que premie el buen desempeño, iii) la definición de normas y procedimientos de contratación de prestadores de servicios y aseguradores privados, y iv) la elaboración de un plan de ampliación gradual de la cobertura y orientación de la transición del sistema vigente al nuevo sistema.
- 2.25 Antes del desembolso del Subcomponente 3a, aparte del financiamiento de estudios convenidos con el Banco, el IDSS deberá demostrar, en forma que al Banco le resulte satisfactoria, que ha separado los recursos financieros y la gestión de los tres tipos de seguros que actualmente administra.



b. Subcomponente 3b: Aplicación de un nuevo sistema de salud financiado por el seguro social

- 2.26 Una vez que se haya aprobado un marco de política, así como las normas legales correspondientes, a través de este componente se financiará la ampliación de la cobertura sanitaria financiada a través del seguro social, mediante la configuración y ejecución de un nuevo sistema de seguros. Para alcanzar esta meta, y tal como se indica en la Carta de Política (véase los archivos técnicos), el gobierno procura diseñar y poner en marcha un sistema financiado por el seguro social basado en una competencia regulada entre redes integradas de prestación de servicios, pertenecientes al sector público y al sector privado, la cobertura de un plan de servicios estándar que sirva de punto de referencia, pagos por capitación 6/ y la selección, por parte del afiliado, de la red que desee 7/.
- 2.27 A esos efectos, a través de este subcomponente se financiarán servicios de consultoría, seminarios, servicios de capacitación y talleres referentes a las siguientes actividades: i) diseño y establecimiento del marco institucional y las correspondientes estructuras de gobierno, administración y organización vinculadas con las principales funciones del sistema, incluidas las de planificación y vigilancia del mismo, supervisión, reglamentación y acreditación, recaudación y asignación de recursos financieros, contratación y negociación, registro de afiliados y recopilación, análisis y divulgación de información, ii) elaboración de pautas, normas y procedimientos del sistema para el cumplimiento de las funciones antes referidas, iii) definición y determinación de costos de un plan de servicios que sirva de punto de referencia, y de la correspondiente tarifa, basada en un sistema de capitación, iv) fortalecimiento de la capacidad de las redes de prestación de servicios, públicas y privadas, de asumir riesgos, organizarse como redes, contratar médicos y otros dispensadores de servicios, administrar la utilización, el seguimiento y la contención de costos, recopilar y analizar información, realizar controles de calidad y estudios de satisfacción de los pacientes, administrar los recursos humanos y evaluar los resultados, y v) ampliar la cobertura a través de la ejecución de planes piloto en que se vincule el financiamiento del seguro social con redes privadas (contratadas) y públicas.
- 2.28 Antes del desembolso de los recursos correspondientes al Subcomponente 3b, se deberá haber aprobado y promulgado el marco jurídico y reglamentario que constituye la base para la reforma

---

6/ Consiste en pagos de cobertura del costo de prestación de determinado conjunto de servicios a cada persona afiliada a una red de prestación de servicios.

7/ Los archivos técnicos contienen la descripción del proyecto de sistema de seguro social que está estudiando el gobierno.

estructural, financiera e institucional correspondiente al nuevo sistema de seguro social y la ampliación de la cobertura.

4. Componente 4: Fortalecimiento del sistema de servicios básicos y hospitalarios (Monto: US\$34,6 millones: 46% del costo agregado)

- 2.29 Los objetivos de este componente consisten en mejorar el acceso, la eficiencia y la calidad de los servicios que prestan la SESPAS y el IDSS, haciéndose especial hincapié en tomar como objetivo a los sectores sociales de bajos ingresos e insuficientemente atendidos. Además, mediante este componente se financiarán medidas de intervención encaminadas a: i) introducir incentivos orientados hacia resultados, para los dispensadores de servicios, en el marco de una red pluralista de asistencia de la salud, ii) lograr una mayor participación del sector privado, y iii) sentar las bases de un nuevo sistema de seguro social y prestación de servicios de asistencia primaria. Ello se logrará a través de la creación de tres fondos no relacionados entre sí, cada uno de los cuales corresponderá a un subcomponente independiente: Fondo de Asistencia Primaria (FONAP), Fondo de Solidaridad (FONSOL) y el Fondo de Administración y Mejoramiento Hospitalario (FONHOSPITAL) 8/.
- 2.30 En el caso de FONAP y FONSOL (Subcomponentes 4a y 4b), el financiamiento respaldará la prestación directa de conjuntos definidos de servicios básicos, centrándose especialmente la atención en las medidas de intervención maternoinfantiles 9/, así como el suministro de asistencia técnica y capacitación para las entidades proveedoras de servicios y las redes contratadas a través de los fondos. Ambos fondos realizarán pagos a los dispensadores conforme a un sistema de capitación, de modo de suministrar un conjunto de servicios a una población definida (afiliada). El pago de capitación está configurado de modo de cubrir salarios, suministros y productos farmacéuticos. Los dispensadores se registrarán por un contrato con la SESPAS y con el proyecto. En relación con ambos fondos, el Banco financiará pagos

---

8/ En los archivos técnicos aparece un diagrama de los flujos financieros y de servicios correspondientes a cada uno de esos fondos. La expresión "fondo" no se utiliza en el sentido técnico o jurídico de fondo fiduciario o fondo de desarrollo social, sino que se emplea simplemente para designar cuentas separadas identificadas por actividades específicas.

9/ En los archivos técnicos aparece una descripción de esos conjuntos, así como la metodología utilizada para definir y determinar los costos de los mismos.

de capacitación mediante un sistema descendente 10/. A través de la asistencia y la capacitación técnica se procurará aumentar la capacidad gerencial, institucional y clínica de prestación de los servicios.

a. Subcomponente 4a

- 2.31 El FONAP (Fondo de Asistencia Primaria) financiará un número de subproyectos estimado en 50 para brindar un subconjunto básico de servicios preventivos y curativos orientado hacia 300.000 mujeres y niños. La población-objetivo de FONAP está constituida por niños y mujeres de edad fértil de familias de bajos ingresos que residan en las cuatro regiones del proyecto. El FONAP subvencionará el 80% del costo per cápita anual estimado de este conjunto (US\$19). Los pagos de contrapartida de los servicios curativos cubrirán el costo restante. El conjunto básico se suministrará a través de una gama de prestadores de servicios, que comprenderá a los centros de salud de la SESPAS, ONG, clínicas privadas, grupos comunitarios organizados y municipalidades.

b. Subcomponente 4b

- 2.32 El FONSOL (Fondo de Solidaridad) financiará un número de subproyectos estimado entre tres y cinco, que otorgarán cobertura a 50.000 trabajadores del sector informal de bajos ingresos y sus familias de zonas urbanas de Santo Domingo. Otro objetivo de este programa consiste en realizar una prueba de un modelo alternativo de financiamiento, organización y prestación de servicios que puede servir de base para el diseño y la aplicación de un sistema reformado de seguro social. El FONSOL financiará un conjunto ampliado, semintegral, de servicios preventivos, curativos y hospitalarios, haciendo hincapié en servicios maternoinfantiles. Se estima en US\$54 el costo anual per cápita del conjunto. Los afiliados realizarán aportes a través de pagos de primas y/o pagos colaterales, por un monto que equivaldrá, según se estima, al 50% del costo. Los afiliados de mayores ingresos pagarán más. Los beneficiarios seleccionarán redes integradas certificadas (y existentes) creadas principalmente por el sector privado. Esas redes competirán en procura de afiliados a través de un proceso de licitaciones transparente.

---

10/ Los proyectos financiarán el 100% del costo de los conjuntos de servicios en el primer año de operación correspondiente a cada subproyecto, en tanto que el Estado asumirá la responsabilidad financiera en forma incremental durante la vida del proyecto. El Estado asumirá plena responsabilidad financiera una vez culminado el proyecto.

c. Subcomponente 4c: Fondo de administración y mejoramiento hospitalario (FONHOSPITAL)

- 2.33 Los objetivos de este subcomponente consisten en aumentar la calidad, la eficiencia interna y la solvencia financiera de los servicios hospitalarios respaldando la transformación de las estructuras y procesos de gobierno, organización y administración de los mismos, así como los equipos y la infraestructura. El FONHOSPITAL vincula las inversiones en rehabilitación y equipo con las reformas de la administración y el mejoramiento de los sistemas financiero, administrativo y clínico. A través del proyecto se financiarán actividades en hasta cuatro hospitales de las cuatro regiones del proyecto. Si la ejecución se realiza en forma satisfactoria, esos hospitales servirán como modelo para la introducción de reformas administrativas en otros puntos de la red de hospitales públicos.
- 2.34 El proyecto se centrará en la realización de operaciones internas durante una fase preliminar, introduciéndose modernos mecanismos de administración, creándose capacidad administrativa y mejorándose la infraestructura y los equipos en los cuatro hospitales "modelo". En definitiva, los hospitales "modelo" administrarán los recursos humanos y financieros y establecerán acuerdos contractuales con agentes públicos encargados de adquisiciones y terceros privados encargados de realizar pagos. Este subcomponente comprende dos actividades:
- 2.35 1) **Reformas administrativas:** Las medidas de intervención administrativa en el ámbito clínico y en el no clínico se financiarán a través de servicios de consultoría, capacitación, talleres y recorridas de estudio. Las actividades se centrarán en las siguientes esferas funcionales y programáticas: i) estructuras de gobierno y administración interna autónomas, ii) manejo de desechos médicos, iii) mejoras cualitativas y de productividad, iv) administración de suministros farmacéuticos y médicos, v) administración, contabilidad y auditoría financieras, vi) sistemas de información 11/, vii) capacitación clínica, viii) sistemas de mantenimiento de plantas y equipos, ix) reorganización del sistema de recuperación de costos, protegiéndose adecuadamente a los pobres, x) contratación de servicios de apoyo, xi) ventas de servicios a terceros, y xii) articulación dentro de una red de dispensadores de servicios.
- 2.36 2) **Rehabilitación y equipamiento:** El FONHOSPITAL respaldará inversiones en rehabilitación y equipos para: i) mejorar la capacidad de lograr una mayor eficiencia productiva, reducir el

---

11/ Para garantizar la compatibilidad e integración del SIG, la actividad se llevará a cabo a través de un subcomponente separado (Componente II, Subcomponente 2c).

costo de los servicios que ya se prestan, o utilizar servicios existentes, pero ociosos, y servicios complementarios, y ii) lograr una mejora cualitativa de los servicios que ya se prestan. Las inversiones se limitarán a la rehabilitación de la infraestructura existente y al reemplazo del equipo básico, con un monto máximo de US\$3 millones por hospital. Se estima que el 60% de las inversiones se destinará a rehabilitación y el resto a equipo.

E. Costo y financiamiento del proyecto

- 2.37 Costo del proyecto: Se estima en US\$75 millones el costo agregado del proyecto. En el Cuadro 2 se resume la clasificación de los costos del proyecto por componentes y subcomponentes. En el Cuadro 3 se presenta la distribución de las inversiones del proyecto, por tipos, años y fuentes.
- 2.38 Plan de financiamiento: El 81% del costo total del proyecto, equivalente a US\$61,2 millones, se financiará con el préstamo propuesto con recursos en dólares de los Estados Unidos de la Facilidad Unimonetaria del capital ordinario del Banco. El monto total del préstamo se financiará por medio del CO/FFI en condiciones concesionarias. El 19% restante del costo total del proyecto, o sea US\$13,8 millones, representa el financiamiento de contrapartida del gobierno, del cual US\$3,5 millones serán cofinanciados por el Fondo Nórdico para el Desarrollo (FND) y US\$5 millones por la Organización de Países Exportadores de Petróleo (OPEP). Habida cuenta de que algunas actividades del proyecto se orientan hacia los beneficiarios pobres (subcomponentes 4a y 4b) y otras los beneficiarán directamente (componente 2 y subcomponente 4c), la matriz es de 90/10 conforme a lo consignado en los párrafos 2.15 y 2.93 del Informe sobre el Octavo Aumento General de los Recursos del Banco.

**CUADRO 2: COSTOS Y PLAN DE FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO**  
(Millones de US\$ y porcentaje)

CATEGORÍAS	BID/CO- FFI (US\$)	COF/ FND	COF/ OPEP	LOCAL	TOTAL (US\$)	%
<b>Componente 1: Elaboración de Políticas</b>	<b>3,5</b>				<b>3,5</b>	<b>5</b>
<b>Componente 2: Reorganización Institucional de la SESPAS</b>	<b>9,8</b>				<b>9,8</b>	<b>13</b>
Subcomponente 2a: Reorganización de la SESPAS	7,0					
Subcomponente 2b: Reorganización y fortalecimiento de la administración financiera	0,8					
Subcomponente 2c: Modernización del sistema de suministros	2,0					
<b>Componente 3: Reestructuración y modernización institucional del sistema de seguro social</b>	<b>7,5</b>				<b>7,5</b>	<b>10</b>
Subcomponente 3a: Fortalecimiento y estudios institucionales	3,7					
Subcomponente 3b: Establecimiento de un nuevo seguro social	3,8					
<b>Componente 4: Fortalecimiento del sistema de servicios básicos y hospitalarios</b>	<b>22,3</b>	<b>3,5</b>	<b>5,0</b>	<b>3,8</b>	<b>34,6</b>	<b>46</b>
Subcomponente 4a: Fondo de asistencia materno-infantil	6,4	3,5		2,8		
Subcomponente 4b: Fondo de solidaridad	3,8			1,0		
Subcomponente 4c: Fondo de administración y mejoramiento hospitalario	12,1		5,0			
<b>Imprevistos</b>	<b>4,5</b>				<b>4,5</b>	<b>6</b>
<b>Administración/Unidad Ejecutora</b>	<b>8,0</b>				<b>8,0</b>	<b>11</b>
<b>Costos financieros</b>	<b>5,6</b>			<b>1,5</b>	<b>7,1</b>	<b>9</b>
FIV	0,6					
Intereses	5,0			0,2		
Comisiones				1,3		
<b>TOTAL</b>	<b>61,2</b>	<b>3,5</b>	<b>5,0</b>	<b>5,3</b>	<b>75,0</b>	<b>100</b>
<b>PORCENTAJE</b>	<b>81%</b>	<b>5%</b>	<b>7%</b>	<b>7%</b>	<b>100%</b>	

**Cuadro 3**  
**DISTRIBUCIÓN DE LAS INVERSIONES POR TIPO, AÑO Y FUENTE DE FINANCIAMIENTO**  
(millones de US\$)

E GASTO	TOTAL					Año 1			Año 2			Año 3			Año 4			Año 5	
	Total	%	BID	COF	Local	BID	COF	Local	BID	COF	Local	BID	COF	Local	BID	COF	Local	BID	COF
	75,0	100	61,2	8,5	5,3	7,8	0,0	0,3	11,5	1,0	0,4	14,2	2,0	0,6	15,4	2,0	1,3	12,3	3,5
ción (UCP)	7,9	11	7,9			2,1			1,5			1,5			1,4			1,4	
equip.	12,0	16	7,0	5,0					3,0			3,0	1,0		2,0	1,0			3,0
directos de	16,0	21	12,2		3,8				1,0			2,8		0,3	4,9		1,0	3,4	
as	17,2	23	14,7	2,5		2,7			2,8			4,0	0,5		2,4	1,0		2,8	0,5
ón	4,6	6	3,6	1,0		0,7			0,6	0,5		0,7	0,5		0,9			0,8	
y equipos	5,6	7	5,6			1,6			1,1	0,5		1,2			1,1			0,7	
s	4,6	6	4,6			0,5			0,9			1,0			1,1			1,1	
	5,2	7	5,0		0,2	0,1			0,5			0,9		0,02	1,5		0,06	2,0	
de crédito	1,3	2			1,3			0,3			0,4			0,3			0,2		
	0,6	1	0,6			0,12			0,12			0,12			0,12			0,12	

### III. EJECUCIÓN DEL PROYECTO

#### A. Estructura orgánica para la ejecución del proyecto

- 3.1 El organismo ejecutor del proyecto será la Secretaría Técnica de la Presidencia, a través de su Unidad Coordinadora del Proyecto (UCP). La UCP coordinará la ejecución de las actividades del proyecto en forma compatible con los cometidos en materia de reforma autorizados por la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS). La CERSS fue establecida por Decreto Presidencial 308-97 del 10 de julio de 1997. Se trata del órgano de supervisión encargado de llevar adelante el programa de reforma, elaborar la política sanitaria, coordinar la asistencia externa y orientar a las unidades ejecutoras. La máxima autoridad, en cada una de las instituciones que participan en el proyecto propuesto- la Secretaría Técnica de la Presidencia, la Secretaría de la SESPAS y los Directorios del IDSS y del PROMESE- son miembros de la CERSS 12/.
- 3.2 Teniendo en cuenta: i) que el Decreto 308-97 confiere a la CERSS facultades para definir y orientar el contenido y el proceso de la reforma sanitaria, ii) que en varias instituciones se prevén actividades del proyecto (SESPAS, IDSS y PROMESE), y iii) que las actividades del proyecto se ejecutarán en varios niveles (central, regional y provincial), la estructura administrativa de la ejecución del proyecto comprenderá las siguientes unidades ubicadas en tres niveles 13/ 14/.
- 1) Bajo la dirección de política de la CERSS el Decreto nombra a un Coordinador Ejecutivo (CE) para que brinde orientación

- 
- 12/ Los restantes miembros son el Secretario de Trabajo, el Secretario de Educación, el Director del Hospital de las Fuerzas Armadas, el Secretario Ejecutivo de la Comisión Presidencial sobre Modernización del Estado, el Presidente de la Asociación Nacional de Clínicas y Hospitales Privados y dos representantes de organizaciones no gubernamentales proveedoras de servicios sanitarios.
- 13/ Los archivos técnicos contienen un diagrama de la estructura administrativa de ejecución del proyecto. Las remuneraciones del personal profesional básico de cada unidad se financiarán a través del préstamo, tratándose de personal dominicano; a éste se agregará personal nacional de contrapartida empleado por las instituciones participantes. Para las contrataciones se dispone de personal profesional adecuadamente calificado.
- 14/ La estructura orgánica conjuga la administración de los proyectos del BID y del Banco Mundial. Ambos bancos compartirán el financiamiento de los servicios de personal y otros costos administrativos de la UCP y de las UMDI/SESPAS.



operativa con respecto a la aplicación de la reforma del sector y la coordinación de la asistencia externa. El CE prestará servicios también como director de la Unidad Coordinadora del Proyecto (UCP), que se encargará de la coordinación técnica y la ejecución de las actividades del proyecto y la administración del financiamiento del Banco.

- 2) Se establecerán unidades de modernización y desarrollo Institucional (UMDI) en el aparato burocrático central de cada una de las tres instituciones que serán objeto de medidas de intervención del proyecto (SESPAS, IDSS, PROMESE). Bajo la dirección y orientación de la UCP, las UMDI se encargarán de supervisar la aplicación de actividades del proyecto dentro de las respectivas instituciones.
- 3) Se establecerán Unidades Técnicas Provinciales (UTP) en las provincias en que se hayan de realizar actividades piloto. Las UTP se encargarán de coordinar actividades del proyecto en el nivel de prestación de servicios, y dependerán de la UCP.

B. Unidad Coordinadora del Proyecto (UCP)

- 3.3 La coordinación técnica, la administración financiera y la ejecución se realizarán a través de la UCP, bajo la dirección del CE. A fin de establecer distinciones claras entre las actividades operativas de carácter técnico y las de administración financiera y ejecución, la UCP comprenderá dos subunidades, con no más de doce profesionales (cuyos servicios se financiarán a través del proyecto) que respaldarán a la Secretaría Ejecutiva: la Unidad Técnica y la Unidad de Administración Financiera; cada una de ellas contará con un director nombrado por el CE. La UCP coordinará las actividades del proyecto con las instituciones de contrapartida y las autoridades de la SESPAS, el IDSS y el PROMESE, a nivel central y a nivel provincial, y con otras instituciones públicas y privadas que participen en el proyecto. Para realizar sus cometidos, el CE contará con el respaldo de un asesor técnico local en planeamiento estratégico y comunicación, que prestará servicios a largo plazo. Como condición previa al primer desembolso, la UCP deberá presentar al Banco los acuerdos de coordinación interinstitucional que celebre con el PROMESE y el IDSS, así como prueba de la formalización de los correspondientes acuerdos con la SESPAS. En esos acuerdos se establecerán las responsabilidades de cada institución en cuanto a la ejecución del proyecto, así como los mecanismos de coordinación interinstitucional necesarios.
- 3.4 El director de la Unidad Técnica (DT) de la UCP se encargará de coordinar y supervisar todas las actividades técnicas del proyecto. Como ayuda para la realización de esas actividades, el proyecto financiará los servicios de un asesor internacional a largo plazo, que actuará durante la vida del proyecto. A los efectos de este proyecto, el DT será respaldado por tres coordinadores técnicos

(CT), uno de los cuales se encargará de actividades específicas del proyecto, tal como se establece en las pautas operativas.

- 3.5 El director de la Unidad de Administración Financiera (DAF) se encargará de brindar respaldo administrativo y financiero para todas las actividades del proyecto, incluido el mantenimiento de registros contables, el procesamiento de los desembolsos, el mantenimiento de registros administrativos, los contratos, y la realización de actividades conexas. La Unidad examinará todos los contratos, efectuará pagos de actividades aprobadas por el DT y su personal de apoyo. Además del personal nacional de contrapartida asignado a la Unidad de Administración Financiera, ésta estará dotada del personal profesional y de apoyo que sea necesario. La DAF estará formada por dos subunidades, de modo de separar las actividades administrativas y financieras vinculadas con el BID y con el Banco Mundial.
- 3.6 A los efectos de la realización de sus funciones, la UCP contará con el respaldo de una Comisión de Licitaciones, que realizará actividades de supervisión y análisis de todos los contratos y propuestas nacionales e internacionales. El Comité dispondrá lo necesario para que se cumplan todos los pasos preparatorios necesarios conforme a las normas del Banco, presidirá todos los actos públicos vinculados con la presentación de ofertas de licitaciones, y evaluará todas las propuestas conforme a criterios que garanticen la equidad y la transparencia del proceso licitatorio.
- 3.7 Como condición previa al primer desembolso del financiamiento, el prestatario deberá probar al Banco que: i) se ha creado la UCP, ii) se la ha dotado de personal para cubrir los siguientes cargos: Coordinador Ejecutivo de la CERSS, Director de Administración Financiera, Coordinadores Técnicos y Asesor Internacional, iii) se ha establecido el comité de adquisiciones, y iv) se ha creado una dirección técnica conforme a lo convenido con el Banco.
- 3.8 Unidades de modernización institucional (UMDI): La UCP coordinará las actividades de desarrollo institucional con el respaldo de las UMDI, que se establecerán en cada una de las tres instituciones clave afectadas por el proyecto (IDSS, SESPAS, PROMESE). Cada UMDI tendrá un coordinador, que se encargará de la ejecución puntual y eficiente de las actividades conexas del proyecto y participará y colaborará con la UCP y con entidades de contrapartida de las respectivas instituciones, a los efectos de una ordenada ejecución. Los coordinadores dependerán del DT.
- 3.9 Unidades técnicas provinciales (UTP): Análogamente, en cada provincia en que se realicen actividades piloto habrá una UTP, con un coordinador, quien, en estrecha colaboración con sus equivalentes, con la UCP y con las UMDI, respaldará la ejecución, la vigilancia y la supervisión, la evaluación y el control de las actividades del proyecto en su respectiva provincia. Los

coordinadores dependerán del DT. A fin de asegurar la coordinación y participación de interesados pertinentes en el diseño y la ejecución de las actividades del proyecto, se establecerá un Comité Asesor Provincial (CAP) en cada provincia. Este cuerpo consultivo, que estará formado por el Director Provincial de la SESPAS, un representante del IDSS (cuando sea necesario) y un representante del sector privado y otro de la comunidad de las ONG, se reunirá periódicamente con la UTP, la UMDI y la UCP, a los efectos de una ejecución ordenada y participatoria de las actividades.

- 3.10 El personal de contrapartida de las instituciones participantes (SESPAS, IDSS y PROMESE) recibirá capacitación en técnicas de gestión y administración, antes de asumir responsabilidades por actividades vinculadas con el proyecto en las referidas esferas.

C. Pautas operativas generales

- 3.11 Planes de acción: Las actividades del proyecto han sido definidas mediante los planes de acción preparados para cada componente y subcomponente del proyecto y pueden consultarse en los archivos del proyecto. Esos planes de acción sirven de guía para la ejecución del proyecto, y serán revisados anualmente por la UCP.
- 3.12 Reglamentos operativos: Todas las funciones, actividades y procedimientos de la UCP, así como los subproyectos piloto (FONAP, FONSOL, FONHOSPITAL y sistema de suministros médicos) se guiarán por reglamentos operativos, cuyo borrador se encuentra en los archivos técnicos. La versión final de esos reglamentos será establecida de común acuerdo por el prestatario y el Banco, y deberá incluirse en un Manual de Operaciones antes del primer desembolso. Los reglamentos operativos serán elaborados de modo de crear el manual de operaciones para el proyecto, y podrán ser revisados cuando sea necesario, estando sujetas las modificaciones a la aprobación del Banco 15/.
- 3.13 Reconocimiento de gastos anteriores: El Banco podrá reembolsar al prestatario, con recursos del financiamiento, los gastos elegibles en que haya incurrido con posterioridad a la aprobación del préstamo y antes de que éste comience a ejecutarse.
- 3.14 Si, como resultado de las revisiones anuales a las que se hace referencia en el párrafo 3.35, o en otras revisiones en que participe el Banco, éste llega a la conclusión de que el gobierno no ha proporcionado puntualmente los recursos de contrapartida correspondientes al proyecto, el gobierno y el Banco suspenderán la

---

15/ En el Anexo A del contrato de préstamo se especificará que el Manual Operativo deberá incorporar las directrices para la Unidad de Coordinación del Proyecto, FONAP, FONSOL, FONHOSPITAL y el sistema piloto de suministros médicos, así como los procedimientos para las adquisiciones de poca cuantía.

autorización de todos los nuevos proyectos y de todos los nuevos llamados a licitación, concursos de precios y cualesquiera otras formas de contratación para la adquisición de bienes y servicios que hayan de financiarse con recursos del préstamo, hasta que el gobierno haya adoptado medidas adecuadas, que al Banco le resulten satisfactorias, para cumplir sus obligaciones de contrapartida y lograr el puntual suministro de los futuros recursos de contrapartida destinados al proyecto.

- 3.15 Adquisiciones: La adquisición de bienes y servicios se realizará conforme a pautas del Banco, como se establece en el Anexo B del contrato de préstamo, y será manejada por la UCP. Se requerirá licitación pública internacional para la adquisición de bienes por más de US\$250.000, y contratos de construcción por más de US\$1,5 millón. En los anexos operativos se presentan pautas y procedimientos referentes a las adquisiciones por sumas inferiores a las expresadas. Toda la contratación de servicios de consultoría se realizará conforme a las políticas estándar del Banco sobre selección y contratación de consultores. Antes de contratar servicios de consultoría de cualquier género, el DT, en consulta con los coordinadores pertinentes, con el asesor internacional, y con el comité de licitaciones deberá elaborar la documentación técnica pertinente que se presentará al Banco para su aprobación.

- 3.16 Antes de la adquisición de equipo de computación para respaldar el proyecto, el prestatario deberá presentar al Banco, en forma que a éste le resulte satisfactoria, documentación del diseño del sistema, del hecho de que se han cumplido los requisitos referentes a electricidad y cableado, y que se dispone del personal necesario para las aplicaciones de los programas de informática que han de utilizarse, y que el mismo está debidamente capacitado.

D. Ejecución de un sistema piloto de suministros médicos. FONAP, FONSOL Y FONHOSPITAL

1. Sistema de suministros médicos (Subcomponente 2c)

- 3.17 A través del proyecto se establecerá, con carácter experimental, un sistema paralelo de suministros basado en la demanda, para atender a un subconjunto de instalaciones de la SESPAS y del IDSS, en las cuatro regiones del proyecto. El gobierno financiará la adquisición de medicamentos y suministros, que se utilizarán para los subproyectos piloto. En los reglamentos operativos de esta actividad (véanse los archivos técnicos) se establecen criterios de selección y evaluación de los proveedores elegibles, así como los procedimientos de presupuestación, formulación de pedidos, adquisiciones, formación de inventarios y distribución de medicamentos y suministros médicos a instalaciones participantes en los sistemas piloto.

## 2. FONAP/FONSOL (Subcomponentes 4a y 4b)

- 3.18 Se creará un comité técnico, encabezado por el DT de la UCP, al que se le conferirán atribuciones para la adopción de las decisiones expresadas en el Reglamento Operativo. La UCP se encargará de la supervisión técnica referente a la promoción, evaluación, selección y procesamiento de subproyectos, incluida la preparación de la documentación de los subproyectos para la Unidad Administrativa y Financiera (DAF). A través del proyecto se financiará en parte el costo de conjuntos definidos de servicios, según un sistema de disminución paulatina, asumiendo el prestatario plena responsabilidad financiera hasta la culminación del proyecto 16/. En los planes anuales de acción correspondientes a cada subcomponente se estimará el aporte de contrapartida que se incluirá en el presupuesto nacional.
- 3.19 En los manuales del FONAP y el FONSOL se especificará el proceso y marco temporal relacionados con la asignación de fondos de contrapartida para financiar el subsidio correspondiente al conjunto de servicios durante los años dos al cinco de los subproyectos.

## 3. FONAP (Subcomponente 4a)

- 3.20 En los ámbitos seleccionados, el programa identificará dispensadores elegibles con capacidad de prestar los servicios, y las comunidades beneficiarias que reúnen los requisitos para participar en el programa. La UCP identificará los beneficiarios potenciales de los subproyectos en coordinación con la SESPAS, las UTP y los CAP: i) a través de la identificación de municipalidades con alta incidencia de pobreza y bajo nivel de utilización y cobertura de servicios sanitarios, en especial en lo referente al cuidado maternoinfantil, y ii) mediante la realización de rápidas encuestas de hogares relativas a zonas de captación bien definidas, por dispensadores, para identificar beneficiarios específicos, como niños de menos de cinco años de edad y mujeres embarazadas.
- 3.21 El FONAP ayudará a la comunidad de los beneficiarios y al dispensador seleccionado a preparar un subproyecto que haya de ser presentado a los efectos del financiamiento. Asimismo, proporcionará asistencia técnica a la comunidad de los beneficiarios a fin de mejorar su organización para participar en el subproyecto y dotarla de mayor capacidad orgánica y técnica para preparar el subproyecto.

---

16/ Para cada subproyecto, el proyecto financiará el 100% del subsidio parcial durante el primer año de operación, el 75% en el segundo, el 50% en el tercero y el 25% en el cuarto. A la inversa, el financiamiento de contrapartida del Estado aumentará en forma incremental para cada subproyecto (año 2: 25%; año 3: 50%; año 4: 75%; año 5: 100%).

- 3.22 Además de la contratación de proveedores privados, ONG y organizaciones comunitarias, la UCP establecerá acuerdos o contratos de desempeño con dispensadores de la SESPAS interesados en participar en el FONAP. En el caso de los dispensadores de la SESPAS participantes, se mantendrá el financiamiento de los servicios no suministrados por el subproyecto. El personal de la SESPAS que participe en el FONAP deberá obtener licencia sin goce de sueldo, y será remunerado a través de pagos per cápita.
- 3.23 Todos los proyectos serán evaluados y seleccionados mediante criterios, procedimientos y procesos de elegibilidad transparentes. Entre los criterios de selección figurarán las necesidades sanitarias y la pobreza de los beneficiarios, el hecho de que la población-objetivo supere las 5.000 personas por subproyecto, el deseo de la comunidad de participar en este último, una superposición mínima con otros dispensadores, y la estimación de que las repercusiones previstas han de ser considerables 17/.
- 3.24 Para cada uno de los subproyectos aprobados, el organismo ejecutor, la comunidad y el dispensador de servicios seleccionado celebrarán mutuamente un contrato en que se establecerán las responsabilidades de cada parte. Se concederá al dispensador de servicios un anticipo de fondos para que ponga en marcha el subproyecto; cada uno deberá ser objeto de controles trimestrales, a cargo del supervisor contratado por la UCP, y se efectuarán desembolsos a los dispensadores de servicios, en forma trimestral, con sujeción a informes de supervisión satisfactorios. Se elaborarán indicadores de control y evaluación de desempeño.

#### 4. FONSOL (Subcomponente 4b)

- 3.25 FONSOL identificará a los beneficiarios organizados que reúnen los requisitos, quienes seleccionarán una red de dispensadores de servicios a partir de una lista breve previamente certificada por la UCP. A lo largo de un período de inscripción bienal de un mes de duración, los beneficiarios individuales podrán cambiar de afiliación, pasando a otra red de dispensadores. En el ámbito de la demanda, los grupos organizados de trabajadores del sector informal servirán de intermediarios para afiliar miembros, proporcionar información a los afiliados y cobrar y canalizar los pagos de primas a la DAF 18/. Las redes de dispensadores no podrán realizar ventas directas a los beneficiarios ni a sus entidades.

---

17/ En las normas operativas del FONAP se indicará que se deberá presentar al Banco, para que éste indique que no tiene objeción, la documentación correspondiente a los primeros 10 proyectos de dicho fondo.

18/ En una etapa ulterior algunas de estas funciones serán transferidas a una entidad o cooperativa encargada de adquisiciones que represente a las organizaciones beneficiarias.

- 3.26 Las redes de dispensadores organizados elegibles del sector privado competirán en procura de afiliados a través de un proceso transparente de inscripción y formulación de ofertas manejado por la Unidad Administrativa y Financiera (DAF) de la UCP, que desembolsará trimestralmente pagos de subsidios per cápita a las redes seleccionadas por los beneficiarios, sobre la base de informes de inscripción presentados por los dispensadores, confirmados por la entidad beneficiaria, y certificados por la UCP.
- 3.27 Para la selección y evaluación de la entidad beneficiaria y de las redes de dispensadores se aplicarán criterios, procesos y procedimientos estipulados en las pautas operativas. Los criterios de elegibilidad de las entidades beneficiarias comprenderán: i) la demostración de la existencia de 10.000 potenciales afiliados, incluidos los dependientes; ii) la disposición de la mayoría de los miembros de participar en el sistema propuesto y realizar aportes de primas y pagos colaterales, y iii) la existencia de una estructura orgánica y de un sistema de administración financiera que permita cobrar primas y mantener datos confiables sobre los beneficiarios. Se celebrará un contrato especial entre la entidad beneficiaria, el dispensador de servicios y el organismo ejecutor, en que se establecerán las responsabilidades de cada parte 19/.
- 3.28 La selección de las redes de dispensadores de servicios comprenderá un proceso de dos etapas, conforme a lo establecido en el Reglamento Operativo. La UCP producirá y entregará materiales de promoción, modelos de contratos, y llevará a cabo por lo menos dos seminarios a través de los cuales se informará a las redes de dispensadores y al cuerpo médico de FONSOL en Santo Domingo. Se solicitará a las redes de interesados que presenten una solicitud escrita. Tomando como base un análisis de las solicitudes escritas presentadas, la UCP establecerá una lista breve de potenciales dispensadores y luego realizará una evaluación institucional y cualitativa para seleccionar a los que sean elegibles. Los siguientes serán los criterios de elegibilidad de las redes de dispensadores: i) prueba de solvencia financiera, ii) existencia de la red de dispensadores que comprenda por lo menos un hospital con servicios de emergencia dotado de suficiente capacidad y servicios complementarios para la prestación del conjunto de servicios previstos en el sistema, iii) existencia de dispensadores afiliados en ámbitos próximos al lugar de trabajo y de residencia de los afiliados (o asunción de la obligación de contratar tales dispensadores), y iv) no menos de cinco años de experiencia en la administración de pagos por capitación.

---

19/ En las normas operativas del FONSOL se indicará que se deberá presentar al Banco, para que éste indique que no tiene objeción, la documentación correspondiente a los primeros tres proyectos de dicho fondo.

5. Subcomponente 4c: FONHOSPITAL (Fondo de Administración y Mejoramiento Hospitalario)

- 3.29 Un comité técnico encabezado por el DT de la UCP estará facultado para adoptar todas las decisiones vinculadas con la elegibilidad, para cada una de las etapas. La UCP tendrá a su cargo la supervisión técnica referente a la evaluación, la selección, el procesamiento y la ejecución de los subproyectos. La Unidad Administrativa y Financiera (DAF) de la UCP se encargará de la supervisión administrativa y financiera, incluido lo referente a la administración del contrato y a los desembolsos.
- 3.30 Cada uno de los subproyectos de hospitales se ejecutará en tres etapas, a saber: i) selección de hospitales elegibles, ii) suministro de asistencia técnica y capacitación para diseñar planes de modernización e inversiones hospitalarias y poner en marcha la primera, y iii) aplicación del plan de inversiones hospitalarias.
- 3.31 En la primera etapa, la UCP, en colaboración con las UMDI, la SESPAS y el IDSS, llevará a cabo una evaluación institucional para identificar hospitales elegibles ubicados en regiones del proyecto con: i) una demanda probada de servicios y una zona de captación de más de 50.000 personas, ii) capacidad de por lo menos 100 camas con no menos del 50% de ocupación, y iii) disposición de aceptar asistencia técnica y participar en actividades de auditoría y control. La evaluación de cada uno de los hospitales competidores dará lugar a una lista jerarquizada basada en un sistema de puntos para seleccionar a los cuatro hospitales que han de participar en FONHOSPITAL. Se mantendrá a otros hospitales calificados en un conjunto ordenado jerárquicamente de posibles sustitutos, o a los efectos de la futura ampliación del programa.
- 3.32 Para poner en marcha la segunda etapa, el organismo ejecutor, la SESPAS o el IDSS suscribirán un acuerdo con el hospital, en que se establecerán las condiciones de colaboración. En esta etapa, el hospital diseñará y pondrá en marcha la ejecución de un plan de modernización que comprenderá planes de acción correspondientes a 12 actividades encaminadas a mejorar la gestión administrativa, financiera y clínica. Para que un hospital sea elegible para la tercera etapa, deberá cumplir criterios de desempeño establecidos en el acuerdo, que será controlado por la UCP y por el Banco. En esta etapa, el hospital preparará, además, un plan de inversiones.
- 3.33 A los efectos de poner en marcha la tercera etapa, la entidad ejecutora, la SESPAS o el IDSS suscribirán con el hospital un acuerdo en que se enunciarán las condiciones de ejecución del plan de inversiones y el suministro de asistencia técnica complementaria, y también se preverán actividades de capacitación, para completar las 12 actividades de gestión con indicadores de desempeño específicos.



6. Auditoría externa

- 3.34 El prestatario, a través del organismo ejecutor, presentará anualmente planes de ejecución y el estado financiero del proyecto, certificado a través de auditorías externas independientes que al Banco le resulten aceptables.

E. Sistema de supervisión y evaluación

- 3.35 Informes semestrales. A lo largo del periodo de ejecución del proyecto, la UCP presentará informes de progreso, en que se documentará el avance desde el punto de vista físico y financiero, y que incluirá los siguientes aspectos: estado de cumplimiento de las obligaciones contractuales; avance en relación con cada uno de los planes de acción con indicadores de repercusiones correspondientes a todos los subcomponentes, e indicadores de avance, conforme a lo estipulado en el Marco Lógico del proyecto. En esos informes deberán incluirse también el enunciado de actividades programadas para el siguiente periodo de revisión, con términos de referencia para la realización de estudios y para los consultores.
- 3.36 Supervisión del proyecto. El Banco llevará a cabo misiones periódicas de supervisión para pasar revista al avance y a los problemas en materia de ejecución del proyecto. Revisión anual - Dentro de un plazo de 45 días contados a partir de la fecha de presentación de todos los demás informes semestrales, el Banco llevará a cabo una evaluación anual del proyecto, que comprenderá reuniones con miembros de la UCP, las UMDI, las UTR, la SESPAS, el IDSS, PROMESE y otros participantes pertinentes. En esas evaluaciones se estudiará el avance general del proyecto, los planes de trabajo, los planes de inversión para el periodo siguiente y el avance en las actividades del proyecto. Evaluación de mitad de proyecto - Dentro de un plazo de 36 meses, contado a partir de la fecha del primer desembolso, el Banco llevará a cabo una evaluación de mitad de proyecto. La misma se referirá al estado general de avance del proyecto, a los indicadores de avance y a las repercusiones convenidas con el Banco, y al avance de las medidas de reforma. Mediante esos análisis se procurará determinar el adelanto del programa y, si es necesario, introducir medidas correctivas en materia de diseño y ejecución del proyecto. Si, como consecuencia de esos análisis, se llega a la conclusión de que la SESPAS y el IDSS no han logrado un avance adecuado en cuanto a la ejecución del proyecto, el Banco podrá cancelar parte de los fondos no desembolsados o revisar los niveles de la labor correspondiente a cualquiera de los componentes o subcomponentes.
- 3.37 Evaluación de terminación del proyecto. Dentro de un plazo de 60 días a partir de la fecha del desembolso final de todos los fondos del proyecto, el Banco llevará a cabo una evaluación final de este último. En ella se pasará revista a los indicadores de avance y

repercusiones convenidos con el Banco, así como al progreso de las actividades encaminadas hacia la reforma.

F. Actividades complementarias que deberán realizarse antes del desembolso inicial

- 3.38 Los fondos no comprometidos restantes disponibles en virtud de ATN/CI-5011-DR, cuyo monto se estima en US\$80.000, se utilizarán para: i) financiar servicios de consultoría para preparar manuales operativos, ii) respaldar la ejecución de las actividades de diseminación de información y de promoción, como respaldo del programa de reforma, y iii) mantener un pequeño cuadro de funcionarios técnicos encargados de revisar los planes de acción y preparar el primer plan de ejecución.
- 3.39 A través de una operación de cooperación técnica financiada por el Fondo Español, y en colaboración con la SESPAS, el IDSS y equipos locales, se diseñará y llevará a la práctica una estrategia de promoción y comunicación estratégica, para informar a los interesados clave sobre el alcance y el contenido del Programa de Reforma del gobierno respaldado por el proyecto del BID.

#### IV. BENEFICIOS Y RIESGOS

##### A. Análisis de repercusiones sociales y ambientales

- 4.1 Los principales beneficiarios del proyecto son los pobres que recurren a servicios sanitarios públicos o pagan de su bolsillo servicios privados. A través del financiamiento de conjuntos de servicios básicos para sectores de población no atendidos, el proyecto mejorará la situación sanitaria de esas personas. Mediante la introducción de modernas técnicas de administración, el proyecto mejorará, en cuanto a eficiencia y calidad, los servicios de los hospitales públicos. Poniendo en marcha un proceso gradual de reestructuración y modernización de instituciones públicas, reorientación de corrientes financieras, introducción de incentivos orientados hacia productos y la definición de conjuntos básicos de servicios, el proyecto hará más eficiente y equitativa la asignación de recursos públicos, aumentará la eficacia en función de los costos de la prestación de los servicios y reducirá la carga financiera que supone la asistencia sanitaria para los hogares pobres. A través del fortalecimiento de la reglamentación y la acreditación destinados a alcanzar normas de calidad mínimas, el proyecto determinará una mejora cualitativa y creará confianza en los consumidores con respecto al sistema de asistencia sanitaria.
- 4.2 Beneficiarios: Repercusiones sobre los pobres y las mujeres. La mayoría de los 350.000 beneficiarios directos de las medidas de intervención de FONAP y FONSOL son hogares pobres, haciéndose especial hincapié en las mujeres y los niños con altos índices de carga de enfermedades. Ambos fondos pueden considerarse proyectos piloto, que el gobierno previsiblemente mantendrá y ampliará después de la culminación del proyecto.
- 4.3 FONAP tomará como objetivo el financiamiento de un conjunto básico de servicios costo-efectivos para sectores de población de bajos ingresos existentes en las cuatro regiones del proyecto, con inadecuado acceso a servicios sanitarios de buena calidad. En los servicios financiados a través de FONAP se prevén varias medidas de intervención orientadas hacia mujeres y niños, incluidas las siguientes: asistencia prenatal y posnatal, planificación de la familia, atención del lactante, prevención de enfermedades de transmisión sexual, prevención y detección del SIDA y prevención del cáncer cervical.
- 4.4 Se identifica a los beneficiarios por medio de un proceso en tres etapas, que combina mecanismos de selección por zona geográfica y unidad familiar. En primer lugar, se han precisado las zonas pobres utilizando los índices compuestos sobre necesidades básicas no satisfechas, que están disponibles. En segundo lugar, utilizando como base los elementos disponibles para determinar la deficiencia de nutrición en la niñez, indicador representativo de

la mortalidad infantil, las actividades del proyecto se concentrarán en 14 municipios de "incidencia elevada" que tienen un bajo consumo de servicios básicos. Por último, dentro de las zonas geográficas y municipios objetivo, se identificarán hogares que representan "un riesgo" para lo cual se contratarán especialistas que prepararán un mapa de pobreza. En este último caso se evaluarán los problemas relacionados con el acceso y la utilización de servicios básicos por parte de los beneficiarios objetivo.

- 4.5 FONSOL subvencionará un esquema de seguro de salud para 50.000 propietarios de microempresas de bajos ingresos, del sector informal, trabajadores y familias de los mismos residentes en Santo Domingo. También colaborará con entidades comunitarias formadas mayormente por mujeres. El plan de acción correspondiente al programa parcialmente subsidiado ha identificado a miembros de una asociación de préstamos para microempresas (ADOPEM) que proporciona crédito a casi 15.000 microempresas de propiedad de mujeres, de nivel de subsistencia, como la primera que recibirá beneficios en el marco del sistema propuesto. Se hará hincapié en llegar hasta las microempresas de "bajos ingresos" para lo cual se utilizarán los elementos de evaluación que utilizan las asociaciones de préstamos para microempresas. Los indicadores de referencia que utilizan esas empresas incluyen el monto total de ingreso, el ingreso por trabajador y el número de empleados. Por ejemplo, las encuestas realizadas indican que en más de un tercio de las microempresas en la República Dominicana (y en el 43% de las microempresas que son propiedad de una mujer), los trabajadores ganan menos del equivalente de un salario mínimo.
- 4.6 Los hogares pobres serán también beneficiarios indirectos en los hospitales públicos en que a través de una mejor administración se logrará una mayor eficiencia interna y mejor calidad de la asistencia, al mismo tiempo que se reduce el gasto financiado por los interesados. Aproximadamente el 60% de los hogares del quintil de más bajos ingresos (ingresos familiares anuales de menos de US\$240) acuden a los hospitales de la SESPAS en procura de asistencia para pacientes ambulatorios y hospitalizados. Las mujeres y los niños representan casi dos tercios de los usuarios de los servicios de la SESPAS. Aproximadamente el 35% de los hogares dominicanos está encabezado por una mujer. No obstante, debido a la desorganización de los servicios clínicos y los sistemas de suministro en los hospitales de la SESPAS, los usuarios de esa categoría pagan como promedio US\$8 por visita y US\$85 por estadía de paciente interno, principalmente por concepto de medicamentos y suministros. El gasto a costa de los pacientes, a cargo de las familias pobres, de los servicios incluidos en el conjunto básico cubierto por el FONAP, se reducirá un 60%.
- 4.7 En el diseño del proyecto se presta especial atención al objetivo de lograr, a través de la reforma de los sistemas de seguros privados y sociales, un mejor acceso para sectores de población especiales, como las mujeres, los niños y los trabajadores no

asegurados. Conforme al marco legal vigente, el IDSS no cubre a los trabajadores del sector informal ni a los dependientes de trabajadores del sector formal. Los aseguradores privados niegan cobertura por maternidad a las mujeres solteras. La actividad referente a la ampliación de la cobertura del seguro social identifica a los dependientes de los trabajadores asegurados como el primer grupo que debe inscribirse en el nuevo sistema.

- 4.8 Beneficios: El proyecto dará lugar a cuatro categorías de beneficios. En el Cuadro 4 aparecen los beneficios seleccionados.

#### 1. Situación sanitaria

- 4.9 En virtud del proyecto se mejorará la situación sanitaria, a través de la reducción, en una proporción estimada en el 20% (de 218.000 a 174.000 años de vida ajustados en función de la discapacidad), de la carga de las enfermedades que recae sobre los beneficiarios directos del FONAP en las cuatro regiones del proyecto, lo que se medirá en función del número reajustado de años de vida perdidos 20/. Se prevé que en esa población-objetivo la mortalidad infantil se reducirá un 10%. También para esa categoría se estima que la cobertura efectiva de la asistencia prenatal aumentará del 83% al 100%, del 23% al 90% en lo que respecta a la atención del lactante, y del 52% al 90% en lo que se refiere a la planificación familiar.

#### 2. Equidad

- 4.10 Se logrará una mayor equidad: i) incrementando la cobertura del seguro social del 6% al 20% de la población, ii) aliviando la carga financiera que representa el costo del cuidado básico de la salud para las familias pobres en una proporción estimada en el 60% (a través de reformas institucionales y mejoras del sistema), iii) reduciendo en un tercio, a través de la utilización de subsidios orientados hacia objetivos, el gasto a cargo de la población beneficiaria de FONSOL, iv) introduciendo mecanismos transparentes para la asignación de recursos presupuestarios basados en la situación sanitaria y la pobreza, v) protegiendo los intereses del consumidor y aumentando la equidad en el mercado de seguros a través de la reglamentación de estos últimos, y vi) reorganizando los sistemas de recuperación de costos hospitalarios, al mismo tiempo que se introducen mecanismos de protección de los pobres.

---

20/ Se refiere a la reducción de la carga de enfermedad vinculada con las patologías que se prevendrán o tratarán a través del conjunto básico de servicios. La reducción de la carga de enfermedad permitirá evitar 530 muertes por año, incluidas 340 en la primera infancia y en la niñez. En los archivos técnicos se analiza la carga de enfermedad y el diseño del conjunto básico de servicios.

CUADRO 4  
RESUMEN DE BENEFICIOS SELECCIONADOS DEL PROYECTO

CATEGORÍA DE RESULTADOS Y COBERTURA	BENEFICIOS DEL PROYECTO <u>1/</u>
<u>Resultados</u> Mortalidad infantil Mortalidad de niños de menos de 5 años "Carga de las enfermedades" "Carga financiera"	Reducción del 10% <u>2/</u> 340 fallecimientos evitados por año 530 fallecimientos evitados por año <u>3/</u> Reducción del 60% <u>4/</u>
<u>Cobertura</u> Cuidados en la primera infancia Cuidados prenatales Planificación de la familia Seguro social	23% a 90% 83% a 100% 52% a 90% 6% a 20% <u>5/</u>
1/ Salvo indicación en contrario, se refiere a los beneficiarios del FONAP 2/ Fallecimientos por cada 1.000 nacimientos 3/ Representa una reducción de 20 en el número de años de vida perdidos. Cifras reajustadas en función de la incapacidad 4/ Gasto en medidas de intervención incluidas en el conjunto básico de servicios 5/ Se refiere a la cobertura sanitaria de la totalidad de la población	

### 3. Calidad

- 4.11 Para mejorar la calidad: i) se establecerá un proceso de acreditación en que se apliquen patrones de calidad mínimos a los proveedores de servicios sanitarios, ii) se introducirán programas de garantía de calidad en hospitales modelo, iii) se introducirán incentivos para los proveedores que participan en el FONAP y el FONSOL, de modo de premiar la calidad y la satisfacción de los pacientes, y iv) se proporcionarán medicamentos y suministros médicos de mejor calidad y se perfeccionarán los protocolos terapéuticos.

### 4. Eficiencia

- 4.12 A través del proyecto se logrará una mayor eficiencia del modo siguiente: i) consolidando funciones y depurando procesos y procedimientos en la SESPAS y el IDSS relacionados con la administración financiera y de los recursos humanos, ii) introduciendo un marco de incentivos financieros y de otro género (a través de políticas, reglamentos y actividades piloto) que orienten a los proveedores hacia la producción eficiente de productos de buena calidad, iii) definiendo conjuntos de servicios y estableciendo mecanismos de asignación en el sector público que favorezcan medidas de intervención costo-efectivos, haciéndose especial hincapié en la asistencia sanitaria materna, infantil y familiar, iv) aplicando modernos instrumentos de administración en

los hospitales públicos, v) dotando a los hospitales de mayor capacidad para utilizar eficientemente la infraestructura y los equipos y poner en acción servicios complementarios que estén ociosos, y vi) reduciendo el derroche en el sistema de medicamentos y suministros médicos.

4.13 Repercusiones ambientales. Los componentes de infraestructura del proyecto se reducen a la rehabilitación y el equipamiento de cuatro hospitales, y según se prevé, no suscitarán repercusiones ambientales negativas. Las normas de construcción y gestión ambiental para los servicios sanitarios, incluido el manejo de los desechos internos, normas sanitarias y de seguridad para el personal a los efectos de la operación del equipo, forman parte de las normas operativas del programa 21/.

4.14 Dada la deficiente situación ambiental existente en los hospitales públicos, a través de los planes de acción del proyecto se respaldarán las siguientes actividades específicas, según lo establecido en la Declaración Ambiental y de Impacto Social: i) en el marco de un proceso global de acreditación, se elaborarán y aprobarán normas, políticas y mecanismos de aplicación coercitiva para controlar y manejar los desechos líquidos y sólidos de los hospitales, ii) se elaborarán y aplicarán programas de capacitación y educación ambiental sobre manejo de desperdicios, para autoridades sanitarias y personal hospitalario, y iii) se rehabilitará la infraestructura y se instalarán equipos y sistemas para un tratamiento "autocontenido" de desperdicios líquidos y sólidos en hospitales ubicados en zonas en que los sistemas municipales carezcan de la infraestructura necesaria para un adecuado tratamiento. Además, los hospitales que reciban financiamiento del proyecto deberán establecer programas de capacitación y sistemas de manejo de desechos.

B. Análisis económico y financiero 22/

4.15 El análisis económico y financiero se centrará en: i) la extensión de la asistencia primaria y materno-infantil, brindándola a las familias de bajos ingresos, insuficientemente atendidas, a través de los planes piloto del FONAP y del FONSOL, ii) la eficacia en función del costo de los servicios incluidos en el conjunto

---

21/ El archivo técnico contiene el Manifiesto Ambiental y de Factibilidad Social.

22/ El análisis examinó superficialmente las implicaciones de los costos ordinarios de las inversiones en infraestructura y equipo de FONHOSPITAL (subcomponente 4c). Los efectos de esos costos serán mínimos dado que esas inversiones entrañan una rehabilitación leve relacionada con los servicios existentes, así como la sustitución de equipo que no funciona. Asimismo, los planes de modernización de hospitales incluirán puntos de referencia para cuantificar las mejoras en materia de eficiencia y calidad.

estándar; y iii) la ampliación de la cobertura (sanitaria) del seguro social a través de un sistema reformado que abarcará un conjunto estándar de servicios ofrecidos por redes de dispensadores contratados. Con respecto al FONAP y el FONSOL, el análisis está orientado a medir la eficacia de las medidas de intervención propuestas en el proyecto para reducir la carga financiera que representan los servicios de salud para los beneficiarios tomados como objetivo. También se evaluará la capacidad del Estado de asumir la responsabilidad financiera de esos dos planes piloto una vez terminado el proyecto. En lo que se refiere a la extensión del seguro social, en el análisis se elabora un modelo de las condiciones económicas, laborales y fiscales en que puede ampliarse la cobertura, de modo de alcanzar a los trabajadores asalariados del sector formal y a sus familias, así como a los trabajadores del sector informal de bajos ingresos y a sus dependientes. A continuación se resumen las principales conclusiones. En los archivos técnicos aparece el texto completo del informe.

- 4.16 **FONAP:** Los beneficios del proyecto (el proyecto mismo y los subsidios gubernamentales) provocarán un alivio económico y un mayor bienestar para la población tomada como objetivo (300.000 mujeres y niños). Suponiendo una elasticidad-precio de la demanda de -0,5 <sup>23/</sup> en el caso de las familias pobres, el volumen agregado de los servicios aumentará un 31%, en tanto que el gasto per cápita a cargo de los pacientes se reducirá en un 60% de lo que gastan actualmente los hogares en asistencia primaria. Los beneficios del proyecto, para los receptores tomados como objetivo, determinarán un incremento del consumo de servicios y la reducción del gasto en salud cuyo valor será de aproximadamente el 4,5% del ingreso per cápita en el año cinco. En el año final del proyecto, el gasto estatal en el FONAP representará el 0,7% del gasto sanitario agregado. Una vez concluido el proyecto, el gobierno se hará cargo de un costo total anual equivalente al 1,8% del gasto proyectado en salud pública. Ese porcentaje se nivelará en alrededor del 2% en los próximos 10 años. En vista de los gastos proyectados, se podrá absorber el financiamiento del FONAP sin mayores cambios en el plan de gastos. Los empleados de la SESPAS que participen en el proyecto tomarán licencia sin goce de sueldo y serán remunerados mediante un sistema de capitación, con recursos del proyecto. De este modo se promoverá la reducción del gasto público neto en FONAP.
- 4.17 **FONSOL:** Tomando como hipótesis una elasticidad-precio de la demanda de -0,5%, y el hecho de que los costos por cubrir de los beneficiarios se financien enteramente a través de cargos pagados por esas personas, el gasto anual per cápita en servicios sanitarios se reducirá aproximadamente un 10% para la población

---

<sup>23/</sup> La estimación se basa en estudios de demanda de los hogares de la población pobre de América Latina.



tomada como objetivo (50.000 trabajadores del sector informal y sus familias). Debido, sin embargo, a los subsidios del proyecto, los beneficiarios no sólo gastarían menos en asistencia sanitaria, sino que su consumo aumentaría un 37%. Se prevé que los subsidios estatales destinados al proyecto representen, en el quinto año, el 0,2% del gasto público agregado en salud.

- 4.18 **Eficacia en función de los costos:** El análisis determinó la eficacia en función de los costos del conjunto de servicios financiado por medio del FONAP. Los resultados están basados en la carga de enfermedad medida con respecto a los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). Este método de medición combina los años de vida sanos perdidos por muerte y discapacidad prematuras. El conjunto incluye 15 intervenciones que optimizarán las inversiones realizadas para disminuir la carga de enfermedades de la población objetivo. El consumo de esos servicios permitirá que, durante la duración del proyecto, se eviten alrededor de 2.700 defunciones. El costo promedio estimado por AVAD ganado asciende a US\$179 24/, calculándose el costo per cápita en cerca de US\$19. No obstante, casi el 90% de los AVAD ganados se concentran en cuatro intervenciones (atención prenatal, atención infantil y la prevención y tratamiento de la tuberculosis y la fiebre reumática), con un costo promedio por AVAD de US\$73. Los resultados son congruentes con otros estudios sobre eficacia en función de los costos realizados en América latina.
- 4.19 La utilización de un conjunto básico de servicios para servir a los beneficiarios objetivo, que se vale de la contratación de prestadores de asistencia y el pago per cápita por sus servicios, constituye un cambio en la estructura financiera, la organización y la prestación de los servicios sanitarios públicos. Esta modalidad, encauzada por la vía del FONAP, brinda a los prestadores de servicios incentivos para ofrecer de manera eficiente servicios de calidad y eficaces en función de los costos y es de nivel superior al de otras alternativas que operan dentro de las estructuras actuales. Como se indica en el Capítulo I, el sistema vigente carece de una estructura de incentivos y mecanismos de

---

24/ El análisis determinó, con fundamento en datos epidemiológicos y de cobertura de las cuatro regiones de población subatendidas, la carga de enfermedad en función de grupos de enfermedades individuales. La eficacia se definió en relación al número de los AVAD ganados al aplicar las intervenciones correspondientes a esos grupos de enfermedades. Los costos están relacionados con la inversión adicional que habría que hacer para ampliar el nivel de cobertura de esas intervenciones, pasando de un nivel bajo a prácticamente la cobertura total de la población objetivo de las cuatro regiones del proyecto. En los archivos técnicos figura un análisis somero de la definición y eficacia en función de los costos del conjunto de servicios respaldado por conducto del FONAP.

focalización, no define un conjunto de servicios, ni cuenta con sistemas de pago a los prestadores que promuevan la eficacia en función de los costos, la eficiencia o la calidad en la prestación de servicios.

- 4.20 **Extensión del seguro social:** A través del proyecto se procura ampliar la cobertura del seguro social, del 6% actual al 20% al culminar el proyecto. Se realizaron evaluaciones financieras para determinar la factibilidad de la ampliación de la cobertura a través del suministro de un conjunto general de servicios de asistencia sanitaria, con un costo per cápita anual de US\$97 25/. En los modelos de equilibrio financiero se simuló la extensión de la cobertura y las tasas del impuesto sobre la nómina tomando como base supuestos referentes a topes máximos de aportes, número de miembros de la familia, crecimiento económico, aumento del empleo en el sector formal y renta de los asalariados, evasión tributaria, número de contribuyentes, pagos colaterales e inflación. Los resultados revelan que hará falta un impuesto sobre la nómina de aproximadamente un 9% para financiar plenamente el sistema de aportes con pagos colaterales moderados, y un tope máximo de contribuciones de cinco salarios mínimos 26/. Conforme a este escenario, dentro de 10 años el sistema de aportes cubrirá al 47% de la población; principalmente trabajadores del sector formal y sus familias. Lograr una cobertura del 20% en el marco de un sistema de contribuciones durante el proyecto resulta factible desde el punto de vista financiero si se supone la aprobación de un régimen legal que preceptúe un incremento del impuesto sobre la nómina y la inscripción obligatoria de los empleados públicos, de los actuales afiliados asegurados por el IDSS y de los trabajadores del sector formal de ingreso medio. El éxito de este componente depende en forma decisiva de las estructuras de incentivos para los consumidores y prestadores de servicios, así como de la eficiencia del régimen administrativo e institucional que se establezca para manejar y aplicar un sistema de salud reformado financiado por el seguro social.

- 4.21 No es factible desde el punto de vista económico incrementar el impuesto sobre la nómina aplicable a los trabajadores del sector

---

25/ Esta suma es menor que el gasto sanitario actual por afiliado del IDSS, y guarda estrecha relación con los precios del extremo inferior del mercado privado correspondientes a un conjunto similar de servicios. La cobertura de problemas sanitarios catastróficos constituye una característica atractiva del conjunto general que se considera en un sistema reformado. Esa cobertura suele ser denegada por los aseguradores privados y por los planes de pago previo en la República Dominicana, lo que da lugar al traslado de costos al sistema sanitario público, en forma regresiva.

26/ Actualmente, el IDSS aplica un impuesto sobre la nómina del 7% para financiar programas de salud, pensiones y seguros de accidentes.

formal para otorgar subsidios cruzados del costo del mismo conjunto general de servicios para el resto de la población (principalmente de bajos ingresos y no asalariada). En lugar de ello, en el análisis se elabora un modelo de establecimiento de un régimen subsidiado financiado a través de ingresos tributarios generales, que se reasigna, pasándose de un financiamiento basado en la oferta de las instalaciones a subsidios basados en la demanda de personas pobres 27/. No obstante, el logro de una cobertura universal a través de un esquema de ese tipo representará un esfuerzo a largo plazo. El análisis muestra que habrá que diseñar un conjunto de servicios menos general (y menos costoso), transformar el gasto público en salud, pasándose de un enfoque de oferta a un sistema de subsidios basado en la demanda, e incrementar en cifras reales el gasto público en salud. Por ejemplo, si se supone un conjunto de servicios con un costo per cápita de aproximadamente US\$68, la transformación del 70% del gasto público, pasando de la oferta a la demanda, y un incremento del gasto público real en salud de un 3,3% por año, el sistema podría cubrir a un 30% más de la población en 10 años. No obstante, el logro de una cobertura del 80% (50% en un régimen de contribuciones y 30% en un régimen subsidiado), representa un adelanto significativo con respecto a la situación actual, en que casi el 80% de los hogares carecen de cobertura de seguros, y el 30% de la población no posee acceso regular a los servicios de salud. Aunque el proyecto se encamina hacia la reestructuración del sistema de seguro social y hacia el establecimiento de un régimen subsidiado, en él no se prevé la ampliación de la cobertura del seguro social hacia los pobres que no sean beneficiarios de FONSOL. La ampliación de la cobertura del seguro social, llevándola a los sectores de población de menores ingresos, puede tener que postergarse hasta que se cuente con información y se hayan recogido enseñanzas con respecto a los costos y al desempeño del FONSOL.

### C. Riesgos

- 4.22 El trabajo inicial de mapeo político y una encuesta de satisfacción de los consumidores demostraron que existe un considerable respaldo para la reforma entre los usuarios de los servicios sanitarios, el sector médico privado, las ONG, las empresas y los sectores sindicales. Más de la mitad de quienes respondieron en la encuesta estuvieron de acuerdo en que el sistema debe ser transformado en todos sus aspectos. En cambio en las burocracias del IDSS y de la SESPAS, así como en la principal asociación de médicos (AMD) el respaldo es tibio. La presión encaminada a mantener el statu quo será fuerte. Muchos se benefician con el estado caótico del sector, y con la bien documentada desorganización, ineficiencia e ineficacia de sus instituciones públicas. En resumen, la eficacia y viabilidad de todo plan que se establezca dependerá de que se

---

27/ En pequeña escala (abarcando a 50.000 personas), un sistema de ese tipo se pondrá a prueba a través del proyecto (FONSOL).

logre un firme respaldo político en niveles de gobierno del más alto nivel. Aunque las autoridades superiores parecen haber asumido el compromiso de llevar a cabo la reforma, el gobierno no se expresa al unísono con respecto al contenido, la amplitud y la profundidad de los cambios que apoya.

- 4.23 La constante rotación de las autoridades públicas constituye otro peligro para la ejecución del proyecto. Este factor puede debilitar la consagración del gobierno a la reforma del sector salud y a las actividades del proyecto. Será necesario mantener una masa crítica de personal técnico de alta calidad a los efectos de la exitosa ejecución del proyecto. Otro riesgo consiste en la posibilidad de que el gobierno no esté en condiciones de mantener el financiamiento para la prestación directa de servicios a través de FONAP y FONSOL.
- 4.24 La modernización y la reforma institucional del sector salud no puede llevarse a cabo en forma autónoma desde el punto de vista político, técnico u operativo en el contexto institucional existente en la República Dominicana. Los cambios no podrán ser "impulsados desde dentro", por las instituciones mismas. Los niveles superiores de gobierno y las estructuras intermedias deberán nutrir, guiar, respaldar y supervisar los procesos de cada institución, dentro de un marco más amplio de modernización del Estado. Además, la reforma requiere una modificación extraordinaria de la actitud reinante en esas instituciones.
- 4.25 Será necesario coordinar estrechamente la labor de los organismos donantes interesados en participar en la reforma, como el BID, el Banco Mundial y la USAID, que tendrán que ayudar al gobierno a elaborar y aplicar un programa unificado para el sector salud.
- 4.26 Para hacer frente a esos riesgos, el gobierno dictó el Decreto Presidencial No. 308-97, del 10 de julio de 1997, por el que se creó la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS), a fin de orientar y supervisar el proceso de reforma. El Decreto establece la consagración del gobierno a la reforma del sector salud y crea el cargo de Coordinador Ejecutivo (CE) encargado de la coordinación técnica y administrativa del Programa Nacional de Reforma, y de toda la asistencia de los donantes. El CE presidirá una unidad de coordinación (UCP) instalada fuera de las instituciones públicas que serán objeto de las medidas de intervención del proyecto. De ese modo será más fácil mantener una masa crítica de expertos y contrarrestar en cierta medida la gran inestabilidad del personal de esas instituciones.
- 4.27 También en previsión de los referidos problemas, se ha logrado, de parte del gobierno, el firme compromiso de otorgar financiamiento de contrapartida, y crédito-puente para el proyecto; el gobierno establecerá además unidades de coordinación y ejecución financiadas a través del préstamo de que se trata. A través del proyecto se brinda considerable respaldo y asistencia técnica para la

elaboración de una estrategia de promoción y comunicación para la reforma sectorial, así como asistencia y capacitación técnica para la introducción y el fomento de reformas en materia de actitudes institucionales en la entidades de que se trata.

4.28 A fin de reducir el riesgo de que el gobierno no asuma la responsabilidad financiera del FONAP y del FONSOL se ha diseñado el proyecto de modo de promover la transferencia incremental de obligaciones financieras durante el curso del proyecto. Las asignaciones anuales de recursos públicos aumentan gradualmente de menos de US\$250.000 a US\$5 millones a lo largo de un cuatrienio. Además, durante el proceso de ejecución, se dispondrá de recursos, dado que el personal de la SESPAS que participe en la labor del FONAP deberá tomar licencia sin goce de sueldo.

**MATRIZ: CORRESPONDENCIA ENTRE PROBLEMAS DEL SECTOR SALUD,  
ESTRATEGIAS DEL PROYECTO Y COMPONENTES DEL PROYECTO  
REPÚBLICA DOMINICANA, MODERNIZACIÓN Y REESTRUCTURACIÓN  
DEL SECTOR SALUD, DR-0078**

SISTEMA DE SALUD (Problemas)	PRINCIPALES PROBLEMAS DEL SECTOR; SÍNTOMAS	OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS DEL PROYECTO	COMPONENTES DEL PROYECTO; SUBCOMPONENTES DEL PROYECTO
SECTOR DE SALUD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambigüedad del marco de políticas</li> <li>• Fragmentación intrasectorial</li> <li>• Legislación sanitaria arcaica</li> <li>• Falta de normas</li> <li>• Falta de responsabilidad</li> </ul>	<p><u>Definir y reforzar los papeles y funciones institucionales</u>, respaldando la definición y separación de funciones entre las instituciones públicas del sector salud y reforzando la capacidad gubernamental de elaborar y aplicar políticas sectoriales.</p> <p><u>Establecer y hacer cumplir normas y reglas de juego transparentes</u>, respaldando la elaboración de un marco jurídico y reglamentario, el establecimiento de normas de acreditación y otorgamiento de licencias, y de control de calidad.</p>	Elaboración de políticas (Componente I)
SECTOR DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fallas institucionales</li> <li>• Fallas de administración de los recursos humanos y materiales</li> <li>• Inadecuada asignación de los recursos</li> <li>• Administración financiera ineficaz</li> <li>• Distribución no equitativa de los recursos públicos</li> </ul>	<p><u>Reforzar el papel de la SESPAS como autoridad orientadora</u>, reestructurando el nivel central y separando las funciones de financiamiento y suministro, la descentralización, y reforzando las funciones de elaboración de políticas, planificación, presupuestación, auditoría, supervisión y evaluación.</p> <p><u>Reorientar el gasto público en salud</u>, aplicando mecanismos alternativos de asignación de recursos y subsidios orientados hacia objetivos, servicios con altas externalidades y destinados a sectores de población especiales.</p> <p><u>Mejorar el acceso a medicamentos y suministros médicos de precio accesible y de buena calidad, y la disponibilidad de los mismos</u>, estructurando sistemas de adquisiciones y distribución transparentes, integrados y eficientes.</p>	<p>Reorganización institucional SESPAS (Componente II)</p> <p>Reorganización de la SESPAS (Subcomponente A)</p> <p>Reorganización y fortalecimiento de la administración financiera (Subcomponente B)</p> <p>Modernización de la adquisición de medicamentos y suministros (Subcomponente C)</p>
SECTOR DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL: SERVICIOS DE SALUD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fallas institucionales</li> <li>• Conjunción de riesgos ineficiente y excluyente</li> <li>• Deficiente administración de los recursos humanos</li> <li>• Administración financiera ineficaz</li> <li>• Elevada proporción de gastos a cargo del paciente</li> </ul>	<p><u>Preparar al IDSS para la reforma</u>, reforzando las funciones de administración de recursos financieros y humanos.</p> <p><u>Ampliar la cobertura del seguro social</u>, elaborando y llevando a la práctica reformas encaminadas a reconfigurar el sistema del seguro social.</p> <p><u>Hacer que el sistema responda mejor a las necesidades de los clientes</u>, promoviendo una mayor amplitud de posibilidades de selección, por parte de los clientes, de sistemas de seguro social y de pago anticipado.</p>	<p>Reestructuración y modernización institucional del sistema de seguro social (Componente III)</p> <p>Fortalecimiento y estudios institucionales (Subcomponente A)</p> <p>Aplicación de un nuevo sistema de seguro social financiado por el seguro social (Subcomponente B)</p>

SISTEMA LUD (entes)	PRINCIPALES PROBLEMAS DEL SECTOR; SÍNTOMAS	OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS DEL PROYECTO	COMPONENTES SUBCOMPONENTES DEL
IÓN Y N DE OS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso y cobertura no equitativos</li> <li>• Ineficiencia productiva</li> <li>• Bajos niveles de satisfacción de los pacientes</li> <li>• Bajos niveles de calidad técnica</li> </ul>	<p><u>Ampliar el acceso a los servicios sanitarios básicos para los sectores de población insuficientemente atendidos</u>, introduciendo incentivos financieros alternativos, que vinculen los pagos a los proveedores con los resultados.</p> <p><u>Establecer vínculos entre el sector público y el sector privado</u>, respaldando el establecimiento de sistemas alternativos de prestación de servicios que den lugar a la formación de asociaciones entre adquirentes gubernamentales, proveedores privados y aseguradores privados.</p> <p><u>Respaldar la introducción de modernas técnicas de administración en las entidades proveedoras de asistencia sanitaria</u>, elaborando y poniendo a prueba estructuras de buen gobierno, mecanismos de pago y métodos de administración.</p>	<p>Fortalecimiento del sistema de servicios básicos y hospitalarios (<u>Com</u>)</p> <p>Financiamiento para la ampliación de la asistencia primaria del FONASA (Subcomponente A)</p> <p>Fondo de Solidaridad para la ampliación de la cobertura de seguros, IAF, sector informal, FONSOL (Subcomponente B)</p> <p>Fondo de administración y mantenimiento del hospitalario (Subcomponente C)</p>

## Marco Lógico del Proyecto de Modernización y Reestructuración del Sector Salud

*República Dominicana 1998-2002*

Resúmen	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
<p>ir a mejorar la salud de la minicana</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reducción en las tasas de mortalidad infantil por 10% para la población beneficiaria del proyecto en 5 años</li> <li>2. Reducción del "disease burden" por 20% entre los beneficiarios enfocados del proyecto (reducir el número de años ajustados perdidos de 218,000 a 174,000) en 5 años</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Registro de Estadísticas Vitales</li> <li>o Encuesta de usuarios</li> <li>o Sistema de Información desarrollado por el proyecto</li> <li>o Encuesta de hogares</li> </ul>	<p>Que se crea un consenso sobre objetivos y la estructura institucional del sector mediante el programa c</p> <p>Que el Gobierno sigue comp a la estrategia de desarro social y la lucha contra pobreza</p> <p>Que los variables exógenos c afecten la salud se man no se deterioran (ej., sa agua, educación de la m</p>
<p>imiento de <u>la eficiencia y la</u> <u>id institucional</u> del sistema para políticas y proveer servicios.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existencia de un marco político explícito y público del Gobierno sobre el sector salud</li> <li>2. Nuevo marco legal para salud y seguridad social en salud completado en 5 años</li> <li>3. Reestructuración funcional de SESPAS a todo nivel implantada y sistemas de gestión moderna introducidos en todos los niveles</li> <li>4. Reasignación del gasto público en salud</li> <li>5. Subsidios a la demanda para financiar paquetes costos-efectivos de servicios básicos a poblaciones pobres introducidos</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Plan Nacional de Salud</li> <li>o Encuestas de Usuarios</li> <li>o Informes del Proyecto</li> <li>o Sistema de Informática desarrollado en el proyecto</li> <li>o Documento de Política Pública</li> </ul>	<p>Que las autoridades nacional Congreso aprueban una Ley Básica de Seguro S salud con financiamien adecuado</p> <p>Que reorienta la distribución público según las priori dadas por el Gobierno c sector salud</p>
<p>de <u>la calidad</u> de la provisión de de salud y de la atención médica</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Número y tipo de proveedores recibiendo fondos públicos aumentado</li> <li>2. Aumento de satisfacción del usuario al nivel primario y hospitalario</li> <li>3. Sistemas de acreditación para proveedores, aseguradores y productores médicos creados e implantados en 5 años</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Encuestas de Usuarios</li> <li>o Informes del Proyecto</li> <li>o Sistema de Informática-proyecto</li> <li>o Archivos hospitalarios, regionales</li> <li>o Sistemas de Acreditación</li> </ul>	
<p>o de <u>la cobertura con equidad</u> de la provisión de servicios de n atención particular en salud -infantil y atención primaria</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aumento del número de personas aseguradas por el sistema de seguridad social de 6% a 20% en el país en 5 años</li> <li>2. Aumento de la tasa de atención prenatal de 83% a 100% en la población beneficiada en 5 años</li> <li>3. Aumento del "well child care" de 23% a 90% en la población beneficiaria en 5 años</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Registro de Estadísticas Vitales</li> <li>o Informes de Monitoreo del Proyecto</li> </ul>	



Resumen	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
<b>DESARROLLO Y IMPLEMENTACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE SALUD.</b> Políticas nuevas nuevos roles y relaciones definidas e implementadas, legal y regulatorio desarrollado, procesos de acreditación	1.1 Nuevas leyes, marco regulatorio, y reglamentos aprobados: Ley General de Salud, Ley Básica de Seguro Social, Resolución Ministerial de Descentralización, reglamentos sobre regímenes excepcionales, resolución ministerial sobre hospitales) 1.2 Políticas de acreditación definidas y el sistema funcionando 1.3 Programa de comunicación social diseñado en primer año 1.4 Programa de comunicación social implantado comenzando en año 2	o Informes semestrales de la UCP o Leyes y regulaciones nuevas	Ambiente laboral favorable Personal de contrapartida dis en forma oportuna para cabo el programa Volu altas autoridades para i recomendaciones del p
<b>MODERNIZACIÓN INSTITUCIONAL- Modernización y Modernización de SESPAS al Nivel Central</b> Administración de los subsistemas funcionando en forma eficaz y nivel central <b>Recursos Humanos</b> Sistema de RRHH con reclasificación de puestos y de profesional implementas <b>Modernización de SESPAS.</b> SESPAS funcionando al nivel no con recursos humanos y gestión y apoyo establecidos. <b>Informática.</b> Sistema integral de en red funcionando en los pilotos, en SESPAS, y en IDSS.	2.1 Subsistemas funcionales de SESPAS revisados y funcionando en el segundo año 2.2 Programa de reingeniería completada y nuevos procedimientos en el año 2 funcionando 2.3 Reducción en número de Subsecretarías de 22 a 3 en el 5to año 2.4 Inventario de Personal Automatizado en primer año 2.5 Subsistemas de RRHH redefinidos e implantados con manuales de operación en el segundo año 2.6 Marco regulatorio de RRHH reestablecido en el primer año 2.7 Reasignación de Personal de SESPAS a nivel central en año 2-3 2.8 Reasignación de personal a los niveles de área (provincias) 2.9 Ajustes de las funciones de las regiones/áreas completados y reglamentados 2.10 Convenios con ONGs establecidos 2.11 Modelo de Informática establecido en seis meses 2.12 Plan piloto de informática de SESPAS, IDSS y hospitales implantado comienzos año 2 2.13 Hardware y software implantado en 4 hospitales, en SESPAS y en IDSS, y red establecida -año 4	o Informes semestrales de la UCP (UMDI) o Nuevo organigrama de SESPAS o Nuevo inventario automatizado de puestos y personal  o Informes semestrales del proyecto o Inventarios de personal o Convenios con ONGs o Informes de los hospitales o Informes semestrales de la UCP o Pruebas de evaluación del sistema	
<b>Fortalecimiento y Reestructuración de la SESPAS.</b> Sistema de gestión integrada establecida al nivel central	2.14 Sistema integral de administración financiera establecido e implantado con presupuesto nuevo aprobado- año 2 2.15 Sistema de Información Financiera automatizado- año 2 2.16 Distribución de presupuesto por regiones y áreas de salud de acuerdo a población beneficiaria efectivamente inscrita- año 3 2.17 Función financiera separada de función de provisión de servicios médicos - año 3	o Informes semestrales del Proyecto (UMDI, UTPs) o Evaluación del Sistema de Información Financiera o Evaluación del Piloto o Auditoría anual de SESPAS	
<b>Modernización del Sistema de Información del Sector Salud.</b> Sistema de que optimice el uso de operando en forma eficiente	2.18 Cuadro Básico y Formulario Terapéutico distribuido- año 1 2.19 Pilotos de mercadeo social, modernización de farmacias funcionando- año 2 2.20 Piloto de Control de Calidad implantado- año 3	o Informes semestrales de la UCP o Visitas al campo (pilotos)	

Resumen	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
<b>STRUCTURACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LA SEGURIDAD</b> <b>Reordenamiento de las Seguridad Social en Salud</b> <b>ejercido en el IDSS Fase 1 de</b> <b>n para la transición</b>	3.1 Análisis de sistema de gestión y de las funciones completado y nuevas funciones implantadas - año 1 3.2 Reasignación de personal - año 2 3.3 Marco Legal y reglamento operativo de Superintendencia establecido -año 2	o Informes semestrales de la UMDI o Informes anuales de IDSS	
<b>ación del Nuevo Sistema y Cobertura.</b>	3.4 Entidad reguladora (Superintendencia) funcionado con personal de la función capacitado - año 3 3.5 Sistema de acreditación de proveedores y aseguradores implantado- año 3 3.6 Mecanismos de contratación y pago a administradores y proveedores desarrollados- año 3 3.7 Sistema de extensión de cobertura diseñado e implantado- año 3 3.8 Entidad financiera del nuevo sistema establecida- año 3 3.9 Sistema de asignación de recursos implantado- año 4	o Informes de la UCP o Encuesta de proveedores/ aseguradores o Informes anuales de la Superintendencia	
<b>ECIMIENTO DE SERVICIOS HOSPITALARIOS.</b>			
Extender cobertura a mujeres e son el propósito de extender la oblaciones pobres y el sector	4.11 Programa de promoción implementado en el primer año 4.12 Subproyectos identificados en año 2 4.13 50 subproyectos pilotos financiados y en marcha para 300,000 mujeres y niños en 5 años 4.14 Sistema de monitoreo del Fondo/proyectos establecido en año 1	o Auditoría anual del Fondo o Informes de la UCP o Informes de Evaluación del Fondo o Datos del Sistema de Monitoreo del Fondo	
Extender cobertura por medio e un paquete de servicios al al de Santo Domingo	4.7 Organizaciones de beneficiarios seleccionados en seis meses 4.8 Modelo para el financiamiento, organización, y provisión para implantado en año 1 4.9 Programa de promoción implementado en primer año 4.10 3-5 subproyectos pilotos funcionando para 50,000 trabajadores del sector informal de Santo Domingo en 5 años	o Auditoría anual del Fondo o Informes de la UCP o Informe de Evaluación del Fondo (mid-term y final) o Datos del Sistema de Monitoreo del Fondo	
<b>mento de la Eficiencia y Calidad Hospitalarios</b> por medio de la ONHOSPITAL y la Gestión	4.1 Marco regulatorio del hospital autónomo implantado en año 1. 4.2 Planes de modernización de gestión hospitalaria diseñados en año 2. 4.3 Planes de modernización de gestión hospitalaria implantados en año 3 4.4 Gestión local sobre sistema de RRHH en años 3-5 4.5 Programa de gestión de desechos establecido en 3 años	o Informes de la UCP o Sistema de acreditación hospitalaria o Auditoría anual de hospitales o Planes de Modernización e Inversión de cada hospital	

/Recursos:

de Acción Individuales para cada Componente y Subcomponente para más detalles sobre actividades específicas

RGII-DR031P  
DR-0078  
Original: español

PROYECTO DE RESOLUCIÓN

REPUBLICA DOMINICANA. PRESTAMO \_\_\_\_/OC-DR A LA REPUBLICA DOMINICANA  
(Modernización y Reestructuración del Sector Salud)

El Directorio Ejecutivo

RESUELVE:

Autorizar al Presidente del Banco o al representante que él designe, para que en nombre y representación del Banco proceda a formalizar el contrato o contratos que sean necesarios con la República Dominicana para otorgarle un financiamiento destinado a cooperar en la ejecución de un programa de Modernización y Reestructuración del Sector Salud. Dicho Financiamiento será por una suma de hasta US\$61.200.000, que formen parte de los recursos de la Facilidad Unimonetaria del Capital Ordinario del Banco, y se sujetará a las "Condiciones Contractuales Especiales" y a los "Plazos y Condiciones Financieras" del Resumen Ejecutivo de la Propuesta de Préstamo.

RGII-DR032P  
DR-0078  
Original: español

PROYECTO DE RESOLUCION

REPUBLICA DOMINICANA. PAGO PARCIAL DE INTERESES DEL PRESTAMO No. \_\_\_\_/OC-DR  
A LA REPUBLICA DOMINICANA  
(Modernización y Reestructuración del Sector Salud)

El Directorio Ejecutivo

RESUELVE:

Autorizar al Presidente del Banco o al representante que él designe, para que en nombre y representación del Banco, en su carácter de administrador de la Cuenta de la Facilidad de Financiamiento Intermedio, en adelante la "cuenta", proceda a formalizar el contrato o contratos que sean necesarios con la República Dominicana, como Prestatario, y a adoptar las demás medidas pertinentes para utilizar recursos de la cuenta con el objeto de pagar una parte de los intereses adeudados por el Prestatario sobre los saldos deudores del préstamo autorizado en la Resolución DE- /97, siguiendo las disposiciones indicadas en el Documento FN-263-2, aprobado por el Directorio Ejecutivo el 21 de diciembre de 1983, y sus modificaciones.